



UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO II

BRUNA LETICIA MARQUES

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UM OLHAR SOB A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA

CHAPECÓ

2019

BRUNA LETICIA MARQUES

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UM OLHAR SOB A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. MSc. Yaná Tamara Tomasi

CHAPECÓ

2019

Bibliotecas da Universidade Federal da Fronteira Sul - UFFS

Marques, Bruna Leticia
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA: UM OLHAR
SOB A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO ESTADO DE
SANTA CATARINA / Bruna Leticia Marques. -- 2019.
60 f.

Orientador: MSc. Yaná Tamara Tomasi.
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) -
Universidade Federal da Fronteira Sul, Curso de
Enfermagem, Chapecó, SC , 2019.

1. Assistência Pré-Natal. 2. Rede Cegonha. I. Tomasi,
Yaná Tamara, orient. II. Universidade Federal da
Fronteira Sul. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DA FRONTEIRA SUL – UFFS
CAMPUS CHAPECÓ
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

BRUNA LETICIA MARQUES

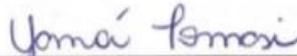
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA:
UM OLHAR SOB A ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NO
ESTADO DE SANTA CATARINA

Trabalho de conclusão de curso de graduação apresentado como requisito para obtenção de grau de Bacharel em Enfermagem pela Universidade Federal da Fronteira Sul, *Campus* Chapecó.

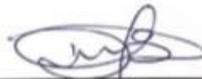
Orientador: Prof. Msc. Yaná Tamara Tomasi

Este trabalho de conclusão de curso foi defendido e aprovado pela banca em:
09/12/2019.

BANCA EXAMINADORA



Prof. Msc. Yaná Tamara Tomasi – UFFS
(Presidente da Banca - Orientador)



Profª Drª Daniela Savi Geremia – UFFS (Primeiro Titular)



Profª MSc. Suelen dos Santos Saraiva - UFSC (Segundo Titular)



Profª Esp. Graziela Nunes Machado – UFFS (Suplente)

RESUMO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, configura-se no principal meio de integração para os serviços de saúde. Para organização e oferta do cuidado, segundo seus princípios, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), foram criadas as Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia diminuir a fragmentação dos serviços de saúde, assim proporcionando aos usuários um conjunto de ações e serviços que visam melhorias na qualidade de vida da população. Com a organização das RAS no SUS foram criadas, cinco redes temáticas prioritárias para serem implantadas no país, dentre elas a Rede Cegonha constitui-se de uma rede de cuidados que proporciona às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança. Com o objetivo de analisar a atuação do profissional enfermeiro na atenção ao pré-natal, no âmbito da atenção Primária à Saúde foi realizado um estudo quantitativo, do tipo transversal no estado de Santa Catarina, para analisar a atenção ao pré-natal no âmbito da APS, estimar as orientações recebidas no pré-natal e a adequação de orientações recebidas no pré-natal segundo o profissional que realizou os atendimentos. A população do estudo constitui-se de puérperas de qualquer idade residentes no estado de Santa Catarina, que tiveram filhos nascidos vivos em hospitais do estado no primeiro e segundo semestre de 2019. Com isso, evidenciou-se que a maioria das mulheres realizou 7 ou mais consultas de pré-natal, e tiveram início precoce até 12 semanas; destaca-se que para a adequação às orientações recebidas durante o pré-natal, manteve-se associada com o profissional, sendo maior naquelas atendidas conjuntamente pelo profissional médico e enfermeiro. A partir dos resultados deste estudo, destaca-se a importância de definir métodos e estratégias a fim de garantir a interação do trabalho médico e equipe de enfermagem, bem como inovar nas intervenções e orientações preconizadas na assistência ao pré-natal para garantir uma assistência de qualidade.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil, Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde.

ABSTRACT

Primary Health Care (PHC) is characterized by a set of actions at the individual and collective levels, which include health promotion and protection, disease prevention, diagnosis, treatment and rehabilitation, being the main means of integration for health services. To organize and offer care according to its principles, within the Unified Health System (SUS), the Health Care Network (RAS) was created as a strategy to reduce the fragmentation of health services, thus providing users with a set of actions and services aimed at improving the population's quality of life. With the organization of the RAS in SUS, five priority thematic networks were created to be implemented in the country, among them the Stork Network, which is a care network that provides women with health, quality of life and well-being during pregnancy, childbirth, postpartum and child development. Aiming to analyze the performance of the professional nurse in prenatal care, in the context of Primary Health Care, a quantitative cross-sectional study was conducted in the state of Santa Catarina to analyze prenatal care in PHC, and estimate the prenatal counseling and the adequacy of prenatal counseling according to the professional who performed the care. This is a quantitative cross-sectional study. The study population consisted of postpartum women of any age residing in the state of Santa Catarina, who had children born alive in state hospitals in the first half of 2019. Thus, it was evident that most women had 7 or more consultations, prenatal care, and started early within 12 weeks; It is noteworthy that for the adequacy to the guidelines received during prenatal care, it remained associated with the professional, being higher in those attended jointly by the medical professional and nurse. From the results of this study, we highlight the importance of defining methods and strategies in order to ensure the interaction of medical work and nursing staff, as well as innovate in interventions and guidelines advocated in prenatal care to ensure health care quality.

Keyword: Maternal-Child Health Services; Prenatal Care; Primary Health Care.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1- Variáveis utilizadas no estudo.....	25
-----------------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Descrição das características socioeconômicas das participantes do estudo, Santa Catarina, 2019.....	32
Tabela 2- Descrição das características de atenção pré-natal das participantes do estudo, Santa Catarina, 2019.....	34
Tabela 3 - Descrição das características de atenção pré-natal das participantes do estudo, segundo profissional que atendeu na maioria do pré-natal, Santa Catarina, 2019.....	36
Tabela 4 – Análise bruta da adequação de orientações recebidas durante o pré-natal, segundo profissional que atendeu na maioria das consultas, Santa Catarina, 2019.....	38
Tabela 5 – Análise ajustada da adequação de orientações recebidas durante o pré-natal, segundo profissional que atendeu na maioria das consultas, Santa Catarina, 2019.....	39

LISTA DE SIGLAS

ACS	Agente Comunitária de Saúde
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAPESC	Fundação de Amparo à Pesquisa e Inovação do Estado de Santa Catarina
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Saudável
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PMAQ	Programa de Melhoria do Acesso da Qualidade
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PSF	Programa Saúde da Família
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SC	Santa Catarina
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIA	Teste Indireto de Antiglobulina Humana
UBS	Unidade Básica de Saúde
UCI	Unidade de Cuidados Intensivos
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
USP	Universidade de São Paulo
UTI	Unidade de Terapia Intensiva
VD	Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 OBJETIVOS	12
1.1.1 Objetivo Geral.....	12
1.1.2 Objetivos Específicos.....	12
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	13
2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE CEGONHA.....	14
2.3 ADEQUAÇÃO PRÉ-NATAL SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE E REDE CEGONHA.....	18
2.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	19
3 METODOLOGIA.....	20
3.1 TIPO DE ESTUDO	20
3.2. LOCAL DE ESTUDO	21
3.4 ASPECTOS ÉTICOS	22
3.5 PRÉ-TESTE E ESTUDO PILOTO	23
3.6 COLETA DE DADOS	23
3.7 CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS	24
3.7.1 Variável de desfecho	26
3.7.2 Variável de exposição principal.....	27
3.7.3 Covariáveis.....	27
3.7.4 Análise dos dados.....	27
4. RESULTADOS	29
ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA ASSISTENCIA PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA	Erro!
Indicador não definido.29	
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	48
REFERÊNCIAS	49
ANEXO I – ANEXO I –PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)...	54
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE).....	58

ANEXO III - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA REDE CEGONHA EM SANTA CATARINA – 2019.....	60
----------------------------------------------------------------------------------------------	-----------

1. INTRODUÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é caracterizada por um conjunto de ações no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde. É considerada a principal porta de entrada e meio de comunicação dos serviços de atenção à saúde (FRACOLLI; CASTRO, 2012).

No contexto brasileiro, a APS é considerada o primeiro contato dos pacientes com a equipe multidisciplinar de saúde, com capacidade para resolver grande parte das necessidades de saúde da população. Norteada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) da universalidade, equidade e integralidade, objetiva a prestação de uma assistência aos usuários de forma integral considerando toda essência e singularidade de cada pessoa, buscando alternativas para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e melhorar a qualidade de vida da sua população adscrita (LAVRAS, 2011).

Para organização e oferta do cuidado segundo seus princípios, no âmbito do SUS, foram criadas as Redes de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para diminuir a fragmentação dos serviços de saúde, assim proporcionando aos usuários um conjunto de ações e serviços que visam melhorias na qualidade de vida da população. Assim foram definidos 3 elementos essenciais de Atenção à Saúde para compor a formação destas redes: a população, a estrutura operacional e os modelos de atenção à saúde (MENDES, 2011).

Após a publicação da Portaria GM/MS n. 4.279/2010 que organiza as RAS no âmbito do SUS, cinco redes temáticas prioritárias foram pactuadas para serem implantadas no país, dentre elas a Rede Cegonha. A Rede Cegonha foi implementada à partir da portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011, e constitui-se de uma rede de cuidados que se propõe assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2015).

Assim, o profissional enfermeiro tem papel fundamental com os componentes desta rede, com o intuito de promover uma assistência humanizada e segura à mulher e ao recém-nascido, durante todo o ciclo gravídico-puerperal (OLIVEIRA et al, 2016). Destaca-se ainda, a importância da atuação deste profissional enquanto promotor de saúde, contribuindo com a construção crítica dos conhecimentos de saúde.

Desta forma, reconhecendo a importância da atenção pré-natal prestada no escopo da Rede Cegonha, e da atuação do profissional enfermeiro neste contexto, emerge a questão

norteadoras desta pesquisa: Como é a atuação do profissional enfermeiro na atenção pré-natal no contexto da Rede Cegonha no âmbito da Atenção Primária à Saúde no Estado de Santa Catarina? Assim, este estudo tem como objetivo geral analisar a atuação do profissional Enfermeiro na atenção ao pré-natal no estado de Santa Catarina, com enfoque às orientações recebidas no pré-natal.

Neste sentido, tal estudo justifica-se tendo em vista que o conhecimento da atenção pré-natal no âmbito da atenção primária configura-se aspecto fundamental para o entendimento dos principais avanços e obstáculos ainda à serem superados pelo SUS na prestação destes serviços. Ainda, reconhecer e fortalecer a atuação do enfermeiro nesse cenário, pois a enfermagem tem atuado frente aos mais diversos processos de planejamento e gestão em saúde e ao mesmo tempo desenvolvido mecanismos de suporte para a tomada de decisão à este público.

O desenvolvimento desta pesquisa oportunizará a identificação das práticas desenvolvidas pelo profissional enfermeiro no contexto de atuação no cuidado pré-natal estado de Santa Catarina, tornando possível assim, o aperfeiçoamento das práticas por meio do aprendizado com as experiências identificadas. Ainda, objetiva-se fornecer subsídios que auxiliem no planejamento e avaliação desta rede temática no estado, a fim de auxiliar e qualificar o processo de atenção à saúde materna e infantil.

1.1 OBJETIVOS

1.1.1 Objetivo Geral

Analisar a atuação do profissional Enfermeiro na atenção ao pré-natal, no âmbito da Atenção Primária do estado de Santa Catarina.

1.1.2 Objetivos Específicos

Analisar a atenção ao pré-natal no âmbito da Atenção Primária, no estado de Santa Catarina;

Analisar as orientações recebidas no pré-natal no âmbito da Atenção Primária, no estado de Santa Catarina;

Testar as orientações recebidas no pré-natal no âmbito da Atenção Primária, no estado de Santa Catarina, segundo o profissional que atendeu;

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONTEXTUALIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A APS surgiu no Reino Unido, em 1920, no Relatório Dawson e previa a organização do sistema de atenção à saúde em diversos níveis: os serviços domiciliares, os centros de saúde primários, os centros de saúde secundários, os serviços suplementares e os hospitais de ensino. A partir desse documento foram definidas as funções de cada nível de atenção e como deveriam ser as relações entre eles, constituído RAS, que seriam ordenadas pela APS (MENDES, 2015).

O atual modelo de atenção à saúde no Brasil possui uma organização dos serviços poliárquica, em três níveis, sendo a atenção primária ou atenção básica, atenção secundária ou média complexidade e atenção terciária ou alta complexidade. Este método de organização está relacionado a forma com que os serviços de saúde estão dispostos na comunidade. Entretanto, a verticalidade está presente na definição de algumas políticas públicas e nas formas de informação, comunicação, fluxos que fazem parte dos processos de trabalhos das equipes de saúde e estas condutas nem sempre são horizontais (BRASIL, 2015).

