



FACULDADE DE EDUCAÇÃO E MEIO AMBIENTE

FERNANDA OLIVEIRA SANTANA FRANCO

**ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: indicadores no
cuidado pré-natal**

**ARIQUEMES - RO
2020**

FERNANDA OLIVEIRA SANTANA FRANCO

**ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: indicadores no
cuidado pré-natal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente FAEMA, como requisito parcial para a obtenção do título de graduação.

Orientadora. Prof.^a Mestra. Jessica de Sousa Vale.

**ARIQUEMES – RO
2020**

FICHA CATALOGRÁFICA
Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Biblioteca Júlio Bordignon - FAEMA

F825e	FRANCO, Fernanda Oliveira Santana . Enfermeiro na atenção primária da saúde: indicadores no cuidado pré-natal. / por Fernanda Oliveira Santana Franco. Ariquemes: FAEMA, 2020. 44 p.; il. TCC (Graduação) - Bacharelado em Enfermagem - Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA. Orientador (a): Profa. Ma. Jessica de Sousa Vale. 1. Indicadores Básicos de Saúde. 2. Indicadores de qualidade. 3. Cuidado pré-natal. 4. Enfermeiras e Enfermeiros. 5. Atenção Primária de Saúde. I Vale, Jessica de Sousa. II. Título. III. FAEMA.
CDD:610.73	

Bibliotecária Responsável
Herta Maria de Açucena do N. Soeiro
CRB 1114/11

FERNANDA OLIVEIRA SANTANA FRANCO

**ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DA SAÚDE: indicadores no
cuidado pré-natal**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao curso de Bacharelado em Enfermagem da Faculdade de Educação e Meio Ambiente FAEMA, como requisito parcial para a obtenção do título de graduação.

COMISSÃO EXAMINADORA

Orientadora. Prof.^a Mestra. Jessica de Sousa Vale
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Prof.^a Mestra. Sônia Carvalho de Santana
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Prof.^a Esp. Elis Milena Ferreira do Carmo Ramos
Faculdade de Educação e Meio Ambiente - FAEMA.

Ariquemes, 05 de setembro de 2020.

Dedico a minha família, em especial a minha
mãe que sempre está ao meu lado.
Amo muito vocês.

AGRADECIMENTOS

Por trás de grandes conquistas individuais existe uma grande equipe, e nesta etapa vitoriosa da minha vida, contei com pessoas maravilhosas que acreditaram no meu potencial e contribuíram para a conclusão desse árduo trabalho, com muito carinho quero agradecer a cada pessoa que fizeram parte desta história.

Em primeiro lugar agradeço a Deus, meu eterno protetor, que até aqui me guardou, e durante todo este percurso foi quem me deu ânimo e renovo, foi quem providenciou tudo, para que hoje eu realizasse mais um dos meus sonhos.

Agradeço aos meus pais, que desde o início me motivaram e não deixaram que eu desistisse no meio do caminho, e quando eu mais precisei estiveram do meu lado, provando mais uma vez o quanto me amam.

Ao meu esposo que incansavelmente todos os dias me dizia que eu ia dar conta, e com paciência me motivou para continuar.

Ao meu querido filho Benjamim, que a cada dia está me ensinando a ser forte, a seguir em frente independentemente da situação, ele veio para me mostrar que o amor, o carinho e o cuidado se aperfeiçoa em nossas fraquezas e que tudo que passamos na vida é uma fase seja boa ou ruim, essa fase vai passar.

Deixo um agradecimento especial a minha orientadora Jéssica de Sousa Vale e a todos os professores, que com empenho se dedicaram a partilhar seu conhecimento, e que com paciência e dedicação me passou valiosos ensinamentos que levarei para minha vida.

Deixo expresso ainda, o meu respeito e carinho a todos os pacientes que me ajudaram no meu crescimento profissional e confiaram no meu atendimento, tenho muito respeito por todos e os guardo com muito carinho no meu coração.

A todos vocês fica o meu muito obrigada!

*“Os que se encantam com a
prática sem a ciência são como
os timoneiros que entram no
navio sem timão nem bússola,
nunca tendo certeza do seu
destino”.*
(Leonardo da Vinci).

RESUMO

No Brasil a mortalidade materna ainda é considerada um quadro preocupante, com intuito de impactar positivamente na redução destas taxas, a atenção pré-natal tem o objetivo de avaliar e acompanhar a saúde da mulher e do bebê durante o desenvolvimento gestacional, esta ação é desenvolvida por enfermeiros na atenção básica de saúde que busca garantir o bem-estar, a profilaxia e identificação precoce das complicações gestacionais. Diante desta situação o objetivo deste estudo consistiu em discriminar os indicadores básicos de saúde na assistência pré-natal desempenhado por enfermeiros na atenção primária à saúde. Trata-se de uma revisão bibliográfica, cujas fontes de dados utilizadas foram, Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe, (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) BRASIL, Leis Vigentes e Manuais do Ministério da Saúde (MS). Procedeu-se a uma análise crítica a publicações que abordem o tema "Assistência de Enfermagem no Pré-Natal e Indicadores de Saúde". Os resultados obtidos a partir desta pesquisa consistiram em destacar os indicadores básicos de saúde da assistência pré-natal, como importantes para o desempenho qualificado das práticas de enfermagem no pré-natal, e quando utilizados como uma ferramenta de trabalho eles podem contribuir positivamente para redução da mortalidade materna.

Palavras chave: Indicadores básicos de saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde; cuidado pré-natal; enfermeiras e enfermeiros.

ABSTRACT

In Brazil, maternal mortality is still considered a worrying situation, with the aim of positively impacting the reduction of these rates, prenatal care aims to assess and monitor the health of women and babies during gestational development, this action is developed by nurses in primary health care who seek to ensure well-being, prophylaxis and early identification of pregnancy complications. In view of this situation, the objective of this study was to discriminate the basic health indicators in prenatal care performed by nurses in primary health care. It is a bibliographic review, contains data sources used, Scientific and Technical Literature of Latin America and the Caribbean, (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Virtual Health Library (VHL) BRAZIL, Current Laws and Manuals of the Ministry of Health (MS). A critical analysis was made of publications that address the theme "Nursing Care in Prenatal Care and Health Indicators". The results obtained from this research consisted of highlighting the basic health indicators of prenatal care, as important for the qualified performance of nursing practices in prenatal care, and when used as a work tool they can contribute positively to reduce maternal mortality.

Keywords: Basic health indicators; quality indicators in health care; prenatal care; nurses and nurses.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ANS	Agência Nacional de Saúde Suplementar.
ACS	Agente Comunitário de Saúde.
AP	Aparelho.
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde.
DATASUS	Departamento de Informática do Ministério da Saúde.
DASNT	Departamento de Análise de Saúde e Vigilância de Doenças Não Transmissíveis.
DeCS	Descritores em ciências da saúde.
ESF	Estratégia Saúde da Família.
FAEMA	Faculdade de educação e meio ambiente.
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis.
MIF	Mulheres em Idade Fértil.
MS	Ministério da saúde.
OMS	Organização Mundial da Saúde.
ONU	Organização das Nações Unidas.
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde.
PAISM	Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher.
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento.
PN	Pré-natal.
UBS	Atenção Básica de Saúde.
RIPSA	Rede Interagências de Informações para a Saúde.
SciELO	Scientific Electronic Library online.
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência.
SUS	Sistema Único de Saúde.
SISPRENATAL	Sistema de Informação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	10
1.	OBJETIVOS	12
1.1	OBJETIVO PRIMÁRIO	12
1.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS.....	12
2.	METODOLOGIA	13
3.	REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1	CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	14
3.1.1	Fatores de qualidade	15
3.2	INDICADORES BÁSICOS DE QUALIDADE	25
3.2.1	Atributos básicos para os indicadores na assistência PN	27
3.3	DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL.....	28
3.4	ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DE SAÚDE.....	32
	CONCLUSÃO	35
	ANEXOS	36
	REFERÊNCIAS	37

INTRODUÇÃO

Entre 1990 e 2015, a mortalidade materna no mundo caiu cerca de 40%, entre os mesmos anos, o Brasil teve uma diminuição de 143 para 62 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos, o que representou uma diminuição de 56%, a meta consistia em reduzir a mortalidade materna em três quartos, até 2015. (BRASIL; OPAS, 2018).

Porém o progresso não alcançou o acordo realizado, que é de 35 óbitos para cada 100 mil nascidos vivos. Mesmo com uma redução de 56% o Brasil ainda apresenta 62 óbitos por 100.000 nascidos vivos, enquanto países desenvolvidos apresentam 12 óbitos por 100.000 nascidos vivos. Entretanto o progresso vem se mantendo, observou se também que em 2010 alguns países vêm tendo uma redução anual igual ou superior a 5,5%. (OPAS, 2018).

A diminuição desta taxa é o resultado mediante a reunião de líderes mundiais a respeito da assistência prestada a mulher gestante. Chamada à Cúpula do Milênio no ano de 2000, foram estabelecido uma série de objetivos e metas a serem alcançadas com prazo até 2015. (BAN KI-MOON, p. 8, 2015).

Mediante a esse desafio o governo preconiza a assistência pré-natal (PN) como um conjunto de procedimentos e cuidados que buscam preservar a saúde da gestante e do recém-nascido, investindo na profilaxia e identificação precoce das complicações gestacionais, bem como ofertar orientações, preparar e acompanhar a gestante no parto e no puerpério. (NUNES, 2011).