Assim, Mendes define a história da APS a partir de ciclos de desenvolvimento. O primeiro ciclo surgiu, em 1924, com os Centros de Saúde criados na Universidade de São Paulo (USP), o segundo ciclo deu-se no início dos anos 40, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), hoje Fundação Nacional de Saúde. O terceiro ciclo, instituído a partir da metade dos anos 60, e desenvolveu-se nas Secretarias Estaduais de Saúde com ações na prevenção das doenças e incorporando a atenção médica. O quarto ciclo, nos anos 70, pela Conferência de Alma Ata em 1978, como programa de atenção primária seletiva com objetivos de extensão de cobertura. O quinto ciclo deu-se no início dos anos 80, com as Ações Integradas de Saúde (AIS) (MENDES, 2015).

A institucionalização do SUS levou a um sexto ciclo, com a municipalização das unidades de APS. A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) significou o sétimo ciclo de desenvolvimento da APS na saúde pública brasileira, que se denomina ciclo da atenção básica à saúde e é utilizado até hoje. Esse ciclo foi influenciado a partir de modelos de medicina de família e de comunidade praticados em países como Inglaterra, Canadá e Cuba, mas suas principais características vieram do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) desenvolvida no estado Ceará (MENDES, 2015).

Após esse marco, em 28 de março de 2006 foi aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) com a portaria Nº 648/GM. Essa política estabelece normas e diretrizes para organização da APS no país, e vem para mudar o modelo assistencial, definir os diagnósticos situacionais para planejamento das atividades a serem realizadas atendendo às necessidades e particularidades dos moradores de cada território adscrito, atribuição de cada ente federado, e também definiu o município como principal responsável por implantar a Estratégia de Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2006)

A organização no âmbito da APS surgiu através da Estratégia de Saúde da Família (ESF) no ano de 1994, por meio da atuação de uma equipe multidisciplinar, realiza a gestão do cuidado de forma compartilhada a fim de atender de forma integral as necessidades da população, e realizando suas ações baseando-se nos princípios SUS: universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (CAMPOS et al, 2014). Segundo a PNAB (2017), cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas, e deve ser composta minimamente por um médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS), sendo que na equipe ampliada além desses profissionais acrescenta o cirurgião-dentista, auxiliar e/ou técnico em Saúde Bucal.

Os serviços da ESF, no âmbito da APS, são os que estão mais próximos da população, isso facilita o desenvolvimento das relações de vínculo com a comunidade, permitindo que a equipe de saúde identifique as características dos usuários que frequentam a unidade e assim desenvolvam ações pensando em alternativas para atender as necessidades de saúde dos indivíduos e melhorar a qualidade de vida da sua população adstrita (BRASIL, 2015).

2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E A REDE CEGONHA

As RAS foram implementadas no âmbito do SUS com o objetivo de organizar dos serviços de saúde e ofertar assistência aos usuários de forma integral, considerando toda essência e singularidade de cada pessoa, orientada por meio dos princípios do SUS: equidade, universalidade e integralidade, desenvolvendo ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação da saúde (MENDES, 2015). No Brasil, por meio da Portaria GM/MS n. 4.279/2010, a APS se propõe a reorganizar o modelo de atenção à saúde articulando as RAS, adotando cinco redes temáticas prioritárias com o objetivo de diminuir a fragmentação do sistema de saúde, para atender as demandas de saúde da população (BRASIL, 2015).

A primeira rede temática a ser pactuada foi a Rede Cegonha por meio da Portaria n. 1.459 de 24 de junho de 2011 do MS, que consiste em cuidados contínuos e ações de atenção à saúde materna e infantil. A segunda foi a Rede de Urgência e Emergência por meio da Portaria GM/MS n. 1.600 de 7 de julho de 2011, que possui como as linhas de cuidados cardiovasculares, cerebrovasculares e traumatológicos. A Rede de Atenção Psicossocial foi a terceira a ser instituída através da Portaria GM/MS n. 3.088 de 23 de dezembro de 2011, para as pessoas com sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas. A quarta foi a Rede de Cuidados à Pessoa com Deficiências pela portaria GM/MS n. 793 de 24 de abril de 2012, amplia o acesso e qualifica o atendimento. Por último a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas publicada por meio da portaria GM/MS n. 483 de 10 de abril de 2014 que determina a realização da atenção integral por meio da realização de ações e serviços de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde (BRASIL, 2015).

Com relação ao objeto desta pesquisa, a Rede Cegonha, foi criada em 2011 a fim de assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis e reduzir a mortalidade materna e infantil. Assim, esta Rede está organizada a partir de quatro componentes: o Pré-Natal; o Parto e Nascimento; o Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança; e Sistema Logístico (BRASIL, 2011).

O componente Pré-Natal determina que todas as gestantes devem realizar as consultas de pré-natal, ter garantidos os exames e estar vinculadas a uma maternidade, que deve conhecer ainda durante a gravidez. É responsabilidade da equipe da APS avaliar os riscos e a vulnerabilidade da gestante e vincular aos pontos da rede. O componente Parto e Nascimento deve ser organizado de maneira que tenha suficiência de leitos obstétricos e neonatais e garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (BRASIL, 2015).

No componente do Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, ambos também são de responsabilidade da equipe da APS que deve acompanhar a puérpera e a criança, além de realizar a visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento. Este componente aponta ainda que a equipe deve promover o aleitamento materno e a alimentação complementar saudável, e a orientação sobre saúde sexual e reprodutiva, e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL, 2015). Já no componente sistema logístico, inclui-se o acesso ao

transporte seguro para as gestantes, as puérperas e os recém-nascidos de alto risco, por meio do Sistema de Atendimento Móvel de Urgência que devem estar devidamente equipadas com incubadoras e ventiladores neonatais (BRASIL, 2015).

Para implementação da Rede Cegonha é necessário a execução de cinco fases operacionais, sendo elas: 1) Adesão e diagnóstico; 2) Desenho Regional da Rede Cegonha; 3) Contratualização dos Pontos de Atenção; 4) Qualificação dos componentes e 5) Certificação (BRASIL,2011).

A primeira fase da Adesão e Diagnóstico, tem como objetivo apresentar a da Rede Cegonha, definir os passos para implementação e fazer um diagnóstico da situação epidemiológica a fim de obter indicadores de mortalidade infantil e materna (BRASIL,2011).

A segunda fase é o desenho regional da Rede Cegonha e tem o objetivo de elaborar um desenho Regional onde será realizada a análise da situação de saúde da criança e da mulher. Essa análise inclui dados demográficos e epidemiológicos por faixa etária, dimensionamento da demanda assistencial, dimensionamento da oferta assistencial e análise da situação da regulação, da avaliação e do controle, da vigilância epidemiológica, do apoio diagnóstico, do transporte e da auditoria e do controle externo, entre outros. Com isso será elaborado um mapa dos pontos e dos fluxos de atenção à saúde materna e infantil na Região de Saúde definindo a situação atual (BRASIL,2011).

A terceira fase é a contratualização dos pontos de atenção que objetiva a elaboração do desenho da Rede Cegonha no âmbito municipal, sendo que sua construção deverá seguir as diretrizes e as orientações do processo de construção do Desenho Regional. Já a quarta fase, a Qualificação dos componentes tem o objetivo de implementar as ações definidas para cada componente da Rede definidas nos planos de ação regional e municipal. A responsabilidade será dos gestores estaduais, municipais e dirigentes de serviços de saúde e será acompanhada pelos grupos condutores estaduais e municipais da Rede Cegonha, com monitoramento periódico do Ministério da Saúde. Na quinta e última fase ocorre a Certificação, concedida pelo Ministério da Saúde ao gestor do SUS anualmente após a realização das ações de atenção à saúde previstas no art. 7º, avaliadas na Fase de Qualificação dos Componentes (BRASIL,2011).

A Rede Cegonha é financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, sendo que para cada componente serão destinados os recursos financeiros a ser investidos (BRASIL,2011). Tais recursos são destinados para a construção, ampliação e reforma de Centros de Parto Normal, Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, para reformas voltadas para a adequação da ambiência em serviços que realizam partos, para a compra de

equipamentos e materiais para Casas de Gestante, Bebê e Puérpera, Centros de Parto Normal, custeio de 80% para ampliação de leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI) neonatal e UTI adulto, para Centros de Parto Normal, de para custeio do Leito Canguru, para custeio para ampliação e qualificação dos leitos, para custeio da ampliação e qualificação dos leitos para Gestantes de Alto Risco e para custeio de novos exames no pré-natal (BRASIL,2011).

Os novos exames a serem inclusos no pré-natal à partir da adesão à Rede Cegonha contemplam: teste rápido de gravidez, teste rápido de sífilis, teste rápido de Vírus da Imunodeficiência Humana HIV Cultura de bactérias para identificação (urina), acréscimo de mais um exame de hematócrito, hemoglobina, ampliação do ultrassom obstétrico para 100% das gestantes, proteinúria, teste indireto de Antiglobulina Humana (TIA) para gestantes que apresentarem RH negativo, exames adicionais para gestantes de alto-risco, contagem de plaquetas, dosagem de proteínas (urina 24 horas), dosagens de uréia, creatinina e ácido úrico, eletrocardiograma, ultrassom obstétrico com doppler, cardiotocografia ante-parto (BRASIL,2011).

Com as melhorias e investimentos na assistência ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério, espera-se uma redução considerável na mortalidade materna e infantil a partir de uma assistência de qualidade em todas as fases de desenvolvimento humano desde o pré-natal até os 24 meses de idade do bebê, além do puerpério da mulher (BRASIL,2011).

Atualmente, este cenário demonstra que em 2011, ano de implantação da Rede Cegonha no país, a mortalidade infantil estava estimada em 39.716. Já para o ano de 2016, estima-se estes indicadores passaram para 36.350, o que pode ser um reflexo das melhorias oferecidas na assistência pré-natal, puerperal e infantil no período. Já a mortalidade materna que estava estimada em 1.610 em 2011, no ano de 2016 esse número passou para 1.670 (DATASUS, 2016).

Em Santa Catarina a implantação da Rede Cegonha teve início em 2011 e contou com representantes da Secretaria de Estado da Saúde, das Gerências Regionais de Saúde, do Conselho de Secretarias Municipais de Saúde de Santa Catarina e do Conselho Estadual de Saúde para ser implementada. A RC foi a primeira Rede de Atenção à Saúde com cobertura estadual integral e a primeira com cobertura estadual no Brasil, com investimento anual em recursos para custeio que ultrapassam R\$ 26 milhões.

Os 295 municípios catarinenses aderiram a Rede Cegonha, com compromissos no âmbito da Atenção Básica que envolvem o planejamento sexual e reprodutivo, a atenção ao pré-natal, ao puerpério e ao recém-nascido, já no âmbito da Média e Alta Complexidade, Santa

Catarina conta com 20 referências distribuídas nas 16 regiões de saúde do Estado, que ofertam 118 leitos qualificados para Gestação de Alto Risco, 50 leitos de UTI Adulto, 122 leitos de UTI Neonatal, 62 leitos em Unidades Cuidados Intermediários Neonatais, 13 leitos em Unidades de Cuidados Neonatais na modalidade Canguru e 2 Casas de Gestante Bebê e Puérpera, habilitados e ativos.

2.3 ADEQUAÇÃO PRÉ-NATAL SEGUNDO O MINISTÉRIO DA SAÚDE E REDE CEGONHA

De acordo com o Ministério da Saúde e preconizado pela Rede Cegonha, uma atenção pré-natal qualificada compreende a captação precoce da gestante (até 12^a semana de gestação), realização mínima de seis consultas de pré-natal, realização de exames laboratoriais preconizados, aplicação de vacina antitetânica, recebimento de orientações, vinculação com o local do parto, assistência puerperal e neonatal com acompanhamento da puérpera e da crianç a na atenção básica com visita domiciliar na primeira semana após o nascimento, promoção do aleitamento materno e da alimentação complementar saudável, bem como orientação e oferta de métodos contraceptivos (BRASIL,2011).

Definiu também orientações necessárias para uma adequada atenção pré-natal, que permeiam sobre a realização de práticas educativas, abordando principalmente: o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos hábitos saudáveis de vida; a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém-nascido; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; uso de medicações na gestação; vinculação da UBS ao hospital ou maternidade que será referenciada para o parto bem como informar à gestante a possibilidade de realizar uma visita ao serviç o de saúde onde provavelmente se realizar  o parto e, caso seja de seu interesse, agendar a visita por volta do sexto mês de gestação, sendo que tais práticas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias, entre outros (BRASIL, 2012).

Ainda, estudo de Viellas et.all (2014) com dados da pesquisa Nascer no Brasil demonstrou que, quando falamos de orientação recebida durante o pré-natal apenas 10% das gestantes receberam os procedimentos recomendados, sendo que tais achados refletem em dificuldades sejam elas em compreender os sinais e sintomas da gestação, alterações

fisiológicas da gravidez e possíveis problemas que devem fazer com que ela procure um serviço de saúde, bem como práticas para o momento de realização do parto e cuidados pós parto e com a saúde do bebê.

2.4 O PAPEL DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No atual cenário brasileiro, a Enfermagem vem se mostrando muito atuante em diversos setores da saúde, assumindo novas responsabilidades frente às atribuições dispostas pela profissão. Na APS vem se destacando nas ações aos indivíduos, famílias e comunidade com o objetivo de garantir uma assistência integral na promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação da saúde (FERREIRA et al 2018).