Nesse sentido é necessário que as ações de saúde sejam ofertadas de maneira integral, e que seja garantido os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos para desenvolvimento das atividades dentro da assistência pré-natal. Acredita - se, que adotar medidas como estas, eleva a qualidade da assistência ofertada. (BRASIL, 2013).

Então para garantir que as ações de saúde e medidas adotadas estejam de fato beneficiando ao usuário, é recomendado a avaliação permanente desta assistência, buscando identificar as fragilidades e oportunidades internas e externas, quanto ao desempenho do serviço, programas, arsenal e sistemas utilizados. (MAIA; et al, 2017).

O Ministério da Saúde (MS), recomenda, que para avaliar a assistência ofertada deve se utilizar os indicadores de qualidade, esses indicadores devem considerar no mínimo: os indicadores de processo, indicadores de resultado e os indicadores de impacto. (BRASIL, 2013).

Os indicadores de saúde não são ações diretas de qualidade, mas um meio que possibilita mensurar e avaliar aspectos qualitativos e/ou quantitativos relacionados a estrutura, a assistência ofertada e o meio externo, seu objetivo é identificar fatores e descrever os resultados e impactos que as ações de saúde causam na população. (BRASIL, 2008).

Desta forma os indicadores de saúde podem ser considerados, como uma ferramenta para avaliar as ações implantadas pelo governo ou por profissionais de saúde, ele verifica e monitora as medidas adotadas. E seus resultados podem formular novas ações, afim de alcançar a excelência no cuidado. (CAMPANULE; SILVA; RESENDE, 2019).

Nesse sentido o enfermeiro pode adotar boas práticas de assistência, tomando decisão inerente ao cuidado do paciente, através da qualificação, promoção de saúde, atividades educativas, consultas e orientações. Trilhando suas ações orientadas por indicadores, estando ciente das evidências científicas e pressupostos a qualidade. (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Diante dessas considerações, os indicadores de qualidade da assistência pré-natal por serem capazes de identificar as fragilidades e oportunidades existentes, podem promover a melhoria contínua da assistência, como auxiliar na tomada de decisões e contribuir com o gerenciamento de boas práticas em saúde. (BÁO et al, 2018).

Acredita - se portanto, que tais indicadores constituem uma ferramenta promissora para o sistema de saúde e desenvolvimento das políticas públicas. Seus resultados demonstram a realidade em detrimento a saúde da população, e considerar seus resultados é essencial para elaborar ações, que assegure que a assistência pré-natal desenvolvidas por enfermeiros possam alcançar a excelência em qualidade.

1. OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO PRIMÁRIO

- Discriminar indicadores básicos de saúde na assistência pré-natal de baixo risco.

1.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Caracterizar as ações do cuidado pré-natal, definidos pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, (PHPN).
- Discutir desafios para a qualidade da assistência pré-natal.
- Descrever a atuação do enfermeiro para a promoção de um pré-natal de qualidade.

2. METODOLOGIA

O método utilizado trata-se de uma revisão de literatura realizada através de levantamento bibliográfico científico de caráter exploratório, realizada através de materiais indexados e publicados em base de dados Literatura Científica e Técnica da América Latina e Caribe, (LILACS); Scientific Electronic Library Online (SciELO); Biblioteca Virtual em Saúde, BRASIL (BVS), Leis Vigentes e Manuais do Ministério da Saúde (MS). Utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS): Indicadores básicos de saúde; indicadores de qualidade em assistência à saúde; cuidado pré-natal; enfermeiras e enfermeiros.

O levantamento das fontes de publicações iniciou-se no mês de setembro de 2019. Quanto ao delineamento temporal, as referências utilizadas neste trabalho foram materiais publicados entre 2010 a 2020. Referência datada em 2008 justifica-se sua inserção neste trabalho, por ser uma das principais referências que aborda este tema.

Os critérios de inclusão corresponderam a referências, disponibilizadas na íntegra, publicadas em língua portuguesa ou inglesa, abordando o tema “Assistência de Enfermagem no Pré-Natal e Indicadores de Saúde”. Já os critérios de exclusão contemplaram materiais incompletos, fora do delineamento temporal, e não coerentes com o assunto em questão.

Conforme os descritores e critérios para seleção de referências foram encontrados 163 materiais e utilizados somente 52 referências, destas 5 em língua estrangeira, sendo em Artigos - científico 29 (56%), Relatório Técnico-científico 2 (4%), Teses 1 (1%), Legislação 6 (12%), Homepages 4 (7%), Materiais do Ministério da Saúde 10 (20%).

3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

O pré-natal é a assistência prestada à mulher gestante na área da enfermagem e de toda uma equipe multiprofissional, que engloba um conjunto de procedimentos e cuidados que visam preservar a saúde da mãe e do bebê. Investindo na profilaxia e identificação precoce das complicações gestacionais, esta assistência oferece orientações a respeito da gestação, parto e o puerpério. (NUNES, 2011; SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

A assistência PN pode se distinguir em dois grupos, sendo gestantes de baixo risco ou habitual e gestantes de alto risco. As gestantes que não necessitam de intervenções complexas, são denominadas de baixo risco, o grupo ao contrário disso é denominado de alto risco, pelo fato de identificar fatores associados com pior prognóstico materno ou fetal. (POLGLIANE et al, 2014).

Portanto as gestantes de alto risco, recebem atenção especializada, e são encaminhadas para uma unidade de referência, onde os atendimentos são focados nos fatores patológicos persistentes da mãe, ou do bebê, desenvolvidas nesse período. Já a gestante de baixo risco ou de risco habitual, a consulta é realizada por enfermeiros intercaladas com as consultas médicas, e as consultas desse grupo não precisam ser necessariamente por profissionais obstetras. (LIMA, 2013; BRASIL, 2013).

A assistência (PN) está entre as políticas, programas, estratégias e ações que buscam resultados positivos em relação a saúde da mulher de forma integral. É determinado por lei que essa cobertura seja ofertada no Sistema Único de Saúde (SUS), considerando todos os ciclos vitais, que inclua, a assistência à concepção e contracepção, acompanhamento do desenvolvimento gestacional e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. (BRASIL, 2020).

Porém nem sempre a mulher foi assistida nessa proporção, no Brasil, nas décadas de 30, 50 e 70 a saúde da mulher era ligada apenas ao período gestacional, desconsiderando a saúde da mulher integral. Somente após movimentos feministas e vigorosas críticas da população ao sistema de saúde, que

a saúde da mulher transcende o ciclo gravídico-puerperal e passa a ser assistida em todos os seus ciclos vitais. (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

Esse cenário convencionou o (MS) a elaborar programas voltados a saúde da mulher, como o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984. A saúde da mulher agora conta com ações educativas, preventivas, e de reabilitação, englobando clínica ginecológica, assistência PN, parto e puerpério, atenção ao climatério, e planejamento familiar. (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011).

Mesmo com essa iniciativa ainda era encontrada dificuldades na implementação das ações para melhorar a saúde da mulher, por enfrentarem dificuldades políticas, técnicas e administrativas. (BRASIL, 2014).

No ano de 2000 o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), propondo assim critérios marcadores para o desempenho e qualidade da assistência pré-natal, além de disponibilizar incentivos financeiros aos municípios que aderirem a este programa. Após em 2011, em continuação desse processo, foi lançado a Rede Cegonha com intuito de qualificar a assistência (PN) já ofertada. (CRUZ; CAMINHA; FILHO, 2014).

De acordo com os autores citados anteriormente, de fato, a assistência ao (PN) dentro da saúde da mulher alavancou nas últimas décadas, a mulher é assistida e valorizada em sua totalidade, a busca por medidas de qualidade na assistência à saúde foi essencial, uma grande conquista para as mulheres e também para a trajetória da saúde.

Mediante o que já foi amplamente exposto é evidente que as assistências à saúde nos dias atuais buscam medidas resolutivas, de forma a contribuir efetivamente na redução dos índices de agravos e mortalidade. Procedimentos biofísicos e bioquímicos vieram aprimorar o arsenal de recursos preparatórios, para avaliação das condições de saúde dos pacientes de forma mais próxima a realidade. (SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

3.1.1 Fatores de qualidade

Realizar uma assistência de qualidade resulta positivamente no perinatal, e na redução das taxas de mortalidade materna, além de assegurar um parto sem

intercorrência e inibir eventuais prejuízos a saúde da mãe e do recém-nascido. (SILVA, 2012).

Nessa perspectiva o Ministério da Saúde estabeleceu dez passos a serem adotados pelas unidades de saúde em detrimento a atenção à mulher, durante o ciclo gravídico-puerperal realizado na atenção primária:

Quadro 1: 10 passos para o pré-natal de qualidade na atenção básica. Caderno nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco, p 38, 2013.

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica	
Passo 1	Captação precoce prevista até a 12ª semana de gestação.
Passo 2	Assegurar os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção (PN).
Passo 3	Ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames.
Passo 4	Considerar aspectos intelectuais, emocionais, socioculturais e não somente um cuidado biológico.
Passo 5	Garantir o transporte público gratuito para ir as consultas.
Passo 6	Admitir pré-natal do (a) parceiro (a).
Passo 7	Garantir o direito de acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
Passo 8	Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico e plano de parto.
Passo 9	Apresentação prévia do serviço de saúde no qual a gestante irá dar à luz.
Passo 10	Obter informação dos direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde/Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, Brasil, 2013. Adaptado.

No entanto para alcançar qualidade as práticas exigem que os profissionais tenham conhecimento técnico científico e recursos adequados para o atendimento das necessidades decorrente a esse processo. (NUNES, 2011).

Em relação aos dez passos é evidente que a consulta de enfermagem na assistência (PN) não deve apenas abordar os aspectos quantitativos, mas incorpora estratégias que visem à garantia da atenção ao pré-natal com a abordagem integral e resolutiva. (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018).

Sendo uma abordagem essencial e o primeiro passo para alcançar qualidade na assistência (PN), a captação precoce das gestantes tem o intuito de acolher e garantir a adesão ao programa e identificar possíveis alterações patológicas no organismo materno e fetal. (NUNES, 2011).

Pensando na ampliação dessa captação as Unidades Básicas de Saúde (UBS) disponibiliza testes rápidos de gravidez, a fim de acelerar esse processo, até a chegada do resultado do exame laboratorial, somente após a confirmação da gravidez que é iniciada a assistência (PN). (RESENDE, RODRIGUES; FONSECA, 2015).

A captação precoce se dá pela admissão da mulher gestante até a 12ª semana de gestação, o Ministério da Saúde defende que esse momento é ideal para decidir a abordagem que será adotada para atender essa gestante. Porém alguns fatores podem levar a uma captação mais tardia, contrapondo ao recomendado. (BALSELLS et al, 2018).

Na prática, essa captação precoce pode ocorrer durante uma atividade de educação em saúde, ou consulta ginecológica, outrora o Agente Comunitário de Saúde (ACS), através de suas visitas domiciliares podem informar a unidade se houver alguma suspeita. Em questão é comum que as pacientes procurem o serviço de saúde por outros motivos e descubrem a gravidez. (BRASIL, 2013).

Em colaboração da captação precoce o (MS) definiu algumas atribuições para os profissionais integrante da (ESF). Como já citado previamente a cima é atribuído ao enfermeiro e ao médico, solicitar exames de Beta-HCG, realizar planejamento familiar e atividades educativas com seus pacientes. Também é atribuído aos (ACS) através de suas visitas domiciliares informar a unidade sobre suspeita de mulheres grávidas, bem como encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover a captação precoce. (BRASIL, 2010; SILVA, 2015).

Quando a gestante é assistida em tempo oportuno, é possível identificar doenças que já estavam presentes em seu organismo, evoluindo de forma silenciosa, como a hipertensão arterial, diabetes, sífilis, toxoplasmose entre outras,

detectar problemas fetais ou maternos, algumas delas em fases iniciais permite o tratamento adequado e proporciona posteriormente uma vida normal para ambos, além de evitar maior prejuízo à mulher. (LIVRAMENTO et al, 219).

Segundo Lima, (2013) é essencial garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos. Que as unidades possuem a quantidade adequada de recursos humanos, com a contratação de uma equipe multiprofissional, estando à disposição, o (ACS), auxiliar ou técnico de enfermagem, enfermeiro, cirurgião dentista e o médico.

Além de uma equipe completa e profissionais capacitados, é auspicioso que a unidade disponibilize salas de consultas que sejam adequadas para o atendimento, com condições favoráveis de higiene e privacidade, tendo no mínimo equipamentos e instrumentais que auxiliam na consulta. (BRASIL, 2010).

Brasil (2013, p. 43) destaca como equipamento e instrumental mínimo:

(a) mesa e cadeiras para acolhimento e escuta qualificada; (b) mesa de exame ginecológico; (c) escada de dois degraus; (d) foco de luz; (e) balança para adultos (peso/altura) com capacidade para até 300 kg; (f) esfigmomanômetro; (g) estetoscópio clínico; (h) estetoscópio de Pinard; (i) fita métrica flexível e inelástica; (j) espéculos; (k) pinças de Cheron; (l) material para realização do exame colpocitológico; (m) sonar doppler (se possível); e (n) gestograma ou disco obstétrico.

Ainda em complemento para uma assistência de sucesso Ferreira et al, (2016) e Livramento et al, (2019), afirmam que é essencial o interesse e participação da gestante e da família nesse processo, que em conjunto com o pré-natalista é possível identificar e corrigir alterações na evolução da gravidez, mas para isso o recomendado seria considerar um modelo mais próximo ao biopsicossocial ao invés do modelo biomédico.

O modelo biomédico em suas limitações considera aspectos biológicos, mensuráveis e quantificáveis, objetivando, desta forma, um padrão único de atendimento para todos, por outro lado o modelo biopsicossocial privilegia a visão integral do sujeito nas dimensões física, psicológica e social e a prevenção em vez do tratamento, se contrapondo, portanto, ao modelo biomédico. (MIRANDA, 2018).

Realizar uma assistência com uma tendência individual é abordar com ênfase os elementos emocionais, priorizando o presente em detrimento do passado, além de considerar a realidade da paciente. Em defesa da ideia é importante considerar

às experiências em relação à saúde, dificuldades e expectativas que a mulher traz em si nesse período. (CERON, 2012).

Mulheres primíparas tendem a ter dúvidas e medos, ainda mais se houver excesso de informações, muitas orientações tende a sufoca-las, e o que era para ser benéfico surge efeito ao contrário. Por outro lado, múltiparas com experiências negativas tende a não aderir ao programa, nem tão pouco segue as recomendações básicas, outrora suas experiências sobreponham ao conhecimento do profissional. (LIVRAMENTO et al, 2019).

Devido a essas questões é benéfico que os profissionais além das ações e procedimentos técnicos ligados à sua área específica desenvolvam habilidades que atende relações interpessoais. Seu trabalho depende, portanto, da qualidade técnica e da qualidade interacional. (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018).

Para isso Ceron (2012) certifica que para realizar a consulta considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, centrada na pessoa condizendo com sua realidade, exige do profissional conhecimento científico, e ferramentas que o ajude na comunicação, acolhimento e humanização eficaz.

De acordo com o autor acima citado algumas posturas potencializam a comunicação e o sucesso dessa abordagem como:

- ✓ Escuta sensível, que permita o desabafo;
- ✓ Acolhimento e estabelecimento de vínculo;
- ✓ Suporte emocional: reduzir sentimentos como ansiedade e depressão e;
- ✓ Esclarecimento, ofertando informação e reestruturação do pensamento.

Esse tipo de abordagem também é defendido e proposto pelo Ministério da Saúde, como citado no Brasil (2013), caderno 32, sobre atenção (PN) de baixo risco, que é reforçada a importância de estabelecer uma relação entre o profissional de saúde e à gestante, adotando iniciativas como:

- ✓ Se apresentar;
- ✓ Chamar a paciente pelo nome;
- ✓ Prestar informações a respeito de condutas e procedimentos;
- ✓ Escutar e valorizar o que é dito por ela e;
- ✓ Garantir a privacidade e a confidencialidade das informações.

Essa proposta aproxima teoricamente das diretrizes propostas pelo SUS adotadas na estratégia de saúde da família, ambiente onde o profissional de enfermagem trabalha com as gestantes. (OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019).

Segundo o autor anteriormente citado o profissional enfermeiro que utiliza dessa abordagem, elabora um cuidado customizado e centrado na pessoa, sendo uma tecnologia considerada leve e eficaz no cuidado integral e resolutivo. A junção da técnica e o interacional revelam alguns achados como:

- ✓ Diagnóstico precoce, visando à prevenção de agravos;
- ✓ Educação da comunidade, fortalecendo a transformação de hábitos;
- ✓ Capacidade de empatia;
- ✓ Motivação para adesão ao programa e;
- ✓ Reconhecimento de situações socioambientais que comprometam a saúde.

Portanto uma assistência de qualidade não necessariamente depende apenas de procedimentos técnicos de alta complexidade, pois é visto que uma das qualidades desta assistência consiste em um relacionamento de confiança entre o profissional e a gestante (SANTOS et al, 2012).

Realizar uma escuta qualificada proporciona confiança e cria um vínculo entre o enfermeiro e a gestante. Valorizar seus sentimentos e experiências relacionados à gravidez é otimizar o atendimento, é exercer o ouvir atentamente sem julgamentos, o respeito, a empatia, a tolerância, e a disponibilidade. (LIVRAMENTO et al, 2019).

Dessa forma, a consulta de enfermagem deve proporcionar orientações de medidas favoráveis, que visem à abordagem coerente às necessidades peculiares de cada mulher, com as quais interagem nas consultas de pré-natal, nas unidades básicas de saúde. (OLIVEIRA; FERRARI; PARADA, 2019).

Requerer a presença assídua das gestantes as consultas, ou considerando o mínimo de 6 consultas, o qual é recomendado pelo (MS) é um desafio, devido à dificuldade quanto à acessibilidade as (UBS), especialmente gestantes residentes na zona rural. (COSTA et al, 2009).

O autor anteriormente citado, complementa dizendo, que o único meio de locomoção para algumas gestantes, são os transportes coletivos ou bicicletas. Porém como ficam restritas a não andar de bicicleta, optando assim pelo transporte coletivo, mas em sua maioria nem sempre possuem dinheiro para o transporte.