Neste contexto, também possui como atribuições realizar o planejamento e gerenciamento das Unidades de Saúde, realização de intervenções na atenção à saúde dos indivíduos e famílias cadastradas nas equipes e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários, realização de consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, solicitação de exames complementares, prescrição de medicações e encaminhamentos, quando necessário, usuários a outros serviços, realização de atividades programadas e de atenção à demanda espontânea, planeja, gerencia e avalia as ações desenvolvidas pelos ACS em conjunto com os outros membros da equipe, e contribui participa e realiza atividades de educação permanente da equipe de enfermagem e outros membros da equipe (BRASIL, 2012).

A enfermagem também assume compromisso na APS em conjunto com os outros membros da equipe, sendo eles: participar do processo de territorialização e mapeamento da área de atuação da equipe, identificando grupos, famílias e indivíduos expostos a riscos e vulnerabilidades, manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação, garantir a atenção à saúde buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde e prevenção de agravos; e da garantia de atendimento da demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde, realizar busca ativa e notificar doenças e agravos de notificação compulsória, bem como realizar outras ações e atividades a serem definidas de acordo com as prioridades locais, mostrando-se a importância do trabalho em equipe na assistência à saúde da população (BRASIL, 2012).

Os protocolos de enfermagem são ferramentas para normatização da profissão que oficializam as práticas de trabalho e vieram para ampliar a atuação do enfermeiro na atenção à saúde. Esses protocolos têm como objetivo validar as práticas recorrentes, agilizando os processos de trabalho e cumprindo a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem protegendo a prática clínica do Enfermeiro.

No contexto da atenção pré-natal e da Rede Cegonha, a enfermagem também vem se modificando. Inicialmente focava-se principalmente na assistência ao pré-natal, mas, com a proposta da Rede Cegonha tem como atuação também o parto e puerpério, a fim de prestar uma assistência humanizada e segura à saúde materno-infantil. Tais iniciativas vão de encontro aos Objetivos de Desenvolvimento Saudável (ODS) que tem como meta reduzir a taxa de mortalidade materna, acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 5 anos e reduzir a mortalidade neonatal até o ano de 2030 (ONU, 2016).

Assim, o cuidado de Enfermagem no pré-natal objetiva prevenir e/ou detectar precocemente patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos para mulher, sendo que também prepara a mulher para a maternidade e traz informações educativas sobre o processo gravídico. Durante o atendimento a gestante, a escuta qualificada favorece a criação de vínculo com a gestante, auxiliando nas orientações e mudanças de atitudes durante o pré-natal, sendo o profissional enfermeiro é capacitado para proporcionar tais cuidados (BRASIL, 2012).

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal. A pesquisa quantitativa tem como objetivo produzir informações que podem ser quantificadas e mensuradas por meio de números e classificadas e analisadas por meio de técnicas estatísticas (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008). Já a abordagem transversal tem como objetivo coletar dados em um determinado momento, ou seja, em um curto período de tempo (FONTELLES et al, 2009)

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, que baseia-se em um recorte do projeto intitulado: "Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção /Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina" pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), o qual possui financiamento pela

Fundação de Amparo a Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC) sob o termo de outorga nº2017 TR1364.

3.2. LOCAL DE ESTUDO

O cenário da pesquisa foi o estado de Santa Catarina. O estado possui 295 municípios com uma população estimada de 7.075.494 mil habitantes, e está dividido em 6 mesorregiões, sendo elas: Oeste Catarinense, Norte Catarinense, Serrana, Vale do Itajaí, Grande Florianópolis e Sul Catarinense (IBGE, 2018).

A economia do estado é bastante diversificada e está organizada em vários polos distribuídos por diferentes regiões do Estado. O Norte destaca-se nos setores tecnológico, moveleiro e metal-mecânico. A Grande Florianópolis nos setores de tecnologia, turismo, serviços e construção civil. O Oeste concentra atividades de produção alimentar e de móveis. O Planalto Serrano tem a indústria de papel, celulose e da madeira. O Sul destaca-se pelos segmentos do vestuário, plásticos descartáveis, carbonífero e cerâmico. No Vale do Itajaí, predomina a indústria têxtil e do vestuário, naval e de tecnologia. O estado possui investidores de segmentos distintos, permitindo que a riqueza não fique concentrada em apenas uma área.

No que diz respeito a rede assistencial no estado, está organizada por meio da atuação de 870 ESF e 977 ESF com saúde bucal I, em 748 UBS em todo o estado, contando também com a atuação de aproximadamente 47 equipe de agentes comunitários de saúde, sendo a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde (BRASIL, 2019).

Em Santa Catarina a implantação da Rede Cegonha teve início em 2011 e os 295 municípios do estado aderiram a RC, foi a primeira com cobertura estadual no Brasil, com investimento anual em recursos para custeio que ultrapassam R\$ 26 milhões e possui compromissos no âmbito da Atenção Básica na Média e na Alta Complexidade.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constitui-se por puérperas de qualquer idade residentes no estado de Santa Catarina durante o pré-natal, que tiveram filhos nascidos vivos, natimortos ou mortos em hospitais do estado no primeiro e segundo semestre de 2019, que se encaixam nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa.

Para isso, delimitaram-se os seguintes **critérios de inclusão** no estudo: 1) durante esta gravidez, residiu todo o tempo em Santa Catarina; 2) e que realizaram seu pré-natal no estado de Santa Catarina; 3) que realizou o pré-natal no SUS e/ou não realizou pré-natal; 4) que realizaram seu parto pelo SUS; 5) que tiveram filhos nascidos vivos, natimortos ou mortos até 48 horas pós-parto, e que nasceram com mais de 500g e pelo menos 22 semanas de gestação . E como **critérios de exclusão** definem-se as mulheres que não residiam no Estado de Santa Catarina durante o pré-natal e/ou que realizaram o pré-natal na rede privada ou por plano de saúde.

O cálculo da amostra foi realizado no programa estatístico Stata 14. Através de um nível de confiança de 95%, 50 mil o tamanho da população, margem de erro de 1,6%, prevalência estimada de 50% e 10% para recompor perdas, a amostra foi de 3.601 em todo o estado.

3.4 ASPECTOS ÉTICOS

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, que baseia-se em um recorte do projeto intitulado: “*Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina*” que já possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSC, sob o parecer número: 1.599.464, disposto no (ANEXO I).

Assim, às participantes foram informadas sobre os objetivos do estudo, benefícios e riscos, bem como a possibilidade de deixar o estudo hora que desejar. O sigilo foi mantido e as informações obtidas utilizadas para fins científicos. Ainda, foram informados sobre os procedimentos de coleta e garantia de sigilo das informações fornecidas sem que os mesmos sejam identificados na divulgação dos resultados.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue no momento da pesquisa (ANEXO II), e aquelas que aceitaram participar, assinaram o TCLE de forma digital no *tablet*, sendo que uma via foi entregue impressa á participante.

As participantes foram asseguradas dos princípios da Bioética: Beneficência, não maleficência, autonomia e justiça. Compreendendo que haverá uma avaliação do risco benefício para cada participante ou para o grupo, sempre no intuito de redução de danos e o máximo de benefícios possíveis, considerando concordâncias e discordâncias dentro do que cada pensa sem ferir o princípio da autonomia de nenhum participante, ou seja, o pensar diferente e o agir diferente devem ser respeitados nesta pesquisa (KOERICHET al, 2005).

Considerando ainda o da não-maleficência, não causar danos tampouco colocar qualquer participante em risco principalmente os que são possíveis de prevenir, ou se há a possibilidade de uma abordagem que ofereça menos riscos (Koerich et al, 2005). Compreendemos que há riscos, portanto, se os participantes foram orientados que poderiam deixar de participar do estudo a qualquer momento.

Assim, ressalta-se que a referida pesquisa seguiu os preceitos éticos da conforme preconizado pela Resolução 466/12.

3.5 PRÉ-TESTE E ESTUDO PILOTO

O questionário aplicado nas maternidades passou anteriormente por pré-teste e estudo piloto, os quais foram aplicados com 20 indivíduos que correspondem aos mesmos critérios de seleção e exclusão indicados anteriormente, sendo avaliados o entendimento das perguntas por parte do entrevistado, o tempo de coleta de dados e a adequação da estrutura do questionário. Após os ajustes necessários, foi realizado um piloto com 5% da amostra total calculada, a fim de testar toda a logística da pesquisa e coleta de dados. Tais procedimentos foram realizados na Maternidade Carmela Dutra e Hospital Universitário em Florianópolis e Hospital Lenoir José Vargas em Chapecó.

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu de janeiro a agosto de 2019 por meio de um questionário fechado, contendo 356 perguntas, distribuídas em 11 blocos, elaborado pela equipe de pesquisa. Para este estudo, foram utilizadas informações encontradas em 17 questões do referido questionário, que se encontram em anexo (ANEXO III).

Para realização da pesquisa, inicialmente foram contatados os Hospitais selecionados para participação na pesquisa, os quais foram aqueles que realizaram no ano de 2016 mais de 500 partos; os mesmos foram acionados para liberação da realização da pesquisa, sendo este primeiro contato desenvolvido com o auxílio da SES/SC, por meio da apresentação dos objetivos da pesquisa e assinatura do termo de aceite.

A coleta de dados nos hospitais foi realizada mediante entrevistas realizadas face-a-face. Os entrevistadores selecionados para conduzir as coletas de dados tinham ao menos segundo grau completo, 18 anos de idade. Todos os envolvidos na coleta dos dados foram treinados em

técnicas apropriadas de entrevista e no entendimento e domínio das perguntas do questionário do presente estudo. No treinamento os entrevistadores receberam as orientações gerais sobre a pesquisa, o material necessário para realizar as entrevistas, as orientações sobre a rotina de trabalho e de manuseio do *tablet* e do aplicativo RedCap para as entrevistas.

Para as entrevistas, no ambiente hospitalar os entrevistadores primeiramente registravam o número de nascimentos ocorridos no período de 48 horas para a realização do censo de nascimento, e então o preenchimento da ficha para controle destes dados. Em seguida, àquelas que preenchem os critérios de inclusão foram consultadas acerca do aceite em participar da pesquisa, e caso afirmativo, realizou-se a pesquisa. Para os casos de recusa, foram preenchidas questões adicionais para definição do perfil destas recusas.

Na aplicação do questionário, as informações correspondentes às informações gerais e as questões dos blocos de A até I foram coletadas com a puérpera; já aquelas relativas ao bloco formulário de coleta de dados da caderneta foram extraídas da caderneta da puérpera. Para este estudo, serão utilizadas questões referentes aos blocos de identificação do usuário, assistência pré-natal, informações recebidas no pré-natal, socioeconômico e parto e nascimento.

Para o controle de qualidade dos dados, em cada etapa do estudo (linha de base e seguimento) uma amostra aleatória de 10% dos entrevistados foi contatada novamente e aplicou-se um questionário reduzido. Ao se realizar uma pré-análise do consolidado do banco de dados, encontramos taxa de resposta de 96,9%, e todas as variáveis do controle de qualidade mostraram concordância boa ou quase perfeita, sendo que seis das oito variáveis apresentaram Kappa de Cohen maior que 0,680.

3.7 CATEGORIZAÇÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Os dados coletados foram organizados e compilado para posterior análise. As variáveis analisadas neste estudo encontram-se descritas no quadro abaixo (Quadro 1).