Considerando esses fatores foi que a Constituição Federal com intuito de garantir a proteção do binômio feto/mãe, ao perceber que a maioria das mulheres carentes não dispõe de transporte para dirigir-se às unidades básicas de saúde, disponibilizou recursos que garantem sua locomoção gratuitamente para a realização das consultas. (BRASIL, 2008).

É garantido o transporte gratuito durante todo (PN) e ao final é gerado um vale taxi para ter acesso a maternidade. As gestantes beneficiadas com o transporte devem seguir o tratamento médico proposto corretamente e evitar as faltas, pois as gestantes que tiver três faltas não justificadas pode ter a perda do benefício. (COFEN, 2011).

Outra ação adotada em favor das gestantes carentes é o atendimento móvel, na prática algumas unidades disponibilizam a ambulância como transporte, mas o orientado pela rede cegonha é o uso do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) - cegonha. O qual é um transporte seguro para o recém-nascido, sendo ambulâncias de suporte avançado com incubadoras e respiradores. (BRASIL, 2008).

Todas as estratégias, ferramentas e medidas até aqui citadas buscam trilhar um curso para alcançar a excelência em qualidade na assistência prestada a mulher gestante. Para complementar favorecendo a ideia que a assistência prestada necessita ser integral e resolutiva é concebido a mulher esses direitos a favor da sua saúde. (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018).

Outro direito desfrutado é a presença do companheiro as consultas, uma oportunidade de aproximação do casal e de reforço do vínculo dos pais com o bebê, a sua participação fortalece a distribuição de responsabilidades, bem como no esclarecimento de dúvidas e coleta de novas informações, já que durante as consultas o profissional pode realizar inúmeras orientações, além de prescrever

exames, vacinas e medicações, para a futura mamãe e papai. (HOLANDA et al., 2018).

Segundo Ferreira et al, (2016). Nesse período é normal que as mulheres sintam mais necessidade de acolhimento, companheirismo e apoio de pessoas do seu convívio, principalmente a do companheiro, sendo primíparas ou não, por se encontrarem em constante mudança a ausência de apoio gera insegurança, solidão e vazio.

Porém não é uma realidade frequente a participação do parceiro no pré-natal, principalmente os que apresentam nível socioeconômico e escolaridade baixos, outro motivo frequente é que o homem muitas das vezes tem o papel de provedor do lar, e quase sempre a sua ausência é justificada por falta de horários vagos devido ao trabalho. (MENDES; SANTOS, 2019).

Em favor a essa questão o profissional pode facilitar e incentivar o acesso as consultas, o profissional pode agir através de informações à respeito de faltas e licença paternidade, a fim de afastar a ideia do homem exclusivamente provedor das necessidades materiais e fazer com que sinta parte integrante do processo gravídico. (FERREIRA et al, 2016; OLIVEIRA; MARQUES, 2020).

Sendo o oitavo passo para alcançar excelência no (PN), é proposto que o profissional, estimule e informe as gestantes a respeito dos benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto. Foram os elevados números de financiamento de cesáreas no sistema único de saúde que despertou a necessidade de exercer essa atividade. (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

O Brasil é o campeão mundial no número de cesáreas, em especial no setor privado de saúde. Este número pode chegar a mais de 80% entre gestantes das classes média e alta em algumas regiões do país. (RUSSO; NUCCI, 2020, p. 01).

Segundo Weidle et al, (2014) as mulheres optam por cesáreas devido a conciliação do parto com seus afazeres, sendo assim possível marcar dia e hora para o evento, outras optam por ser um processo menos doloroso e mais rápido e comum entre as mulheres do seu ambiente de relação e convívio.

O autor a cima citado complementa que também há pouco conhecimento por parte das gestantes a respeito das vias de parto e a respeito de seus benefícios e malefícios, seu conhecimento se limita apenas a dois tipos de parto, sendo o parto

cessaria e parto normal, considerando que é atribuído nove tipos de via de parto, seu conhecimento é muito ingênuo.

Por isso, o enfermeiro na assistência a mulher gestante, pode apresentar e explicar as vias de parto, não para que ela se torne uma especialista no assunto, mas ciente das variáveis práticas, a fim de desenvolver pensamentos crítico a respeito desse processo. Só assim ela poderá desenvolver autonomia para escolher o que é mais viável através do conhecimento adquirido. (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

Vale ressaltar que a carência de conhecimento não é só vinda da primípara, mas também da múltipara, pois suas experiências talvez não tenham alcançado a magnitude do conhecimento necessário para vivenciar esse processo, outrora ela não fora assistida em suas gestações anteriores de maneira adequada. (WEIDLE et al, 2014).

Não com o propósito de induzir, mas orientar e informar as gestantes, o enfermeiro pode trabalhar com atividades educativas através de recursos tecnológicos. Hoje em dia é possível ter acesso a várias informações mediante a internet, como o blog da saúde, entre outras redes que formam palco de discussões acerca de políticas públicas e troca de saberes a respeito da maternidade. (RUSSO; NUCCI, 2020).

Mediante esta questão Nogueira e Oliveira (2017) reforçam sobre a necessidade de preparo técnico - científico dos enfermeiros para criar vínculo e esclarecer dúvidas, pois o enfermeiro pode se deparar com crenças, culturas, costumes, e também com algumas opiniões de amigos e de familiares, e por isso é indispensável a compreensão, empatia e acolhimento como ferramenta para ajudar a gestante nesse momento, e também a elaborar o plano de parto.

O plano de parto na prática é formalizar tudo o que a gestante deseja durante esse processo, como descrever o trabalho de parto e parto que a gestante gostaria de ter, e algumas situações durante o trabalho de parto para serem evitadas, tais como outros requisitos desejados por ela. (BRASIL, 2015).

A criação do plano de parto é elaborada com a gestante, o pré-natalista e seu companheiro de parto, então é necessário que ambos estejam informados e ciente de tudo que poderá e irá ocorrer nesse período. Claro respeitando os princípios da bioética e conhecimento técnico, e mesmo planejando tudo, o parto é muito

dinâmico e pode não sair de acordo com o planejado. (KOTTWITZ; GOUVEIA; GONÇALVES, 2017).

Ter acesso a maternidade previamente também é um direito concebido a gestante, e responsabilidade do profissional que assiste sua saúde facilitar essa ação. Como medida de interesse e acolhimento com a gestante, essa ação pode proporcionar segurança e confiança em sua preparação para o dia do parto. (BRASIL, 2020).

É normal que as futuras mães vivenciam uma série de dúvidas em relação aos seus direitos, principalmente ligadas ao emprego, entre estas, como conciliar o trabalho com as consultas e licença maternidade. Nesse sentido através de medidas públicas e preconizações de saúde a mulher tem o direito de se ausentar ao serviço para comparecer as consultas pré-natais, ter licença maternidade de 120 a 180 dias, além de poder ter intervalos durante a jornada de trabalho para exercer a amamentação do seu filho. (MONTEIRO et al, 2017).

Ainda em questão a seus direitos dentro do programa de atenção integral à saúde da mulher, Brasil (2020, p. 02) destaca:

A gestante tem direito a acompanhamento especializado durante a gravidez assegurado pela Lei n. 9.263 de 1996, que determina que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) têm obrigação de garantir, em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato.

Miranda; Silva; Mandú, (2018) e Brasil (2018) complementa dizendo que considerar a situação financeira dessa mulher gestante também é muito importante, por isso há alguns benefícios destinados, como salário maternidade, pensão alimentícia provisória, e acesso a transporte gratuito, entre outros benefícios. Vale ressaltar que tais medidas públicas e preconizações de saúde amplamente citadas nos tópicos anteriores também é usufruída por pais adotantes, com pequenas mudanças em relação ao pais biológicos.

3.2 INDICADORES BÁSICOS DE QUALIDADE

Os indicadores de qualidade, também chamados de itens de controle, são ferramentas capazes de mensurar e acompanhar o desempenho de um programa, corporação ou serviço, é uma ferramenta imprescindível para realizar um planejamento, e essencial para obter resultados. (BÁO et al., 2018).

Em termos gerais o indicador não é uma medida direta de qualidade, apenas uma ferramenta que identifica fatores e descreve resultados relevantes sobre determinados atributos e dimensões do estado de saúde. Através deles podem ser sintetizadas as ações, que buscam resolução e qualidade. Portanto é necessário que sejam de fácil interpretação e compreensão, aos usuários da informação, especialmente a gerentes e gestores do sistema de saúde. (GABRIEL et al, 2011).

Esses indicadores podem se apresentar, como uma taxa ou coeficiente, um índice, um número absoluto ou um fato. No sistema de saúde os indicadores buscam descrever aspectos qualitativos e/ou quantitativos relacionados a estrutura, assistência ofertada, e o meio externo. (OPAS, 2018).

Os aspectos relacionado a estrutura é definida como parte física de uma instituição que engloba área de internação, ambulatorios, equipamentos e materiais usados, além de compreender a distribuição dos serviços. (COSTA et al, 2009).

Já a assistência de saúde ofertada compreende aos funcionários e serviços, como a produção hospitalar, produção ambulatorial, rede de imunizações, unidade básica de saúde (UBS), programas e ações, sendo eles de caráter governamental ou não. (BRASIL, 2014).