Quadro 1: Variáveis utilizadas no estudo

Descrição	Categorias
BLOCO A- IDENTIFICAÇÃO DO USUÁRIO	
Data de nascimento	dd/mm/aaaa
Data da entrevista	dd/mm/aaaa

A Sra. considera que sua cor da pele/raça/etnia	<input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta/negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena
INFORMAÇÕES DOS PAIS	
No momento, a Sra. está:	<input type="checkbox"/> Casada no papel <input type="checkbox"/> Em união estável <input type="checkbox"/> Solteira <input type="checkbox"/> Divorciada/separada <input type="checkbox"/> Viúva
BLOCO C- ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	
Quem atendeu a Sra. na maioria das consultas do pré-natal?	<input type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermeiro <input type="checkbox"/> Médico e enfermeira <input type="checkbox"/> Técnico de enfermagem <input type="checkbox"/> Doula/parteira <input type="checkbox"/> Outro
Quantas consultas de pré-natal a Sra. realizou no decorrer desta gravidez?	____ Consultas
Com quantas semanas de gravidez a Sra. realizou sua primeira consulta de pré-natal	____ Semanas
BLOCO C -INFORMAÇÕES RECEBIDAS NO PRÉ-NATAL	
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, orientou a Sra. sobre a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade do bebê?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe /não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, orientou a Sra quanto ao manejo da amamentação (posição do bebê para mamar, pega adequada, preparo das mamas para amamentação)?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe /não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, orientou a Sra sobre a importância da realização de atividades físicas durante o pré-natal?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe /não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, orientou a Sra. sobre os riscos de utilizar remédios durante a gravidez, sem orientação médica?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe /não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, orientou a Sra. sobre os riscos do consumo de	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

álcool durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, orientou a Sra. sobre os riscos do fumo durante a gravidez?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, explicou a Sra. os sinais de risco na gravidez que devem fazer a Sra. procurar um serviço de saúde?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, explicou como começa o trabalho de parto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, informou sobre a possibilidade d a Sra. ter acompanhante no momento do parto e pós-parto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe /não quer informar
Durante este pré-natal algum médico (a) ou profissional da saúde, informou sobre a possibilidade de a Sra. visitar as opções de maternidade para a realização do parto?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não sabe/ não quer informar
BLOCO I – DEMOGRÁFICO	
Qual a sua cidade de residência?	_____ (Nome da Cidade)
BLOCO H – SOCIOECONÔMICO	
Até que grau de escolaridade a Sra. estudou?	<input type="checkbox"/> Fundamental completo <input type="checkbox"/> Fundamental incompleto <input type="checkbox"/> Médio completo <input type="checkbox"/> Superior completo

3.7.1 Variável de desfecho

Para avaliar o desfecho deste estudo foi utilizada a variável adequação de orientações no pré-natal, categorizada em adequado ou inadequado. Os entrevistadores questionavam acerca do recebimento ou não durante o pré-natal das seguintes orientações: amamentação exclusiva até os 6 meses, manejo da amamentação, atividade física, uso de remédios sem orientação, consumo de álcool, tabagismo, sinais de risco, início do trabalho de parto, possibilidade de acompanhante durante o parto e pós-parto, e possibilidade de visita à maternidade; assim, a variável de adequação foi considerada adequada quando a puérpera informou ter recebido pelo menos uma de cada orientação destas descritas, segundo as

recomendação do Ministério da Saúde e Rede Cegonha acerca da atenção pré-natal (BRASIL,2011).

3.7.2 Variável de exposição principal

A variável de exposição principal foi o profissional que atendeu na maioria do pré-natal (Enfermeiro, Médico, Enfermeiro/Médico), questionada pelos entrevistadores por meio da pergunta “*Quem atendeu a Sra. na maioria das consultas do pré-natal?*”. As categorias “técnico de enfermagem”, “doula/parteira” e “outro” foram excluídas da análise por representarem menos que 1%.

3.7.3 Covariáveis

Foram utilizadas as seguintes variáveis de ajuste: a) Estado civil (casada, união estável, solteira, divorciada/separada, viúva); b) Idade em anos completos (até 18; 19 a 25; 26 a 33; 34 a 42; acima de 43); c) cor da pele (branca; preta/negra; parda, amarela), sendo que a categoria indígena foi excluída por representar menos de 1%; d) escolaridade (Fundamental incompleto; Fundamental completo; Médio completo; Superior completo); e) Número de consultas (menor ou igual 6 e 7 ou mais) f) Início do pré-natal (menor ou igual a 12 e maior que 12) .

3.7.4 Análise estatística

A população das análises foi fixada para aquelas possuíam completude de informação de todos os dados investigados. As análises foram estratificadas pela variável profissional que atendeu na maioria do pré-natal, com o objetivo de identificar diferenças na intensidade da associação entre profissional e orientações durante o pré-natal. Para a descrição das variáveis categóricas da amostra, os dados foram apresentados em frequências absolutas e relativas. Foi realizada a análise de associação entre a variável de exposição principal (profissional) e covariáveis com o desfecho (adequação de orientações), por meio do teste estatístico Qui-quadrado.

Tanto para a análise bruta (bivariada) quanto para a ajustada, a *Odds Ratio* (OR) foi utilizada como medida de associação, estimada por meio da análise de Regressão Logística. A variável de exposição principal (profissional) foi ajustada por todas as variáveis (estado civil,

escolaridade, cor da pele, idade, número de consultas e início do pré-natal), independentemente do valor de p. As variáveis foram incluídas de forma simultânea na análise ajustada. A análise dos dados foi conduzida no software Stata versão 14.0 (*StataCorp*, Texas, USA).

4. RESULTADOS

ATUAÇÃO DO PROFISSIONAL ENFERMEIRO NA ASSISTENCIA PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA ATENÇÃO PRIMÁRIA NO ESTADO DE SANTA CATARINA

Bruna Letícia Marques

Yaná Tamara Tomasi

Daniela Savi Geremia

Suelen dos Santos Saraiva

Resumo: Este estudo objetivou analisar a atuação do profissional enfermeiro na atenção ao pré-natal, no âmbito da Atenção Primária do estado de Santa Catarina, estimando as orientações recebidas no pré-natal e a adequação das orientações recebidas no pré-natal, segundo profissional. Participaram do estudo 2.784 puérperas que realizaram pré-natal no estado de Santa Catarina. A coleta de dados ocorreu de janeiro a agosto de 2019 por meio de um questionário, aplicado em ambiente hospitalar até 48 horas após o nascimento do bebê, com o auxílio de *tablets*. Os dados foram compilados, e apresentados em frequências absolutas e relativas, além de análise de associação entre a variável de exposição principal e co-variáveis com o desfecho. Observou-se que, em relação ao fornecimento de orientações durante o pré-natal, houve maior proporção de ter recebido orientações naquelas que realizaram o pré-natal conjuntamente com os dois profissionais, médico e enfermeiro, sendo que a adequação às orientações recebidas durante o pré-natal é maior quando unimos as profissões, em um atendimento multidisciplinar entre médicos e enfermeiros. Assim, destaca-se a importância da participação do enfermeiro como membro da equipe na assistência de qualidade e humanizada as gestantes no pré-natal de baixo risco.

Palavras-chave: Serviços de Saúde Materno-Infantil, Cuidado Pré-Natal; Atenção Primária à Saúde.

Introdução

A saúde materno-infantil é um importante tema mobilizador no campo da saúde pública, a medida que reflete no reconhecimento e monitoramento do desempenho do sistema de saúde

e das condições sanitárias da população, apresentando assim os avanços nas políticas de saúde. Tais reflexões permeiam inúmeras discussões de métodos e medidas a serem tomadas para melhorar a saúde a partir de um atendimento qualificado no período gestacional e puerpério, evitando a mortalidade mãe-bebê (BHUTTA et al., 2012).

Nos últimos 25 anos, o Brasil conseguiu diminuir as taxas de mortalidade na infância para 62 óbitos infantis a cada 100 mil nascidos vivos e 1.463 óbito maternos no ano de 2016, porém, ainda continuam elevados em comparação com a meta de reduzir a mortalidade materna para 30/100 mil nascido vivos até 2030 segundo os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2015/2030 (BRASIL, 2018). Assim, diferentes instâncias de governo têm se mobilizado para pensar e implementar ações por meio de políticas, programas com o objetivo de qualificar a atenção materna e infantil no país.

De modo a contribuir com este cenário, em 2011 foi instituída a Rede Cegonha, com o objetivo de organizar e estruturar os serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde, e proporcionar às mulheres saúde, qualidade de vida e bem-estar durante a gestação, parto, pós-parto e o desenvolvimento da criança até os dois primeiros anos de vida.

Neste contexto, uma atenção ao pré-natal qualificada, engloba ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação de possíveis complicações podem comprovadamente ser eficaz para a melhoria destes indicadores de saúde. Assim, no pré-natal é possível avaliar as condições de saúde materna e infantil e prevenir possíveis complicações, também é um momento de aprendizado para mulher e sua família, onde é realizado ações educativas com orientações sobre as alterações corporais, sinais e sintomas da gestação, sinais de risco, bem como atitudes prejudiciais para gestação como fumo, álcool e uso de drogas, também é referenciado para a maternidade onde será realizado o parto e onde ela deverá procurar em caso de emergência.

A Atenção Primária à Saúde (APS) atua com um conjunto de ações e serviços que atua no âmbito individual e coletivo, e é o principal meio de comunicação para os serviços disponíveis na Rede de Atenção à Saúde (RAS). Abrangem a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, o diagnóstico, tratamento, reabilitação, manutenção da saúde e a atenção à saúde materno-infantil. (FRACOLLI; CASTRO, 2012). Diante disso a APS possui competências na assistência ao pré-natal visando um olhar integral a saúde materna e infantil por meio de uma assistência multidisciplinar a fim de garantir qualidade na assistência prestada.

Neste cenário, observa-se a enfermagem também se modificando. Inicialmente focava-se principalmente na assistência ao pré-natal, com a proposta da Rede Cegonha tem como

atuação à assistência não só ao pré-natal, mas também o parto e puerpério, com ações educativas e assistenciais, a fim de prestar uma assistência humanizada e segura

A realização deste estudo justifica-se tendo que vista que, desde 2011 com a implantação da Rede Cegonha no âmbito do SUS tem-se observado aumento nos atendimentos e na assistência pré-natal, bem como no número de consultas por gestantes no Brasil, porém, a incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial sistêmica ainda permanecem elevadas o que leva os órgãos públicos e os pesquisadores da saúde questionar-se em relação a qualidade da assistência prestada nos serviços de saúde. Além disso, é importante reconhecer e fortalecer a atuação dos profissionais de saúde neste cenário, principalmente do profissional enfermeiro pois, a enfermagem tem atuado frente aos mais diversos processos de planejamento e gestão em saúde e ao mesmo tempo desenvolvido mecanismos de suporte para a tomada de decisão à este público (BRASIL, 2002).

Assim, este estudo se propõe a realizar uma análise da atenção ao pré-natal no âmbito da Atenção Primária, estimando as orientações recebidas no pré-natal, bem como a adequação de orientações recebidas no pré-natal segundo o profissional que realizou os atendimentos.

Método

Trata-se de um estudo quantitativo, do tipo transversal, que baseia-se em um recorte do projeto intitulado: “*Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina*”, desenvolvido em parceria entre a Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina (SES/SC), o qual possui financiamento pela Fundação de Amparo à Pesquisa de Santa Catarina (FAPESC) sob o termo de outorga n°2017 TR1364.

O cenário da pesquisa foi o estado de Santa Catarina. O estado possui 295 municípios com uma população estimada de 7.075.494 mil habitantes, sua rede assistencial conta com 1947 Estratégias de Saúde da Família (ESF) em 748 Unidades Básicas de Saúde (UBS) em todo o estado, sendo a porta de entrada preferencial dos serviços de saúde (IBGE, 2018; BRASIL, 2019)

A população deste estudo constitui-se por puérperas de qualquer idade residentes no estado de Santa Catarina, que tiveram filhos nascidos em hospitais do estado no primeiro e segundo semestre de 2019, que atenderam nos critérios de inclusão e exclusão da pesquisa. Como critérios de inclusão compreendeu-se aquelas durante esta gravidez, residiu todo o tempo

em Santa Catarina; 2) e que realizaram seu pré-natal no estado de Santa Catarina; 3) que realizou o pré-natal no SUS e/ou não realizou pré-natal; 4) que realizaram seu parto pelo SUS; 5) que tiveram filhos nascidos vivos, natimortos ou mortos até 48 horas pós-parto, e que nasceram com mais de 500g e pelo menos 22 semanas de gestação. Assim, excluíram-se aquelas que não residiam no estado de Santa Catarina durante a gestação e/ou que realizaram o pré-natal na rede privada ou por plano de saúde.

Para composição da amostra foi realizada amostra probabilística com nove diferentes estratos, de forma a se obter amostra representativa para cada uma das macrorregiões de saúde de Santa Catarina (Foz do Rio Itajaí, Grande Florianópolis, Grande Oeste, Meio Oeste, Nordeste, Planalto Norte, Serra Catarinense, Sul e Vale do Itajaí). O procedimento de cálculo da amostra foi realizado no programa estatístico Stata 14. Com nível de confiança de 95%, margem de erro de 5%, prevalência estimada de 50% e 10% para recompor perdas. A amostra total do estudo foi estimada em 3.601 em todo o estado.

A coleta de dados ocorreu no período de janeiro a agosto de 2019, por meio da aplicação de questionário. Tal instrumento para coleta de dados é composto por 365 questões, estruturadas em 11 blocos. Na aplicação do questionário, as informações foram coletadas com a puérpera e também extraídas da caderneta de gestante. Para este estudo, foram utilizadas questões referentes aos blocos de informações dos pais, assistência pré-natal, informações recebidas no pré-natal, demográfico, socioeconômico e parto e nascimento.

O trabalho de campo foi desenvolvido por entrevistadores treinados pela equipe de pesquisa. A coleta de dados ocorreu em ambiente hospitalar, mediante entrevistas realizadas face-a-face até 48 horas após o nascimento do bebê, com o auxílio de *tablets*.

Ao final, os dados foram organizados e compilados, em seguida analisados utilizando o pacote estatístico Stata 14. A variável de desfecho foi variável adequação de orientações no pré-natal, categorizada em adequado ou inadequado, sendo considerado adequado àquelas que receberam pelo menos uma das orientações: : amamentação exclusiva até os 6 meses, manejo da amamentação, atividade física, uso de remédios sem orientação, consumo de álcool, tabagismo, sinais de risco, início do trabalho de parto, possibilidade de acompanhante durante o parto e pós-parto, e possibilidade de visita à maternidade; e como variável de exposição principal o profissional que atendeu na maioria do pré-natal (Enfermeiro, Médico, Enfermeiro/Médico).