Os indicadores que descrevem o meio externo, de acordo com Carrapato, Correia e Garcia (2017), são fatores externos a instituição ou serviço que se relacionam às condições de saúde de uma determinada população, que considere os fatores demográficos, geográficos, educacionais, socioculturais, econômicos, políticos, legais e tecnológicos, além da existência ou não de instituições de saúde.

Seguindo essa perspectiva a Matriz de Indicadores Básicos, em análise a situação de saúde da população convencionou-se elencar os indicadores em subconjuntos temáticos os quais são: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade, fatores de risco, recursos e cobertura. (OPAS, 2016).

A construção da matriz de indicadores pautou-se nos critérios de: relevância para a compreensão da situação de saúde, suas causas e consequências; validade para orientar decisões de política e apoiar o controle social; identidade com processos de gestão do SUS; e disponibilidade de fontes regulares. (BRASIL, 2008, p. 18).

Esse instrumento busca englobar todos os fatores ocorrentes paralelos a saúde e divide em denominações para melhor captação de dados. Dentro dessas denominações é descrito fatores como idade e sexo, cor/raça, escolaridade, renda e se a moradia é urbana ou rural, entre outros fatores. (OPAS, 2018).

Cada denominação capta seu devido dado, e a partir desses dados é elaborado o indicador. A produção de cada indicador é de responsabilidade da instituição ou fonte melhor identificada com o tema, essas fontes podem ser do sistema de informações do MS ou do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), e também de outros sistemas de informações. (VILLELA; OLIVEIRA, 2018).

A publicação dessas informações elabora a ampla base de dados eletrônica para o Departamento de Informática do Ministério da Saúde, (DATASUS) esses dados compreende a situação de saúde da população. (FRANCO, 2012).

Percebe-se que são inúmeros os fatores para a elaboração de um indicador e para então mensurar a qualidade da assistência, o grau de excelência de um indicador também deve ser definido, logo espera-se que as propriedades dos componentes utilizados em sua formulação sejam validas e confiáveis. (BRASIL, 2011).

Em geral, a validade de um indicador é determinada por sua sensibilidade (capacidade de detectar o fenômeno analisado) e especificidade (capacidade de detectar somente o fenômeno analisado). Outros atributos de um indicador são: mensurabilidade (basear-se em dados disponíveis ou fáceis de conseguir), relevância (responder a prioridades de saúde) e custo-efetividade (os resultados justificam o investimento de tempo e recursos). (BRASIL, 2008, p. 13).

Pensando nisso a Portaria Ministerial em conjunto a Organização Pan-Americana da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OPAS/OMS) formaliza a criação da Rede Interagências de Informações para a Saúde (RIPSA), com o intuito de produzir subsídios para políticas públicas de saúde e contribuir para aperfeiçoar a capacidade nacional de produção e uso de informações. (VILLELA; OLIVEIRA, 2018; BRASIL, 2008).

3.2.1 Atributos básicos para os indicadores na assistência PN

Considerando a Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, para avaliação da assistência pré-natal ofertada, é disponibilizado os dados nos sistemas nacionais de informações em saúde. Essa avaliação deve se conter no mínimo os indicadores de processo, indicadores de resultado e indicadores de impacto.

Quadro 2: Indicadores de Saúde da Assistência Pré-Natal, Indicadores e Dados Básicos (IDB), (RIPSA).

(Continua)

Indicadores de Saúde da Assistência Pré-Natal	
Indicadores de processo	<ul style="list-style-type: none">• Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o quarto mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existentes ou estimado pelo número de nascidos vivos do município);• Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal;• Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;• Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos;• Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 (seis) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;• Percentual de gestantes inscritas que receberam a dose imunizante da vacina antitetânica;• Percentual de gestantes inscritas que realizaram seis (06) consultas de pré-natal, a consulta de puerpério, todos os exames básicos; o teste anti - HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.
Indicadores de resultado	<ul style="list-style-type: none">• Percentual de Recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;• Percentual de Recém-nascido com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Indicadores de impacto	<ul style="list-style-type: none">• Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;• Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;• Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município comparando com o do ano anterior;• Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município comparando com o do ano anterior;• Razão de mortalidade materna no município comparando com o do ano anterior;• Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município comparando com o do ano anterior;• Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município comparando com o do ano anterior;• Coeficiente de mortalidade neonatal total no município comparando com o do ano anterior.
-------------------------------	---

Fonte: Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000; RIPSA, 2008. Adaptado.

Acredita-se que a partir da captação dessas informações é possível elaborar um indicador que avalie a assistência prestada ao (PN). Sua capacidade de avaliar aspectos de saúde da população alvo orienta um caminho para a excelência do cuidado, dessa forma o profissional pode verificar o resultado das atividades monitorando seus aspectos e considerando a realidade. (GABRIEL et al, 2011).

3.3 DESAFIOS NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

Os autores Nogueira e Oliveira (2017) afirmam, que os resultados negativos descritos pelos indicadores de saúde materna no Brasil, é o resultado mediante a assistência prestada no pré-natal, parto e puerpério, as quais não alcança a qualidade necessária.

De acordo com a Organização Pan-Americana de Saúde as complicações podem ser identificadas, evitadas e tratadas, ainda durante a gestação. Em torno de 75% são complicações como: hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), hemorragias graves (principalmente após o parto), infecções (normalmente depois do parto), complicações no parto, abortos inseguros seguidos de malária ou infecção pelo HIV durante a gravidez. (OPAS, 2018, p. 01).

Considerando a assistência prestada e os fatores ocorrentes Cruz, Caminha e Filho, (2014) complementa dizendo, que a mortalidade materna no Brasil é devido à falta de acesso aos serviços de planejamento familiar, e ausência de qualidade na assistência prestada no ciclo gravídico puerperal e no abortamento incompleto.

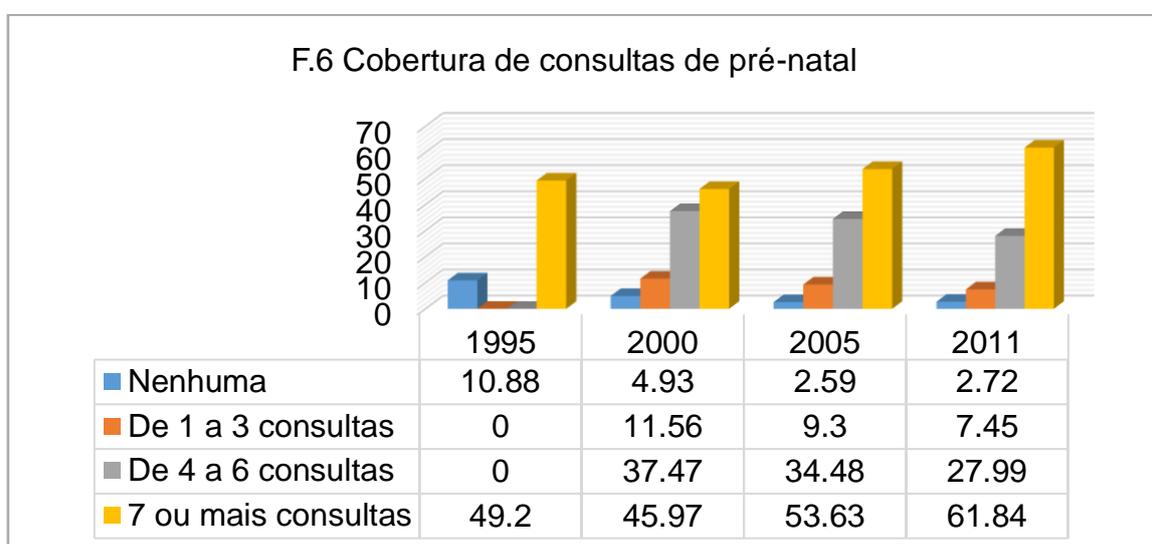
Porém, Nogueira e Oliveira (2017), diz que essas atividades são realizadas pelo enfermeiro, como integrante da (ESF), a qual é ofertada gratuitamente, de fácil acesso, e de direito de todas as gestantes, independentemente de sua localização.

De fato, são inúmeras as dificuldades que atrapalham alcançar a excelência da qualidade, por isso a saúde sempre necessita ser avaliada e monitorada, considerando todas as situações inerentes e paralelas a saúde da população alvo. (BÁO et al., 2018).

Como já citados no tópico anterior a situação de saúde da população é analisada em subconjuntos temáticos distinguidos em: demográficos, socioeconômicos, mortalidade, morbidade, fatores de risco, recursos e cobertura, para só então mensurar a excelência da qualidade ofertada. (OPAS, 2016).

Considerando o grupo indicador de cobertura, categoria F. 6 - Cobertura de consultas de pré-natal, as consultas vêm aumentando progressivamente, e o número de gestantes que não realizaram nenhuma consulta vem reduzindo no decorrer dos anos.

Gráfico 1: F. 6 Cobertura de consultas de pré-natal - Proporção (%) de nascidos vivos por número de consultas e por ano.



Fonte: Ministério da Saúde/SVS - (SINASC). DATASUS, 2020. Adaptado.

Em 1995, o número de gestantes que não realizaram nenhuma consulta é disparado frente aos anos seguintes, o que demonstra o cenário preocupante, quando deveriam realizar no mínimo seis consultas, por sorte em 2000, ocorreu à reunião da cúpula do milênio que designou preconizações e distribuiu metas para melhorar o cenário da saúde feminina. (DATASUS, 2020; BAN KI-MOON, p. 8, 2015).

Nos anos seguintes o número de gestantes inseridas no programa e que realizaram consultas pré-natais passam a ter evoluções positivas em relação às gestantes que não realizaram nenhuma consulta, porém mesmo após os acordos mundiais em prol da saúde feminina, dez anos depois o número de mulheres que não realizaram nenhuma consulta reduz, porém volta a crescer em 2011. O que leva a refletir sobre a adesão das gestantes ao programa. (BRASIL, 2012; SILVA; LIMA; OSÓRIO, 2016).

A não adesão das gestantes ao programa também é um desafio, alguns dos fatores percorrem entre as condições precárias em que vivem, outrora vivenciam pressões psicológicas e sociais, além da ausência do parceiro nas consultas, consumo de drogas lícitas e ilícitas, e sendo comum gravidez na adolescência. Situações que emitem muitas dúvidas e queixas, aumentando assim a necessidade de ações educativas a fim de sanar dúvidas e estimular o desejo de adesão ao programa. (FERREIRA et al, 2016).

Estimular a adesão das gestantes ao programa é essencial para acompanhar a evolução materna e fetal, a fim de detectar possíveis intercorrências para adotar medidas e intervir em qualquer risco que a gestante esteja passando ou esteja encaminhando. (POLGLIANE et al, 2014).

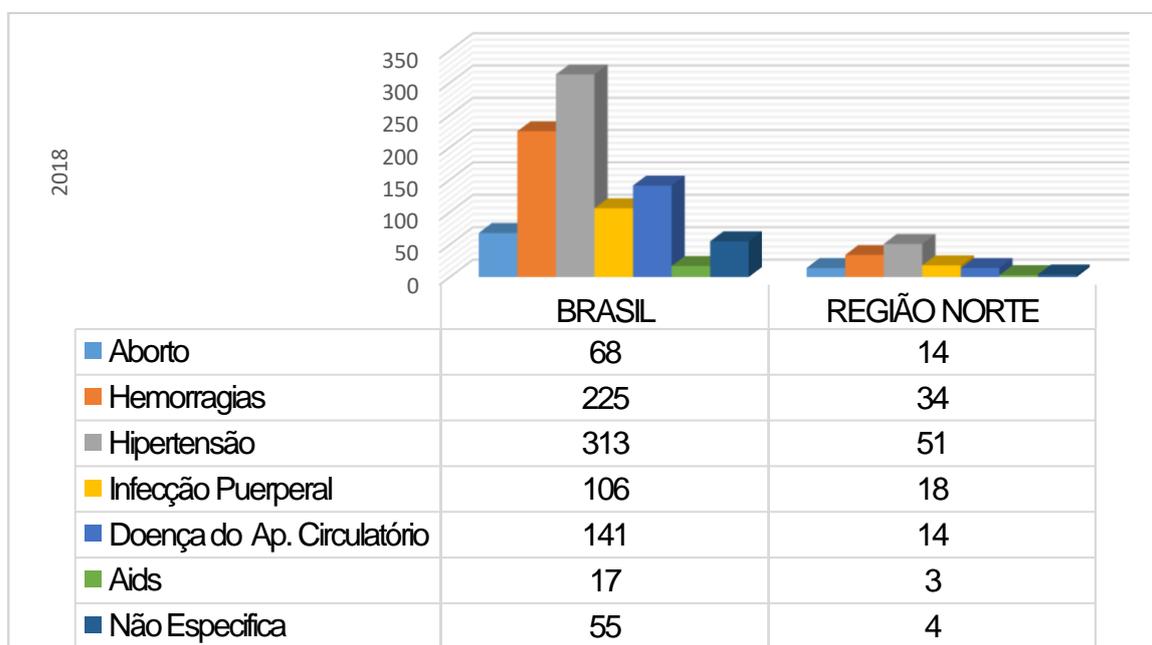
É essencial que as informações disponíveis, sejam apoiadas em dados válidos e confiáveis para obter uma análise objetiva da situação sanitária, bem como para a tomada de decisões baseadas em evidências para a elaboração da programação das ações de saúde. (BRASIL, 2008).

As causas de mortes maternas são divididas em duas situações, mortes obstétricas diretas e mortes obstétricas indiretas. As mortes obstétricas diretas são causadas por intervenções, omissões ou tratamento incorreto, durante o período gestacional, o parto ou puerpério. Já as mortes obstétricas indiretas são dadas as

complicações antecedentes a gestação, porém se desenvolvem mais intensas e se agravam devido os efeitos fisiológicos gestacionais. (SILVA et al, 2016).

As duas principais causas específicas de morte materna no Brasil são a hipertensão e a hemorragia. Outras causas obstétricas diretas importantes são a infecção puerperal e o aborto. Entre as causas indiretas, a de maior importância epidemiológica tem sido a doença do aparelho circulatório. (BRASIL, 2012, p. 03).

Gráfico 2: Mortalidade materna por causas específicas de morte, (por grupo de 100 mil Nascidos vivos). Grupo Nacional e Regional Brasil, (2018).



Fonte: Ministério da Saúde, Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) - Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. DATASUS, 2020. Adaptado.

Mediante ao contexto, as causas com maiores evidencias de morte nacional ou na região norte é destacado as causas por hipertensão e hemorragias. Tais doenças relatadas são percebíveis ou prognosticadas durante as consultas, podendo ser identificadas, evitadas e tratadas, ainda durante a gestação. Daí vem a importância da intervenção do profissional em realizar esses achados. (DATASUS, 2020; SILVA, LIMA, OSÓRIO, 2016).

Entre estas, destacam-se as estratégias educativas, medidas que visam informar a gestante, porém alguns estudos têm relatado falhas em ações educativas durante o pré-natal, uma vez que gestantes chegam ao último trimestre

demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto. (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018).

Medito SILVA et al (2016), o enfermeiro enfrenta alguns desafios para realizar suas consultas e ações de educação em saúde, devido a precariedade da estrutura física, equipamentos e recurso humano, pois sua ausência distância o alcance ou manter a qualidade da assistência se torna muito difícil.

Acredita - se que esses fatores e atitudes estejam desvalorizando a assistência de enfermagem, em detrimento acomete até o profissional em suas realizações e motivações pessoais que engajam a busca de conhecimento técnico-científico. Pois sabe se que um local apropriado com higiene, conforto e privacidade aprimora o atendimento e eleva a outro nível. (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

3.4 ENFERMEIRO COMO PROMOTOR DE SAÚDE.

A garantia da qualidade na assistência (PN) não depende exclusivamente do desempenho do enfermeiro e de uma equipe multiprofissional ou do governo, embora seja muito importante, são inúmeros os motivos que distanciam a assistência prestada da qualidade que se espera. (CORRÊA et al, 2014).

A disponibilidade de informação apoiada em dados válidos e confiáveis é condição essencial para a análise objetiva da situação sanitária, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidências e para a programação de ações de saúde. (BRASIL, 2008).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) através da atuação do enfermeiro juntamente com sua equipe na linha de frente contribui com suas ações para a captação precoce das gestantes, realizando acompanhamento da população e preconizando medidas de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação da saúde. (POLGLIANE et al, 2014).

Como já citado amplamente nos tópicos anteriores a assistência ao pré-natal está dentro do SUS, inserida no programa (ESF) e ofertada na Unidade Básica de Saúde (UBS). Em relação a atuação profissional o enfermeiro pode atua legalmente de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil. (NUNES, 2011).

A lei 7.498 de 25 de julho de 1986 dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e descreve que, ao enfermeiro, cabe realizar consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde. (SILVA et al, 2016, p. 4089).

Como contribuinte benéfico em prol a saúde das gestantes de baixo risco, o enfermeiro realiza consultas de enfermagem, dentro disto ele realiza anamnese, exame físico, solicita testes rápidos, bem como pedido de exames laboratoriais e avaliação e solicitação da imunização. Também lhe é atribuído, preenche o cartão ou ficha do pré-natal e SisPreNatal, além de ser educador em saúde. (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

Como educador em saúde o enfermeiro pode utilizar variáveis ferramentas ou habilidades para criar vínculo e interação com a paciente, a fim de promover saúde e prevenir doenças, suas orientações pode despertar na gestante a autonomia para criar hábitos benéficos durante esse período. (DUARTE; ALMEIDA, 2014).

Brasil (2010) diz que a educação em saúde pode ser de caráter coletivo ou individual, pode ocorrer à domicílio, em ambientes como a sala de espera ou outros espaços comunitários. O enfermeiro necessita ser criativo e comprometido na captação das gestantes, deve considerar as potencialidades e os desafios da comunidade, a fim de customizar sua assistência, e as informações devem ser precisas, claras e de fácil acesso, ele pode abordar assuntos como:

- ✓ Incentivo ao aleitamento materno e ao parto fisiológico;
- ✓ Incentivo ao planejamento familiar consulta (PN) e pós-natal;
- ✓ Orientações para reconhecer o trabalho de parto e doenças gestacionais;
- ✓ Cuidados com o recém-nascido;
- ✓ Informar sobre os direitos materno e paterno;
- ✓ Os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e
- ✓ O uso de medicações na gestação.

É por meio das ações realizadas pelo enfermeiro durante as consultas ou ações educadoras, que é possível atingir positivamente os indicadores de saúde da assistência (PN), o enfermeiro interessado e comprometido consegue captar a gestante precocemente, incentivar a adesão ao programa, realizar o mínimo de consultas preconizado, estimular a mudança de hábitos quando necessário, e identificar pressupostos a saúde. (LEAL et al, 2018).