Ainda, foram utilizadas as seguintes variáveis de ajuste: a) Estado civil (casada, união estável, solteira, divorciada/separada, viúva); b) Idade em anos completos (até 18; 19 a 25; 26

a 33; 34 a 42; acima de 43); c) cor da pele (branca; preta/negra; parda, amarela), sendo que a categoria indígena foi excluída por representar menos de 1%; d) escolaridade (Fundamental incompleto; Fundamental completo; Médio completo; Superior completo); e) Número de consultas (menor ou igual 6 e 7 ou mais) f) Início do pré-natal (menor ou igual a 12 e maior que 12) .

Primeiramente foram estimadas as frequências absolutas e relativas das variáveis investigadas, e posterior análise de associação entre a variável de exposição principal e covariáveis com o desfecho.

A referida pesquisa possui a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEP) da UFSC, sob o parecer número: 1.599.464, e seguiu os preceitos éticos da conforme preconizado pela Resolução 466/12.

Resultados

Participaram do estudo 3.559 puérperas que realizaram pré-natal no estado de Santa Catarina. Aquelas que possuíam completude de informação de todos os dados investigados somaram 2.784, as quais foram a população deste estudo. A amostra foi constituída em sua maior parte por mulheres de 19 a 25 anos (39,2%), em união estável (59,6%), cor da pele branca (62,0%), com escolaridade à nível de ensino médio completo (40,3%) (Tabela 1).

Tabela 1- Descrição das características socioeconômicas das participantes do estudo, Santa Catarina, 2019.

Variável	n	%
<i>Estado Civil</i>		
Casada no papel	642	23,1
União Estável	1559	59,6
Solteira	454	16,3
Divorciada/Separada	22	0,8
Viúva	7	0,2
<i>Idade</i>		
Até 18 anos	147	5,2

Variável	n	%
De 19 a 25 anos	1089	39,2
De 26 a 33 anos	1053	37,8
De 34 a 42 anos	438	15,7
43 anos ou mais	57	2,1
<i>Cor da Pele</i>		
Branca	1726	62,0
Preta/negra	253	9,1
Parda	754	27,1
Amarela	51	1,8
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental incompleto	504	18,1
Fundamental completo	858	31,8
Médio Completo	1142	41,0
Superior Completo	280	10,0
Total	2784	100,0

Ao analisarmos a atenção ao pré-natal observou-se que 48,0% das consultas de pré-natal o profissional que atendeu foi somente o médico, 79,7% realizaram 7 ou mais consultas, sendo que 77,9% tiveram o início precoce do pré-natal até 12 semanas de gestação.

No Brasil, dados de 2017 acerca da assistência pré-natal demonstram que cerca de apenas 2,0% das gestantes brasileiras não fizeram nenhuma consulta de pré-natal, e a proporção daquelas que realizaram seis ou mais consultas foi de 69,3%. Considerando a adequação ao pré-natal no país, observou-se que apenas 68,3% apresentaram adequação segundo os parâmetros do Ministério da Saúde (BRASIL, 2017). Estes achados despontam para um cenário nacional onde a maioria das gestantes apresentam um número adequado de consultas de pré-natal, em contrapartida, este número de consultas não reflete na qualidade destas, destacando a necessidade de avaliar as orientações recebidas durante o pré-natal como critério importante na qualidade da assistência prestada.

Com relação as orientações recebidas durante o acompanhamento pré-natal, observou-se as mais prevalentes foram orientações sobre os sinais de riscos na gestação (80,8%); sobre os riscos de utilizar remédios durante a gestação sem orientação médica (77,1%); sobre os malefícios do tabagismo (75,6%) e do consumo de álcool durante a gestação (75,0%); além da possibilidade de acompanhante no momento do parto (65,5%).

Com menor prevalência, observou-se as orientações sobre como começa o trabalho de parto (64,0%); importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses (61,9%); sobre a importância da realização de atividade física durante a gestação (60,1%); manejo adequado da amamentação (46,6%); e sobre a possibilidade de visitar as opções de maternidade antes do parto (40,3%).

Ao final, observou-se que a adequação às orientações recebidas durante o pré-natal não foi superior à 18,6% (Tabela 2).

Tabela 2- Descrição das características de atenção pré-natal das participantes do estudo, Santa Catarina, 2019

Variável	N	%
<i>Profissional que atendeu na maioria do pré-natal</i>		
Enfermeiro	317	11,4
Médico	1352	48,6
Enfermeiro e Médico	1115	40,0
<i>Nº consulta</i>		
Até 6	539	19,4
7 ou mais	2245	80,6
<i>Início do pré-natal</i>		
≤12 semanas	2193	78,8
>12 semanas	591	21,2
<i>Orientação amamentação exclusiva 6 meses</i>		
Sim	2181	61,9
Não	1342	38,1

Variável	N	%
<i>Orientação quanto ao manejo da amamentação</i>		
Sim	1636	46,6
Não	1876	53,4
<i>Orientou importância da atividade física na gestação</i>		
Sim	2109	60,1
Não	1401	39,9
<i>Orientou os riscos de utilizar remédios sem orientação médica</i>		
Sim	2722	77,2
Não	806	22,8
<i>Orientação consumo de álcool</i>		
Sim	2642	75,0
Não	881	25,0
<i>Orientação fumo</i>		
Sim	2663	75,6
Não	861	24,4
<i>Orientação sinais de riscos</i>		
Sim	2831	80,5
Não	687	19,5
<i>Orientação como começa o trabalho de parto</i>		
Sim	2255	64,0
Não	1266	36,0
<i>Orientou sobre a possibilidade de ter acompanhante no parto</i>		
Sim	2312	65,5
Não	1218	34,5
<i>Orientou sobre possibilidade de visita a maternidade</i>		

Variável	N	%
Sim	1421	40,3
Não	2104	59,7
<i>Adequação orientações</i>		
Inadequado	2867	81,4
Adequado	655	18,6
Total	2784	100,0

Para as orientações, aquelas atendidas somente por profissional médico receberam menos orientações sobre possibilidade de visita a maternidade (35,6%) e mais sobre sinais riscos (78,0%); e aquelas atendidas somente pelo enfermeiro receberam menos orientações quanto ao manejo da amamentação (42,5%) e mais sobre sinais riscos (80,2%). Já aquelas atendidas por médico e enfermeiro conjuntamente foram as que menos receberam orientação sobre possibilidade de visita a maternidade (44,9%), e mais sobre os sinais de risco (83,2%) (Tabela 3).

Tabela 3 - Descrição das orientações recebidas pelas das participantes do estudo, segundo profissional que atendeu na maioria do pré-natal, Santa Catarina, 2019

Variável	Enfermeiro n(%)	Médico n(%)	Médico/Enf n(%)	p valor*
<i>Orientação amamentação exclusiva 6 meses</i>				
Sim	242(60,3)	996(59,2)	926(65,6)	0,001
Não	159(39,7)	687 (40,2)	486(34,4)	
<i>Orientação quanto ao manejo da amamentação</i>				
Sim	169 (42,1)	715 (42,8)	741 (52,4)	0,000
Não	232 (57,9)	955 (57,2)	672 (47,6)	
<i>Orientou importância da atividade física na gestação</i>				
Sim	223 (55,6)	976 (58,2)	892 (63,5)	0,002
Não	178 (44,4)	700 (41,8)	512 (36,5)	

Variável	Enfermeiro n(%)	Médico n(%)	Médico/Enf n(%)	p valor*
<i>Orientou os riscos de utilizar remédios sem orientação médica</i>				
Sim	309 (77,2)	1274 (75,6)	1118 (79,1)	0,063
Não	91 (22,8)	412 (24,4)	295 (20,9)	
<i>Orientação consumo de álcool</i>				
Sim	307(76,2)	1204(71,7)	1111(78,6)	0,000
Não	96(23,9)	474(28,2)	302(21,4)	
<i>Orientação fumo</i>				
Sim	308(77,0)	1215(72,3)	1120(79,1)	0,001
Não	92(23,0)	465(27,7)	295(20,9)	
<i>Orientação sinais riscos</i>				
Sim	323(80,5)	1306(78,0)	1178(83,2)	0,001
Não	78(1,4)	368(21,9)	237(16,7)	
<i>Orientação como começa o trabalho de parto</i>				
Sim	253 (62,8)	1026 (61,1)	960 (68,0)	0,000
Não	150 (47,2)	652 (38,9)	451 (32,0)	
<i>Orientou sobre a possibilidade de ter acompanhante no parto)</i>				
Sim	253 (63,4)	1049 (62,4)	996 (70,1)	0,000
Não	146 (36,6)	632 (37,6)	425 (29,9)	
<i>Orientou sobre possibilidade de visita a maternidade</i>				
Sim	181 (44,9)	595 (35,6)	637 (44,9)	0,000
Não	222 (55,1)	1078 (64,4)	783 (55,1)	
<i>Adequação orientações</i>				
Inadequado	338(83,7)	1390(83,1)	1114(78,6)	0,003
Adequado	66(16,3)	282(16,9)	303(21,4)	

*Valor obtido por meio do teste de qui-quadrado.

Na análise bruta, observou-se que aquelas que tiveram 7 ou mais consultas de pré-natal apresentaram 1,29 vezes mais chances ($p=0,046$) de ter adequação de orientação se comparado

aquelas que tiveram até 6 consultas; e aquelas que iniciaram o pré-natal com mais de 12 semanas apresentaram 10,0% menos chance de ter adequação nas orientações se comparado aquelas que iniciaram antes das 12 semanas, apesar de não apresentar significância estatística. Ainda, o indicador estado civil demonstrou que, aquelas que eram solteiras apresentaram 1,54 vezes mais chance ($p=0,004$) de ter adequação nas orientações se comparado aquelas que estavam casadas no papel.

Em relação a variável desfecho de adequação às orientações recebidas no pré-natal, a análise bruta demonstrou que aqueles atendidos pelos profissionais médico e enfermeiro conjuntamente tiveram 1,40 vezes mais chance ($p=0,043$) de ter adequação das orientações se comparado aqueles atendidos somente pelo enfermeiro (Tabela 4).

Tabela 4 – Análise bruta da adequação de orientações recebidas durante o pré-natal, segundo profissional que atendeu na maioria das consultas, Santa Catarina, 2019

Variável	Adequado	
	OR (IC95%)	Valor p
<i>Profissional</i>		
Enfermeiro	1,00	
Médico	0,98(0,77-1,37)	0,929
Enfermeiro e Médico	1,40(1,01-1,95)	0,043
<i>Número de consultas</i>		
Até 6	1,00	
7 ou mais	1,29(1,01-1,67)	0,046
<i>Início pré-natal</i>		
<= 12 semanas	1,00	
>12 semanas	0,90(0,71-1,15)	0,424
<i>Estado Civil</i>		
Casada no papel	1,00	
União Estável	1,4((0,81-1,31)	0,775
Solteira	1,54(1,14-2,08)	0,004
Divorciada/Separada	0,77(0,22-2,64)	0,681
Viúva	0,81(0,09-6,83)	0,850
<i>Idade</i>		
Até 18 anos	1,00	
De 19 a 25 anos	0,97(0,62-1,49)	0,863
De 26 a 33 anos	0,96(0,62-1,29)	0,877
De 34 a 42 anos	0,94(0,58-1,53)	0,832
43 anos ou mais	0,69(0,29-1,62)	0,401
<i>Cor Pele</i>		
Branca	1,00	
Preta/negra	1,23(0,89-1,70)	0,203

Variável	Adequado	
	OR (IC95%)	Valor p
Parda	1,01(0,80-1,26)	0,928
Amarela	1,10(0,54-2,23)	0,771
<i>Escolaridade</i>		
Fundamental incompleto	1,00	
Fundamental completo	0,91(0,69-1,19)	0,471
Médio Completo	0,86(0,66-1,12)	0,282
Superior Completo	1,10(0,76-1,57)	0,633

IC95%: intervalo de 95% de confiança;

Na análise ajustada para adequação de orientações recebidas durante o pré-natal segundo o profissional que atendeu na maioria das consultas, observou-se que aquelas atendidas na maioria do pré-natal pelos profissionais médico e enfermeiro conjuntamente apresentaram 1,47 vezes mais chances de ter adequação nas orientações se comparada aquelas atendidas apenas pelo profissional enfermeiro ($p=0,024$), ajustado por número de consultas, início do pré-natal, estado civil, escolaridade, cor da pele e idade.

Tabela 5 – Análise ajustada da adequação de orientações recebidas durante o pré-natal, segundo profissional que atendeu na maioria das consultas, Santa Catarina, 2019

Variável	Adequado	
	OR (IC95%)	Valor p
<i>Profissional</i>		
Enfermeiro	1,00	
Médico	1,02(0,73142)	0,910
Enfermeiro e Médico	1,47(1,05-2,05)	0,024

IC95%: intervalo de 95% de confiança;

* Ajustada por número de consultas, início do pré-natal, estado civil, escolaridade, cor da pele e idade.

Discussão

Ao analisar os dados de atenção pré-natal no âmbito da Atenção Primária estado de Santa Catarina, observa-se que o perfil em sua maioria é de mulheres entre 19 a 33 anos, em união estável, de cor de pele branca, e escolaridade a nível de ensino médio completo.

Estudo de Tomasi et al (2017), utilizando dados do primeiro ciclo do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ) mostrou que 98,9% realizaram consultas de pré-

natal em sua última gravidez, sendo que o perfil daquelas que realizaram o pré-natal era de faixa etária entre 25 aos 34 anos, de cor da pele mestiça/parda/preta (TOMASI et al, 2017).

Com relação a atenção ao pré-natal, observa-se que no estado o profissional que atendeu na maioria das consultas de pré-natal foi o profissional médico, seguido do profissional enfermeiro. A prevalência das puérperas que realizaram a maioria das consultas de pré-natal com o profissional médico, e que realizaram 7 consultas ou mais de pré-natal encontrada neste estudo foi de 48,6% e 80,6% respectivamente, consistente com estudo anterior realizado no Brasil em 2011-2012 que demonstrou a prevalência de 80,9% nas 7 ou mais consultas e na maioria (75,6%) das consultas com o médico (VIELLAS et al, 2014).

Ainda se destaca que em sua maioria fizeram 7 ou mais consultas de pré-natal, com início precoce até 12 semanas, sendo 79,7% e 77,9% respectivamente. O que aponta os índices mais elevados que no país, que apresentou 73,1% de puérperas com seis consultas mínimas preconizadas e 60,6% iniciando o pré-natal até a 12 semana gestacional segundo estudo Nascer no Brasil (2011-2012) (VIELLAS et al, 2014).

Ressalta-se que a Rede Cegonha, lançada pelo Ministério da Saúde em 2011, tem como indicador de qualidade a realização de mais de sete consultas de pré-natal e o início precoce da assistência ao pré-natal. Ainda, em relação ao início precoce da assistência ao pré-natal, Organização Mundial da Saúde (OMS) e Ministério da Saúde reconhecem tal ação como fundamental na prevenção da transmissão vertical da sífilis e do HIV, controle da anemia e manejo da hipertensão arterial e do diabetes, assim evitando complicações e agravos (BRASIL, 2011).

Quando o pré-natal é iniciado precocemente diminui as chances de ocorrer falhas, permite acesso a outras informações sobre seu estado de saúde, exames de rotina, vacinação, maior contato com os profissionais da equipe, maior número de consultas, e consequente maior espaço para receber orientações e esclarecer eventuais dúvidas que a gestante possa ter durante o pré-natal (BRASIL, 2012).

Durante atenção ao pré-natal as orientações que prevaleceram na maioria das consultas foram sobre os sinais de risco na gestação, riscos de utilizar remédios durante a gestação sem orientação médica, seguido pelos riscos do fumo durante a gestação. Estudo nacional com dados do primeiro ciclo do PMAQ que analisou a prevalência das orientações recebidas no pré-natal a partir das seguintes orientações: alimentação e ganho de peso, amamentação exclusiva até os seis meses, cuidados com o bebê e importância do exame preventivo do câncer do colo de útero. Este estudo observou que as orientações acerca da amamentação exclusiva foi a mais

oferecida (91,0%), seguido de alimentação (88,9%), ganho de peso (88,9%), cuidados com o bebê (85,9%) e importância do exame preventivo do câncer do colo de útero(65,8%) (TOMASI et al, 2017).

O Ministério da Saúde define que na primeira consulta de pré-natal, deve ser dado à gestante todas as orientações necessárias para uma gestação adequada de modo que facilitem sua adesão às condutas e intervenções prescritas, sendo que o sucesso nas orientações é primordial para a adesão da gestante às próximas consultas de pré-natal (BRASIL, 2012). Entretanto, estudo realizado no Rio de Janeiro em 1999-2001 mostrou que comportamentos de risco como ingerir bebida alcoólica, fumar e consumir drogas ilícitas durante a gestação foram referidos pelas mulheres em grande quantidade durante a realização do pré-natal em estabelecimentos de saúde públicos, reforçando a importância de tais orientações durante o pré-natal (LEAL et al, 2004).

Em relação as orientações sobre amamentação observaram-se que estas estiveram presente em 46,6% das consultas, quando deveriam ser mais presentes na assistência ao pré-natal tendo em vista que, a amamentação contribui no fortalecimento de vínculo entre a mãe e o bebê e é fundamental no crescimento e desenvolvimento da criança pois, contém todos os nutrientes essenciais para o bebê, além de ser mais bem digerido e possuir todos os anticorpos necessários (BRASIL, 2015).

Para as orientações sobre a possibilidade de visita a maternidade, estudo realizado em Vitória/ES em 2014 demonstrou a importância da orientação e vinculação da gestante com a maternidade e que deve ser feita desde o início do acompanhamento pré-natal, facilitando a gestantes no momento do parto ou em caso de emergências (POLGLIANE et al,2014). Tais orientações surgem a partir da implantação da Rede Cegonha que vem com o propósito de vincular a gestante e evitar peregrinação, assim evitando dificuldade de acesso e agilizando a assistência.

Em relação ao fornecimento de orientações durante o pré-natal, ações que não implicam custos adicionais para o SUS e são unicamente dependentes das atitudes dos profissionais, observou-se que quando analisado à adequação as orientações recebidas durante o pré-natal, a maioria apresentou inadequação. Entretanto o Ministério da Saúde reafirma a importância de os ambientes de saúde estar abertos para cumprir com o seu papel de educador e promotor da saúde. Assim, ressalta-se que durante o pré-natal a gestantes devem receber orientações fundamentais para uma adequada atenção ao pré-natal, os quais versam sobre a importância do pré-natal, higiene e atividade física, desenvolvimento da gestação, sintomas comuns na

gravidez e orientação alimentar, sinais de alerta, preparo para o parto, orientação e incentivo para o aleitamento materno e sinais e sintomas do parto (BRASIL, 2005).

Maior proporção de ter recebida tais orientações foram observadas naquelas que realizaram o pré-natal conjuntamente com os dois profissionais médico e enfermeiro. Em contrapartida as menores proporções foram em relação a orientações para visita a maternidade, acompanhante durante o parto, sinais de risco na gestação, risco do fumo, risco do álcool, riscos de utilizar remédio sem orientação médica e amamentação exclusiva até os 6 meses foram observadas naquelas que foram atendidas somente pelo profissional médico.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) definiu recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal dentre elas a multidisciplinaridade com a participação de profissionais da saúde como enfermeiros, parteiras tradicionais, obstetras e doulas, comprovando a efetividade da atuação multidisciplinar na atenção ao pré-natal (BRASIL, 2005). Assim, destaca-se a necessidade, cada vez mais, da atenção pré-natal ser desenvolvidas de forma multidisciplinar, com as contribuições de cada profissão, para uma melhor assistência ao pré-natal.

Naquelas atendidas apenas pelo profissional enfermeiro, observou-se maior proporção de orientações sobre os sinais de risco na gestação, riscos do fumo, álcool e utilização remédios sem receita médica. De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem (Decreto n.º 94.406/87) e Ministério da Saúde, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pela enfermeira, cabendo à profissional realizar atividades de educação em saúde à gestante, parturiente e puérpera prestando a partir da consulta de enfermagem a prescrição e assistência de enfermagem (SANTOS et al, 2000). Em reflexo disso, a formação em Enfermagem permite atuar na assistência ao pré-natal, realizando ações educativas individuais e em grupo e na assistência de enfermagem como membro da equipe multidisciplinar (COSTA, 1978).

Nas análises, observou-se que a adequação para as orientações se manteve associada com o profissional, sendo maior naquelas atendidas conjuntamente pelo profissional médico e enfermeiro. Sendo assim, observa-se que cada profissional possui suas especificidades no atendimento as gestantes, e por meio da união de profissões com conhecimentos distintos e que se complementam, os benefícios são observados na assistência a este público, e contribuindo também na melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil.

Assim, conforme as competências dispostas no Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde, cabe ao profissional enfermeiro participar como membro da equipe na assistência ao pré-natal, contribuindo para a promoção da saúde da gestante e a

melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa, auxiliando para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL, 2012).

Tais achados levam a uma reflexão acerca do processo de trabalho na atenção primária, onde destacam as ações de saúde de forma multidisciplinar com continuidade do atendimento. Desta forma destaca-se assim a importância de cada um dos membros da equipe na assistência a mulher e o bebê, de acordo com suas especificidades, na busca da qualidade da assistência e no protagonismo da mulher.

Considerações finais

Os resultados deste estudo demonstraram que quando observada a assistência pré-natal com relação ao número de consultas de pré-natal e o início precoce, destaca-se coberturas elevadas no estado em comparação com meados da década de 80 (RODRIGUES et al, 2011). Em relação as orientações recebidas durante o pré-natal, observou-se a existência de lacunas na prestação destes cuidados, onde a maioria apresentou inadequação. Em contrapartida, observou-se que a adequação às orientações recebidas durante o pré-natal é maior quando unimos as profissões, em um atendimento multidisciplinar entre médicos e enfermeiros.

Ao analisar as orientações, observou-se que a maioria dos profissionais prioriza algumas orientações em detrimento de outras, contudo, deve-se definir métodos e estratégias a fim de garantir que ela receba todas as orientações preconizadas tendo em vista a sua relevância para um atendimento pré-natal qualificado. Assim, sugere-se a importância de uma assistência multidisciplinar durante o pré-natal, a fim de promover com ações educativas esclarecimento de todas as suas dúvidas e inseguranças, assim contribuindo para uma gestação sem complicações, tanto para a mulher quanto para criança.

Como limitação deste estudo, destaca-se o viés de memória frente as informações referentes ao pré-natal, as quais buscaram ser minimizadas somando-se a coleta de algumas informações na caderneta da gestante.

A partir dos objetivos deste estudo foi possível conhecer a atuação profissional frente as orientações prestadas durante o pré-natal, além de observar a importância deste como membro de uma equipe multiprofissional na assistência de qualidade e humanizada as gestantes no pré-natal. Observa-se ainda que em muitos lugares o enfermeiro ainda não é protagonista nesse

cuidado, assim, ressalta-se a importância de sua atuação neste contexto, somado a estratégias de formação e atualização destes profissionais.

Além disso, para o campo da enfermagem, tal estudo contribui para refletir sobre a importância da construção de um processo sistematizado de assistência que promova um melhor desfecho no acompanhamento pré-natal, parto e puerpério, e reforça a necessidade de mais para estudos que contribuam para o processo de criação da sistematização da assistência ao pré-natal.

Ainda, há a necessidade de dar continuidade aos estudos no que se refere a saúde materna e infantil a fim de inovar nas estratégias de intervenções e orientações preconizadas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério garantindo todos os recursos necessários para uma assistência de qualidade.

Referências

BHUTTA, Zulfiqar A.; CABRAL, Sergio; CHAN, Chok-Wan; KEENAN, William J. Reducing maternal, newborn, and infant mortality globally: an integrated action agenda. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119 Suppl1:S13-7. Doi: 10.1016/j.ijgo.2012.04.001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde – Brasília: 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.p>.

BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

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: 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf>. Acesso em: 05 outubro 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>. Acesso em: 25 outubro 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. – Brasília: 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>. DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**,

v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008. Disponível em:

<https://www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/9.1b%20metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf>.

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia; FARIAS Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009. Disponível em:

<https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CASTRO, Danielle Freitas Alvim de. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 427-432, 2012. Disponível em:

<http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/95/4.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Portal do Governo Brasileiro**. Brasil /Santa Catarina. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>>.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CAMPOS, Mônica Rodrigues; CAVALINI, Luciana Tricai; GARBAYO, Luciana Sarmento; BRASIL, Carla Lopes Porto; et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S20-S33, 2004. Doi:10.1590/S0102-311X2004000700003.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares; LEAL, Maria do Carmo; AMORIM, Maria Helena Costa; ZANDONADE, Eliana; NETO, Edson Theodoro dos Santos. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1999-2010, 2014. Doi: 10.1590/1413-81232014197.08622013.

RODRIGUES, Edilene Matos; DO NASCIMENTO, Rafaella Gontijo; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Doi: 10.1590/S0080-62342011000500002.

SANTOS, Elaine Franco; SANTOS, Eliane Barreto dos; SANTANA, Gabriela Oliveira; ASSIS, Marlene Fernandes de; OLIVEIRA, Ricardo de. **Legislação em enfermagem**: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

SILVA, Ligia Maria V. da; FORMIGLI, Vera Lúcia A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91, 1994. Doi: 10.1590/S0102-311X1994000100009.