A sala de espera é um ambiente promissor para distribuir informações, devido a captação de informações através de cartazes ou cartilhas, relacionadas ao aleitamento materno, imunização, alimentação entre outros. Nesse ambiente podem ser desenvolvidos processos educativos e de troca de experiências comuns entre as gestantes, possibilitando a interação do conhecimento popular com o conhecimento profissional. (SANTOS et al, 2010).

Além dos cartazes e folders, uma ferramenta de comunicação e disseminação de dados é o portal da saúde. Com intuito de informar a população a respeito de ações, programas e campanhas da agenda do (MS), se mostra uma ferramenta promissora de aproximação das gestantes, dando espaço e liberdade de pesquisa, questionamento e dar opiniões. (PINTO; ROCHA; MALLMANN, 2018).

Ressalta Silva et al (2016), que mesmo com o amplo arsenal disponível o enfermeiro enfrenta alguns desafios para realizar suas consultas e ações de educação em saúde, devido a precariedade da estrutura física, equipamentos e recursos humanos, ainda complementa dizendo que esses fatores prejudica a qualidade na assistência.

Percebe-se, portanto, que os limites da atuação do enfermeiro na assistência pré-natal é uma combinação de aspectos profissionais e institucionais e que os limites de sua atuação ainda envolvem um sistema de saúde precário em recursos físicos e humanos. (ROECKER; BUDÓ; MARCON, 2012).

Portanto é necessário que os enfermeiros busquem capacitação profissional, considerar as peculiaridades da sua população para transmissão de conteúdo, e reconhecer a excelência do seu trabalho, pois a ferramenta mais importante que ele pode utilizar é ele mesmo. (MIRANDA; SILVA, MANDÚ, 2018).

CONCLUSÃO

Os resultados deste trabalho apresentaram os problemas que envolvem a questão da assistência pré-natal e puerpério, abordando sobre as mortes maternas que podem ser evitadas mediante a uma gestão e assistência de qualidade ao pré-natal.

Dentre os principais indicadores de qualidade da assistência pré-natal, os que se mostraram mais efetivos para a assistência de enfermagem foram os indicadores de resultado e impacto.

Quando estes indicadores são aplicados e utilizados na prática, os profissionais são capazes de ofertar um serviço coerente às necessidades do público alvo, monitorando seus aspectos e considerando sua realidade, para prevenir e dirigir complicações fora do percurso normal da gestação.

No entanto, apesar das várias políticas e ações voltadas a assistência pré-natal foi encontrado alguns desafios, tais como sobrecarga de trabalho, desmotivação, falta de capacitação e comprometimento profissional, bem como a não adesão das gestantes ao programa.

Vale ressaltar também a importância de uma equipe multiprofissional, que envolva o Agente Social, Agente Comunitário de Saúde, Dentista, Fisioterapeuta, Médico e Psicólogo, para realizar a captação precoce e o atendimento integral à saúde das gestantes.

É evidente a importância das práticas de enfermagem nesse processo, e quando o enfermeiro realiza sua assistência utilizando os indicadores de qualidade como uma ferramenta de trabalho, ele pode contribuir para a redução da mortalidade materna.

Espera-se, portanto, que esse trabalho contribua para a reflexão no desenvolvimento de políticas públicas voltadas ao atendimento pré-natal, e especialmente aos enfermeiros, para o incentivo da utilização dos indicadores básicos e fazer com que isso seja algo defendido pelos próprios profissionais de enfermagem já que estes desempenham essa função, de gerenciamento do pré-natal na atenção básica de saúde.

ANEXOS

ANEXO A – Relatório de revisão no antiplágio



RELATÓRIO DE VERIFICAÇÃO DE PLÁGIO

DISCENTE: Fernanda Oliveira Santana Franco

CURSO: Enfermagem

DATA DE ANÁLISE: 14.08.2020

RESULTADO DA ANÁLISE

Estadísticas

Suspeitas na Internet: **7,72%**

Percentual do texto com expressões localizadas na internet 

Suspeitas confirmadas: **10,76%**

Confirmada existência dos trechos suspeitos nos endereços encontrados 

Texto analisado: **89,44%**

Percentual do texto efetivamente analisado (frases curtas, caracteres especiais, texto quebrado não são analisados).

Sucesso da análise: **100%**

Percentual das pesquisas com sucesso, indica a qualidade da análise, quanto maior, melhor.

Analisado por Plagius - Detector de Plágio 2.4.11
sexta-feira, 14 de agosto de 2020 16:48

PARECER FINAL

Declaro para devidos fins, que o trabalho da discente **FERNANDA OLIVEIRA SANTANA FRANCO**, n. de matrícula **21558**, do curso de Enfermagem, foi **APROVADO** na verificação de plágio, com porcentagem conferida em 7,72%. Devendo a aluna fazer as correções que se fizerem necessárias.

(assinado eletronicamente)
HERTA MARIA DE AÇUCENA DO N. SOEIRO
Bibliotecária CRB 1114/11
Biblioteca Júlio Bordignon
Faculdade de Educação e Meio Ambiente

Assinado digitalmente por: Herta Maria de A?ucena do Nascimento Soeiro
Razão: Faculdade de Educação e Meio Ambiente
Localização: Ariquemes RO
O tempo: 03-09-2020 09:10:24

REFERÊNCIAS

BAN KI-MOON, Hanja. **O Relatório de Metas de Desenvolvimento do Milênio 2015** = The Millennium Development Goals Report 2015. EUA: 2015. 298 p. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/wp-content/uploads/2015/07/MDG-2015-June-25.pdf>. Acesso em: 01 fev. 2020.

BÁO, Ana Cristina Pretto; AMESTOY, Simone Coelho; MOURA, Gisela Maria Schebella Souto de; TRINDADE, Letícia de Lima. **Indicadores de qualidade: ferramentas para a gestão das melhores práticas em saúde** = Quality indicators: tools for the management of best practices in health. Brasília: 2019. 8. f. (Rev. Brasileira de Enf.). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0479>. Acesso em: 03 abr. 2020.

BALSELLS, Marianne Maia Dutra; OLIVEIRA, Tyane Mayara Ferreira de; BERNARDO, Elizian Braga Rodrigues; AQUINO, Priscila de Souza; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro; CASTRO, Régia Christina Moura Barbosa; LESSA, Paula Renata Amorim; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. **Avaliação do processo na assistência pré-natal de gestantes com risco habitual**. São Paulo: 2018. 7 f. (Acta Paulista de Enf.). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201800036>. Acesso em: 13 ago. 2020.

BRASIL. Agência de Saúde. **Ministério da Saúde investe na redução da mortalidade materna: Semana de Mobilização pela Saúde das Mulheres será celebrada até 31 de maio. O tema deste ano é a redução da mortalidade materna**. Brasília: 2018. Disponível em: <https://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/43325>. Acesso em: 10 nov. 2019.

_____. Agência Nacional de Saúde Suplementar. **Manual técnico para promoção da saúde e prevenção de riscos e doenças na saúde suplementar**. 4. ed. Rio de Janeiro: 2011. 244 p. Disponível em: http://www.ans.gov.br/images/stories/Materiais_para_pesquisa/Materiais_por_asunto/manual_promoprev_web.pdf. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Assessoria Ministerial de Comunicação Social. **Projeto Humanização do Parto. Nasce o respeito: informações práticas sobre seus direitos**. Pernambuco. RC: 2015. 34 p. (Comitê Estadual de Estudos de Mortalidade Materna...). Disponível em: <https://www.mppe.mp.br/mppe/attachments/article/4240/cartilha%20humanizacao%20do%20parto%20pdf.pdf>. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. COFEN, Conselho Federal de Enfermagem. **Rede Cegonha será integrada com outras ações do SUS para a mulher**. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/6535.html>. Acesso em: 14 jun. 2020.

_____. Ministério da saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32: atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1 ed. Brasília: 2013. 320 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 07 abr. 2020.

_____. Rede Integrativa de Informação Para a Saúde, (RIPSA). **Indicadores básicos para a saúde no Brasil**: 2. ed. Brasília, DF: 2008. 350. p. (Organização Pan-americana da Saúde). Disponível em: <http://www.ripsa.org.br/2014/10/30/>. Acesso em: 13 ago. 2019.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico**. Brasília: 2012. 43 p. (Ministério da saúde). Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?idarea=1585>. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. Secretaria de atenção à saúde. **Implantação das Redes de Atenção à Saúde e Outras Estratégias da SAS**. Brasília: 2014. 162 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/implantacao_redes_atencao_saude_sas.pdf. Acesso em: 7 mar. 2019.

_____. **Portaria n. 569, de 01 de junho de 200**. Acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. Brasília, DF. (Planalto). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 07 abr. 2019.

_____. **Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986**. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem. Brasília, DF. (Planalto). Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em 26 out. 2019.

_____. **Lei n. 9.029 de 13 de abril de 1995**. Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9029.htm. Acesso em: 08 abr. 2019.

_____. **Lei n. 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. **Lei n. 11.108 de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm. Acesso em: 07 abr. 2019.