TOMASI, Elaine; FERNANDES, Pedro Agner Aguiar; FISCHER, Talita; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; SILVEIRA, Denise Silva da; THUMÉ, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00195815, 2017. Doi: 10.1590/0102-311X00195815.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THEME FILHA, Mariza Miranda; COSTA, Janaina Viana da et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, p. S85-S100, 2014. Doi: 10.1590/0102-311X00126013.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Identificamos a partir dos objetivos preestabelecidos deste estudo a atuação do profissional Enfermeiro na atenção ao pré-natal desenvolvida no âmbito da Atenção Primária no estado de Santa Catarina. Observou-se que em muitos lugares o enfermeiro ainda não é protagonista nesse cuidado, perante a equipe de enfermagem, por isso, faz-se necessária uma atenção na formação acadêmica desses profissionais, ressaltando nossas atribuições como educador, para prestar uma assistência voltada a fornecer todas as orientações preconizadas para um pré-natal adequado.

Evidenciou-se em relação ao pré-natal que, a maioria realizou mais de sete consultas de pré-natal e teve o início precoce até a 12^o semana na assistência ao pré-natal, segundo recomendações preconizadas pela Rede Cegonha e Ministério da Saúde. Tais aspectos também refletem de melhor cobertura de APS e melhor cobertura de pré-natal nas UBS do estado a partir da implementação da Rede Cegonha.

Ao analisar as orientações recebidas durante o pré-natal, observou-se que a maioria dos profissionais prioriza algumas orientações em detrimento de outras, quando todas as orientações preconizadas são extremamente importantes para um assistência pré-natal qualificada. A partir disso, esta configura-se uma temática extremamente relevante à ser discutido no âmbito estadual e dos municípios, sendo que estes dados podem servir de subsídio para implementações de novas estratégias para qualificar da assistência prestada no pré-natal.

Destaca-se ainda, a importância de repensar a assistência ao pré-natal a partir de estratégias eficazes, a fim de evitar centralizar os atendimentos apenas para um único profissional, e sim na atuação da equipe multiprofissional. Assim, tanto o enfermeiro, médico, quando demais profissionais que atuam no âmbito da APS têm papel fundamental na assistência pré-natal. Considerando o campo de atuação destes profissionais, é de extrema importância enfatizar que todos têm responsabilidade na assistência e com isso essas orientações podem ocorrer em diferentes momentos durante o cuidado.

Contudo é necessário um esforço conjunto das diversas instâncias envolvidas na atenção materno-infantil para assim definir métodos e estratégias a fim de garantir a interação destes profissionais. Neste sentido, diferentes estratégias podem ser incorporadas neste processo, que permeiam na elaboração de protocolos e capacitações conforme as demandas apresentadas pelos profissionais a fim de atualização e debate acerca da qualificação dos serviços prestados.

Além disso, ressalta-se a importância de dar continuidade aos estudos no que se refere a saúde materna e infantil no âmbito da APS, a fim de inovar nas estratégias de intervenções e orientações preconizadas na assistência ao pré-natal, parto e puerpério garantindo todos os recursos necessários para uma assistência de qualidade.

Enquanto futura profissional enfermeira, a experiência nesta pesquisa foi fundamental para crescimento científico por meio do reconhecimento da importância da orientação efetiva, adequada e qualificada nesta área do cuidado ainda, permitiu aprofundar os conhecimentos acerca desta temática, configurando-se de grande importância para o campo da saúde pública, área a qual desperta grande interesse de atuação frente as suas diferentes possibilidades e estratégias de cuidado.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, Selma Regina de; MELLO, Ana Lúcia Schaefer Ferreira de; LOCKS, Maria Teresa Rogério; MATTIA, Daiana de; HOELLER, Fernanda; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Melhores práticas na atenção básica à saúde e os sentidos da integralidade. **Escola Anna Nery**. 2013;17(4):620-627. Doi: 10.5935/1414-8145.20130004.
- BERNARDONI, Doralice Lopes; CRUZ, June Alisson Westarb. **Planejamento e Orçamento na Administração Pública**. 2ª ed. Curitiba: Ibpx, 2010.
- BHUTTA, Zulfiqar A.; CABRAL, Sergio; CHAN, Chok-Wan; KEENAN, William J. Reducing maternal, newborn, and infant mortality globally: an integrated action agenda. *Int J Gynaecol Obstet*. 2012;119 Suppl1:S13-7. Doi: 10.1016/j.ijgo.2012.04.001.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: 2012. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização do parto: Humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A a Z: garantindo saúde nos municípios**. Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde. – Brasília: 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/sus_az_garantindo_saude_municipios_3ed_p1.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde; Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual prático para implementação da Rede Cegonha**, 2011. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: 2017. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>>.
- BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **A Atenção Primária e as Redes de Atenção à Saúde**. Brasília: CONASS, 2015. Disponível em <<https://www.conass.org.br/biblioteca/pdf/A-Atencao-Primaria-e-as-Redes-de-Atencao-a-Saude.pdf>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. – Brasília: 2015. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Histórico cobertura Estratégia de Saúde da Família**. 2018. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. O sistema de informação**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **DATASUS. O sistema de informação**. Brasília, 2019. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>>.

BRASIL. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna**. 2018. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325-ministerio-da-saude-investe-na-reducao-da-mortalidade-materna>>.

CAMPOS, Rosana Teresa Onocko; FERRER, Ana Luiza; GAMA, Carlos Alberto Pegolo da; CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa; TRAPÉ, Thiago Lavras; DANTAS, Deivisson Vianna. Avaliação da qualidade do acesso na atenção primária de uma grande cidade brasileira na perspectiva dos usuários. **Saúde em Debate**, v. 38, p. 252-264, 2014. Doi: 10.5935/0103-1104.2014S019.

DALFOVO, Michael Samir; LANA, Rogério Adilson; SILVEIRA, Amélia. Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico. **Revista interdisciplinar científica aplicada**, v. 2, n. 3, p. 1-13, 2008. Disponível em: <https://www3.ufpe.br/moinhojuridico/images/ppgd/9.1b%20metodos_quantitativos_e_qualitativos_um_resgate_teorico.pdf>.

OLIVEIRA, Samuel Andrade de; ALMEIDA, Maria de Lourdes de; SANTOS, Marieta Fernandes; ZILLY, Adriana; PERES, Aida Maris; ROCHA, Fernanda Ludmilla Rossi. Ferramentas gerenciais na prática de enfermeiros da atenção básica em saúde. **Revista de Administração em Saúde**, v. 17, n. 69, 2017. Doi: /10.23973/ras.69.64.

FERNANDES, Marcelo Costa; BARROS, Adriana Sousa; SILVA, Lucilane Maria Sales da; NÓBREGA, Maria de Fátima Bastos; SILVA, Maria Rocineide Ferreira da; TORRES, Raimundo Augusto Martins.. Análise da atuação do enfermeiro na gerência de unidades básicas de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 1, 2010. Doi: /10.1590/S0034-71672010000100002.

FERREIRA, Sandra Rejane Soares; PÉRICO, Lisiane Andréia Devinar PÉRICOI; DIAS, Vilma Regina Freitas Gonçalves. A complexidade do trabalho do enfermeiro na Atenção Primária à Saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 71, 2018. Doi: 10.1590/0034-7167-2017-0471.

FIGUEIREDO, Elisabeth Niglio. Estratégia Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: diretrizes e fundamentos. **Módulo Político Gestor**, 2010. Disponível em: >https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_5.pdf>.

FONTELLES, Mauro José; SIMÕES, Marilda Garcia ; FARIAS, Samantha Hasegawa; FONTELLES, Renata Garcia Simões. Metodologia da pesquisa científica: diretrizes para a elaboração de um protocolo de pesquisa. **Revista paraense de medicina**, v. 23, n. 3, p. 1-8, 2009. Disponível em: <https://cienciassaude.medicina.ufg.br/up/150/o/Anexo_C8_NONAME.pdf>.

FRACOLLI, Lislaine Aparecida; CASTRO, Danielle Freitas Alvim de. Competência do enfermeiro na Atenção Básica: em foco a humanização do processo de trabalho. **O Mundo da Saúde**, v. 36, n. 3, p. 427-432, 2012. Disponível em: <http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/95/4.pdf>. Acesso em: 20 setembro 2018

FREITAS, Paulo Fontoura; FERNANDES, Tainiely Muller Barbosa. Associação entre fatores institucionais, perfil da assistência ao parto e as taxas de cesariana em Santa Catarina. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, p. 525-538, 2016. Doi: 10.1590/1980-5497201600030005.

GERHARDT, Tatiana Engel; SILVEIRA, Denise Tolfo. **Métodos de pesquisa**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cursopgdr/downloadsSerie/derad005.pdf>>.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria do estado da saúde. Diretoria de vigilância epidemiológica. **Regiões de saúde e municípios**. Florianópolis, 2018. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/regioes-saude/>>.

GOVERNO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Educação de Santa Catarina**. Florianópolis, 2014. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/documentos/informacoes-gerais/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude>>.

SANTOS, José Luís Guedes dos; PESTANA, Aline Lima; GUERRERO, Patrícia; MEIRELLES, Betina Schlindwein Hörner; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Práticas de enfermeiros na gerência do cuidado em enfermagem e saúde: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 66, n. 2, 2013. Doi: 10.1590/S0034-71672013000200016.

HOFMEYR, G. Justus ; HODNETT, Ellen D. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO antenatal care trial - Comentary: routine antenatal visits for healthy pregnant women do make a difference. Doi: 10.1186/1742-4755-10-20

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística**. Portal do Governo Brasileiro. Brasil /Santa Catarina. Acesso em nov 2018. Disponível em: <<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/sc/panorama>>.

JUNQUEIRA, Luciano A. Prates. Gerência dos serviços de saúde. In: IX Conferência Nacional de Saúde, 1992, Brasília. **Cadernos da Nona**. Brasília, DF: Universidade de Brasília, 1992. v. 1. p. 85-90.. Disponível em:<http://www.ccs.saude.gov.br/cns/pdfs/9conferencia/9conf_nac_vol_1.pdf>. Acesso em 05 novembro 2018.

LAVRAS, Carmen. Atenção primária à saúde e a organização de redes regionais de atenção à saúde no Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 867-874, 2011. Doi: 10.1590/S0104-12902011000400005.

LEAL, Maria do Carmo; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; CAMPOS, Mônica Rodrigues; CAVALINI, Luciana Tricai; GARBAYO, Luciana Sarmento; BRASIL, Carla

Lopes Porto; et al. Fatores associados à morbi-mortalidade perinatal em uma amostra de maternidades públicas e privadas do Município do Rio de Janeiro, 1999-2001. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 20, p. S20-S33, 2004. Doi:10.1590/S0102-311X2004000700003.

LEFEVRE, Fernando; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. Discurso do sujeito coletivo: representações sociais e intervenções comunicativas. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 23, n. 2, 2014. Doi: 10.1590/0104-07072014000000014.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>.

MENDES, Eugênio Vilaça **A Construção Social da Atenção Primária À Saúde**. / Eugênio Vilaça Mendes. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde – CONASS, 2015. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/a-construcao-social-da-aps-mendes-2015-1.pdf>.

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Brasília. Ministério da Saúde. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html>.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006**: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança. Brasília: Ministério da Saúde; 2009. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pnds_crianca_mulher.pdf>.

OLIVEIRA, Tatiane dos Santos.; LOPES, Arianna Oliveira Santana. O Enfermeiro e sua atuação na Gerência das Unidades Básicas de Saúde no interior da Bahia. **Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, Janeiro de 2017, vol.10, n.33, p. 83-99. ISSN: 1981-1179. Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/604/858>>.

OLIVEIRA, Fabio André Miranda de; LEAL, Giseli Campos Gaioski ; WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves; RABELO, Marcelexandra; POLIQUESI, Carolina Bolfe .. Reflexões acerca da atuação do enfermeiro na Rede Cegonha. *Rev enferm UFPE on line*, v. 10, p. 867-74, 2016. Doi: 10.5205/reuol.6884-59404-2-SM-1.1002sup201622

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Transformando Nosso Mundo: A Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2015. Disponível em: <<https://nacoesunidas.org/pos2015/agenda2030/>>.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares ; LEAL, Maria do Carmo; AMORIM, Maria Helena Costa; ZANDONADE, Eliana ;NETO, Edson Theodoro dos Santos. Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 1999-2010, 2014. Doi: 10.1590/1413-81232014197.08622013.

RODRIGUES, Edilene Matos; DO NASCIMENTO, Rafaella Gontijo; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da

Estratégia de Saúde da Família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, 2011. Doi: 10.1590/S0080-62342011000500002

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. **Plano Estadual de Saúde: 2016/2019, 2016**. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/planejamento-em-saude/instrumentos-de-gestao-estadual/plano-estadual-de-saude/10409-plano-estadual-de-saude-2016-2019/file>>.

SANTOS, Elaine Franco; SANTOS, Eliane Barreto dos; SANTANA, Gabriela Oliveira; ASSIS, Marlene Fernandes de; OLIVEIRA, Ricardo de. **Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem**. São Paulo: Editora Atheneu; 2000.

SISSON, Maristela Chitto; ANDRADE, Selma Regina de; GIOVANELLA, Lígia; ALMEIDA, Patty Fidelis de; FAUSTO, Márcia Cristina Rodrigues; SOUZA, Cleusa Rosalia Pacheco de. Estratégia de Saúde da Família em Florianópolis: integração, coordenação e posição na rede assistencial. **Saúde e Sociedade**, v. 20, p. 991-1004, 2011. Doi: 10.1590/S0104-12902011000400016.

STARFIELD, Barbara. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília: UNESCO: Ministério da Saúde, 726p., 2002. Disponível em: <<https://repositorio.observatoriodocuidado.org/handle/handle/2326>>.

TOMASI, Elaine; FERNANDES, Pedro Agner Aguiar; FISCHER, Talita; SIQUEIRA, Fernando Carlos Vinholes; SILVEIRA, Denise Silva da; THUMÉ, Elaine et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, p. e00195815, 2017. Doi: 10.1590/0102-311X00195815.

VIELLAS, Elaine Fernandes; DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; DIAS, Marcos Augusto Bastos; GAMA, Silvana Granado Nogueira da; THEME FILHA, Mariza Miranda; COSTA, Janaina Viana da et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, p. S85-S100, 2014. Doi:10.1590/0102-311X00126013.

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina

Pesquisador: Antonio Fernando Boing

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 53671016.1.1001.0121

Instituição Proponente: CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO DE AMPARO A PESQUISA E INOVAÇÃO DO ESTADO DE SANTA CATARINA

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.599.464

Apresentação do Projeto:

Proposta de pesquisa apresentada por DELZIOVO, LACERDA, CALVO, PANIZZI e NATAL sob coordenação de BOING, Universidade Federal de Santa Catarina Centro de Ciências da Saúde Departamento de Saúde Pública. O presente estudo se propõe a realizar um diagnóstico da atenção ao pré-natal e puerpério em todo o estado catarinense, elaborar um instrumento de avaliação da gestão dos dois componentes da Rede Cegonha vinculados à atenção básica e identificar potencialidades e pontos vulneráveis da assistência a gestantes e a crianças nos primeiros dias de vida. A presente pesquisa se desdobrará em dois estudos complementares: o primeiro coletará dados primários junto a gestantes de Santa Catarina e objetivará identificar o recebimento de cuidados na atenção básica durante o pré-natal e a puericultura. Já o segundo estudo construirá e aplicará uma matriz avaliativa da gestão municipal na atenção ao pré-natal e puericultura. Como os métodos em cada estudo são distintos, a seguir eles serão apresentados separadamente. A população de referência será constituída por puérperas de qualquer idade residentes em Santa Catarina que tiverem filhos nascidos vivos em hospitais do estado no primeiro trimestre de 2017. Os entrevistadores selecionados para conduzir as coletas de dados terão ao menos segundo grau completo, 18 anos de idade e dedicação integral ao projeto. Haverá ao menos dois entrevistadores em cada hospital e dez entrevistadores para conduzir as ligações

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.599.464

telefônicas. A Equipe Técnica do projeto coordenará o trabalho de campo. Todos os envolvidos na coleta dos dados serão treinados em técnicas apropriadas de entrevista e no entendimento e domínio das perguntas do questionário do presente estudo. Tamanho da Amostra no Brasil: 3.672.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a Rede Cegonha nos componentes pré-natal e puerpério/saúde da criança em Santa Catarina. Propor um modelo de avaliação da Rede Cegonha na atenção ao pré-natal e ao puerpério imediato enquanto ferramenta de gestão da política pública, com foco no aprimoramento. Identificar aspectos de fragilidade e potencialidades da gestão municipal na atenção ao pré-natal e ao puerpério em Santa Catarina. Descrever e analisar os indicadores de cuidado pré-natal recebido pelas gestantes em Santa Catarina. Descrever e analisar os indicadores de cuidado materno e da criança recebidos no puerpério imediato em Santa Catarina.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Apenas serão aplicados às parturientes questionários em papel e por telefone sobre o uso de serviços de saúde. O risco pode ser de recordação de experiências desagradáveis no uso de serviços de saúde. Destaca-se que as entrevistas serão realizadas por equipe treinada de forma que possa lidar com essa eventualidade. Benefícios: Espera-se que os resultados do estudo qualifiquem a gestão da atenção às gestantes e aos recém-nascidos atendidos no Sistema Único de Saúde em Santa Catarina. Não haverá benefícios imediatas no momento da entrevista, apenas a expectativa de que o trabalho qualifique a gestão dos serviços de saúde.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A Rede Cegonha uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no País e será implantada, gradativamente, em todo o território nacional, iniciando sua implantação respeitando o critério epidemiológico, taxa de mortalidade infantil e razão mortalidade materna e densidade populacional. O termos de compromisso para a implantação da Rede Cegonha no atendimento via Sistema Único de Saúde (SUS) foi assinado por Diretores de 24 hospitais das redes pública, privada e filantrópica de SC. Hospitais das regiões da Grande Florianópolis, Planalto Norte e Nordeste já integravam a Rede Cegonha desde dezembro de 2012. A proposta tem relevância no âmbito do SUS por trazer dados a respeito do sistema Rede Cegonha e por inferir diretamente aos usuários

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.599.464

questões a respeito dos desdobramentos necessários para garantir a segurança materna e da crianças logo após o nascimento subsidiando dados de pré-peri e pós-natal.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pelo pesquisador responsável e pelo diretor do CCS/UFSC. São apresentadas declarações da Gerência de Coordenação da Atanção Básica da Secretaria de Saúde do Estado de SC e de 16 hospitais que participarão da pesquisa. É apresentado o questionário que será aplicado aos participantes. A carta-resposta às pendências levantadas no parecer anterior (1.453.705) esclarece apropriadamente as adequações feitas ao projeto. O TCLE está bem redigido e contempla essencialmente todas as exigências da resolução 466/12.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_662795.pdf	06/06/2016 20:30:45		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	resposta_pendencias_2.pdf	06/06/2016 20:29:37	Antonio Fernando Boing	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle_fapesc_2016_v3.pdf	06/06/2016 20:29:15	Antonio Fernando Boing	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracoes.pdf	15/05/2016 20:55:37	Antonio Fernando Boing	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ppsus_fapesc2016_cep_v2.pdf	15/05/2016 20:44:25	Antonio Fernando Boing	Aceito
Folha de Rosto	cep.pdf	25/02/2016 18:41:00	Antonio Fernando Boing	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 1.599.464

Não

FLORIANOPOLIS, 20 de Junho de 2016

Assinado por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Universidade Federal de Santa Catarina, Prédio Reitoria II, R: Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401
Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-400
UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-6094 **E-mail:** cep.propesq@contato.ufsc.br

**ANEXO II- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)**

Estudo 1 – Entrevista com puérperas

Projeto de pesquisa: “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”

Eu, _____, estou sendo convidada a participar do estudo “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”. Foi-me esclarecido que os avanços nos serviços de saúde, em ações de promoção de saúde, prevenção de doenças e tratamento e reabilitação ocorrem por meio de pesquisas científicas. A partir de informações sobre o perfil do cuidado às parturientes e de seus filhos e filhas é possível aos planejadores em saúde proporem ações e políticas públicas mais condizentes com a realidade e potencialmente mais eficazes. A presente pesquisa pretende contribuir ao investigar qual o cuidado que gestantes estão tendo durante o pré-natal e crianças durante os primeiros dias de vida.

Também me foi esclarecido que estou sendo convidada a participar desta pesquisa na forma de entrevistada e, assim, que declare, por meio deste termo de compromisso, que me considero esclarecida quanto ao objetivo e aos procedimentos da pesquisa e aceito participar da mesma. Foi esclarecido que a minha participação é livre, bem como fica garantido o meu direito de desistir de participar da pesquisa em qualquer momento sem que isso me cause qualquer penalidade ou prejuízo. Fica também garantida a minha privacidade e o anonimato das informações. Foi esclarecido ainda que os dados obtidos serão utilizados em relatório conclusivo, bem como em publicações científicas, sendo que, em nenhum momento a minha identidade será revelada. Poderei me recusar ou retirar o consentimento, sem penalização, a qualquer momento, mesmo depois de entregar o questionário. Depois dessa entrevista de hoje, entre 45 e 60 dias receberei uma ligação telefônica para perguntar os cuidados que eu e meu(sua) filho(a) recebemos dos serviços de saúde depois de sair daqui do hospital.

Foi-me explicado que qualquer despesa decorrente da pesquisa e de danos que possam ocorrer será de responsabilidade dos pesquisadores. Esta pesquisa será coordenada pelo professor Antonio Fernando Boing, do Departamento de Saúde Pública da Universidade Federal de Santa Catarina.

Em caso de dúvida durante a pesquisa ou após responder o questionário poderei entrar em contato com a equipe pesquisadora pelo telefone (48) 3721-9388, pelo e-mail antonio.boing@ufsc.br, ou por um dos dois endereços abaixo:

Endereço profissional: Universidade Federal de Santa Catarina - Centro de Ciências da Saúde - Departamento de Saúde Pública - Campus Universitário – Trindade – Florianópolis – Santa Catarina – 88040-970

Endereço residencial: Rua Vereador Ramon Filomeno, 357 – Itacorubi – Florianópolis – Santa Catarina – 88034-495

Também foi esclarecido que poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UFSC pelo telefone (48) 3721-6094, pelo e-mail cep.propesq@contato.ufsc.br, ou pessoalmente na Universidade Federal de Santa Catarina - Prédio Reitoria II – R. Desembargador Vitor Lima, nº 222, sala 401, Trindade, Florianópolis/SC - 88040-400.

Estou ciente que duas vias deste documento estão sendo rubricadas e assinadas por mim e pelo pesquisador responsável Antonio Fernando Boing e que devo guardar cuidadosamente a minha via, pois é um documento que traz importantes informações de contato e garante os meus direitos como participante da pesquisa “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”

Foi esclarecido que o pesquisador responsável por essa pesquisa, que também assina esse documento, compromete-se a conduzir a pesquisa de acordo com o que preconiza a Resolução 466/12 de 12/06/2012, que trata dos preceitos éticos e da proteção aos participantes da pesquisa.

Isto posto, declaro para os devidos fins e efeitos legais que tomei conhecimento do projeto de pesquisa “Pré-Natal e puerpério imediato na Atenção Básica: avaliação da gestão da Rede Cegonha em Santa Catarina”, estando ciente e devidamente esclarecida dos direitos descritos neste termo de consentimento. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento, sem justificar minha decisão e que isso não me afetará. Sei que meu nome não será divulgado, que não terei despesas e não receberei dinheiro por participar do estudo.

Eu concordo em participar do estudo.

Assinatura do voluntário: _____

Assinatura do pesquisador responsável:



_____, ____/____/____.
Local, dia / mês / ano .

**ANEXO III - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA REDE
CEGONHA EM SANTA CATARINA – 2019**

BLOCO A: IDENTIFICAÇÃO
14. Qual sua data de nascimento? _____
Cor da pele/raça/ etnia da puérpera (<i>entrevistador – observar</i>): (1) Branca (2) Preta/negra (3) Parda (4) Amarela (5) Indígena (999) Não sabe ou não quer informar
INFORMAÇÕES DOS PAIS
26. No momento, a Sra. está: (1) Casada no papel (2) Em união estável/ com companheiro(a) (3) Solteira (PULAR PARA QUESTÃO 28) (4) Divorciada/separada (PULAR PARA QUESTÃO 28) (5) Viúva (PULAR PARA QUESTÃO 28) (999) Não sabe ou não quer informar
BLOCO C: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL
76. Quantas consultas de pré-natal a Sra. realizou no decorrer desta gravidez?
78. Quantas semanas de gravidez a Sra. realizou sua primeira consulta de pré-natal?
81. Quem atendeu a Sra. na maioria das consultas do pré-natal? (1) Médico (2) Enfermeira (3) Técnica de enfermagem (4) Doula/parteira (5) Outro (999) Não sabe ou não quer informar
INFORMAÇÕES RECEBIDAS NO PRÉ-NATAL
103. Orientou a Sra. sobre a importância da amamentação exclusiva até os 6 meses de idade do bebê? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
104. Orientou a Sra. quanto ao manejo da amamentação (posição do bebê para mamar, pega adequada, preparo das mamas para a amamentação)? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
105. Orientou a Sra. sobre a importância da realização de atividade física durante a gravidez? (1) Sim

(2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
106. Orientou a Sra. sobre os riscos de utilizar remédios durante a gravidez, sem orientação médica? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
107. Orientou a Sra. sobre os riscos do consumo de álcool durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
108. Orientou a Sra. sobre os riscos do fumo durante a gravidez? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
109. Explicou a Sra. os sinais de risco na gravidez que devem fazer a Sra. procurar um serviço de saúde? (1) Sim (2) Não
110. Explicou como começa o trabalho de parto? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
112. Informou sobre a possibilidade de a Sra. ter um acompanhante no momento do parto e no pós-parto? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informar
113. Informou sobre a possibilidade de a Sra. visitar as opções de maternidade para a realização do parto? (1) Sim (2) Não (999) Não sabe ou não quer informa
BLOCO H- SOCIOECONOMICO
261. Até que grau de escolaridade a Sra. estudou? (1) Fundamental/ Primeiro grau (2) Médio/ Segundo grau (3) Superior/ Faculdade (4) Pós-graduação (888) Não se aplica (999) Não sabe ou não quer informar