_____. **Lei n. 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm. Acesso em: 20 abr. 2020.

_____. INSS, Instituto Nacional do Seguro Social. **Salário maternidade**: pago no caso de nascimento de filho ou de adoção de criança. Disponível em: <https://www.inss.gov.br/beneficios/salario-maternidade/>. Acesso em: 15 jun. 2020.

CARRAPATO, Pedro; CORREIA, Pedro; GARCIA, Bruno. **Determinante da saúde no Brasil: a procura da equidade na saúde**. São Paulo: 2017. 14 f. (Saúde e Sociedade). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0104-12902017170304>. Acesso em: 09 jul. 2019.

CORRÊA, Marianne Dias; TSUNECHIRO, Maria Alice; LIMA, Marlise de Oliveira Pimentel; BONADIO, Isabel Cristina. **Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família**. São Paulo: 2014. 9 f. (Rev. Enf.). Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000600004>>. Acesso em abr., 2020.

COSTA, Glauce Dias da; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; REIS, José Roberto; SIQUEIRA-BATISTA, Rodrigo; GOMES, Andréia Patrícia; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. **Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família**. Rio de Janeiro: 2009. 11 f. (Ciência & Saúde Coletiva). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s1413-81232009000800007>. Acesso em: 14 jun. 2020.

CERON, Marianne. **Habilidades de comunicação: abordagem centrada na pessoa**. Brasília: 2012. 12 f. (Ministério da Saúde). Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/2/unidades_conteudos/unidade24/unidade_24. Acesso em: 08 jun. 2020.

FRANCO, Joel Levi Ferreira. **Sistemas de informação**. 2012. Disponível em: https://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/pab/6/unidades_conteudos/unidade08/p_03.html. Acesso em: 20 abr. 2020.

FERREIRA, Iarlla Silva; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho; LÔ, Karísia Karen Ricarte; MELO, Thaissa Pinto de; GOMES, Altamira Mendonça Félix; ANDRADE, Ivna Silva. **Percepções de gestantes acerca da atuação dos parceiros nas consultas de pré-natal**. [s. l.]: 2019. 6 f. (Rev. da Rede de Enf. do Nordeste). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-790967>. Acesso em: 06 jun. 2020.

GABRIEL, Carmen Silvia; MELO, Marcia Regina Antonieto da Costa; ROCHA, Fernanda Ludmila Rossi; BERNARDES, Andréa; MIGUELACI, Tatiana; SILVA, Maria de Lourdes Prado. **Utilização de indicadores de desempenho em serviço de enfermagem de hospital público**. Ribeirão Preto: 2011. 9 f. (Rev. Latino-am. Enf.). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-11692011000500024>. Acesso em: 07 nov. 2019.

HOLANDA, Sâmia Monteiro; CASTRO, Régia Christina Moura Barbosa; AQUIN, Priscila de Souza; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra; LOPES, Lia Gomes; MARTINS, Eveliny Silva. **Influência da participação do companheiro no pré-natal: satisfação de primíparas quanto ao apoio no parto**. Florianópolis: 2018. 10 f. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180003800016>. Acesso em: 06 jun. 2020.

KOTTWITZ, Fernanda; GOUVEIA, Helga Geremias; GONÇALVES, Annelise de Carvalho. **Via de parto preferida pelas mães e suas motivações** = Route of birth delivery preferred by mothers and their motivations. Rio de Janeiro: 2018. 8 f. (Escola Anna Nery). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0013>. Acesso em: 06 jun. 2020.

LIVRAMENTO, Débora do Vale Pereira do; BACKES, Marli Terezinha Stein; DAMIANI, Patrícia da Rosa; CASTILLO, Laura Denise Reboa; BACKES, Dirce Stein; SIMÃO, Alexandrino Martinho Sangunga. **Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde**. Porto Alegre: 2019. 9 f. (Rev. Gaúcha de Enf.). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2019.20180211>. Acesso em: 06 jun. 2020.

LIMA, Suzinara Soares de. **Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família**. Santa Maria: 2013. 9 f. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v13n2/v13n2a12.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

MIRANDA, Eglivani Felisberta; SILVA, Ana Maria Nunes da; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. **Abordagem de necessidades de saúde pelo enfermeiro na consulta pré-natal**. Rio de Janeiro: 2018. 9 f. (Revista Online de Pesquisa: Cuidado é Fundamental). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i2.524-533>. Acesso em: 02 jul. 2019.

MAIA, Vivian Kecy Vieira; LIMA, Eliane de Fátima Almeida; MACHADO, Rhaísa Almeida Volpato; SOUSA, Ana Inês; LEITE, Franciele Marabotti Costa; PRIMO, Cândida Caniçali. **Avaliação da qualidade de um sistema de informação de pré-natal**. Espírito Santo: 2018. 8 f. (Rev. Gaúcha de Enf.). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2017.03.67747>. Acesso em: 07 abr. 2020.

MENDES, Silma; SANTOS, Kezia. **Pré-natal masculino: a importância da participação do pai nas consultas de pré-natal**. São Luis: 2019. 13 f. (Enciclopédia Biosfera: centro científico conhecer). Disponível em: http://dx.doi.org/10.18677/encibio_2019a163. Acesso em: 06 jun. 2020.

MIRANDA, Cristiano Barreto de. **Aspectos do cenário atual da reabilitação profissional no Brasil: avanços e retrocessos**. São Paulo: 2018. 14 f. (Cadernos de Saúde Pública). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00218717>. Acesso em: 08 ago. 2020.

MONTEIRO, Fernanda R.; BUCCINI, Gabriela dos S.; VENÂNCIO, Sônia I.; COSTA, Teresa H.m. da. **Influência da licença-maternidade no aleitamento materno exclusivo** = Influence of maternity leave on (...) . Rio de Janeiro: 2017. 6 f. (Jornal de Pediatria). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jped.2016.11.016>. Acesso em: 15 jun. 2020.

NOGUEIRA, Lilian Donizete Pimenta; OLIVEIRA, Gabriela da Silva. **Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro - um levantamento bibliográfico**. São Paulo: 2017. 13 f. (Rev. de Enf. e Atenção A Saúde). Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/bvsmms/resource/pt/bde-31241>. Acesso em: 03 jul. 2019.

NUNES, Helaine Aparecida de Faria. **Assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia de saúde da família e seus desafios**: uma revisão de literatura. Coromndel, MG: 2011. 32 p. Monografia (Especialização) - Curso de Especialista em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/una-4514>. Acesso em: 10 mar. 2020.

OPAS, Organização Pan Americana de Saúde. **Folha informativa - Mortalidade materna**. Brasília, DF: 2018. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820. Acesso em: 02 mar. 2019.

_____. Organização Pan Americana de Saúde. **Indicadores de saúde: Elementos Conceituais e Práticos (Capítulo 2)**. Disponível em: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=14402:indicadores-de-saude-elementos-conceituais-e-praticos-capitulo-2&catid=9894&showall=1&lang=pt&Itemid=101. Acesso em: 07 abr. 2019.

_____. Organização Pan Americana de Saúde. **Indicadores básicos**: situação de saúde das Américas = Situación de Salud en las Américas. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31288/IndicadoresBasicos2016-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 07 abr. 2019.

OLIVEIRA, Marcelo Andrade Cattoni de; MARQUES, Stanley Souza. **Contribuições para uma reconstrução crítica da gramática moderna da maternidade**. Florianópolis: 2020. 16 f. (Revista Estudos Feministas). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n168037>. Acesso em: 06 jun. 06.

OLIVEIRA, Renata Leite Alves de; FERRARI, Anna Paula; PARADA, Cristina Maria Garcia de Lima. **Processo e resultado do cuidado pré-natal segundo os modelos de atenção primária**: estudo de coorte. Ribeirão Preto: 2019. 9 f. (Rev. Latino-american a de Enf.). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2806.3058>. Acesso em: 08 jun. 2020.

POLGLIANE, Rúbia Bastos Soares; LEAL, Maria do Carmo; AMORIM, Maria Helena Costa; ZANDONADE, Eliana; SANTOS NETO, Edson Theodoro dos. **Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde**. 2014. 11 f. (Ciência & Saúde Coletiva). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014197.08622013>. Acesso em: 01 abr. 2019.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. **Protocolo na assistência pré-natal**: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da estratégia de saúde da família. São Paulo: 2011. 6 f. (Rev. da Escola de Enf. da USP). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-62342011000500002>. Acesso em: 07 abr. 2020.

RUSSO, Jane A.; NUCCI, Marina Fisher. **Parindo no paraíso: parto humanizado, ocitocina e a produção corporal de uma nova maternidade**. Botucatu: 2020: 14 f.

(Interface - Comunicação, Saúde, Educação). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/interface.180390>. Acesso em: 10 jun. 2020.

SILVA, Esther Pereira da; LIMA, Roberto Teixeira de; OSÓRIO, Mônica Maria. **Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco**: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados. Rio de Janeiro: 2016. 13 f. (Ciência & Saúde Coletiva). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232015219.01602015>. Acesso em: 21 jul. 2019.

SOUZA, João Paulo. **Mortalidade materna no Brasil**: a necessidade de fortalecer os sistemas de saúde. Rio de Janeiro: 2011. 7 f. (Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0100-72032011001000001>. Acesso em: 15 abr. 2019.

SILVA, Bruna Gonçalves Cordeiro da; LIMA, Natália Peixoto; SILVA, Shana Ginar da; ANTONEZ, Simone Farías; SEERIG, Lenise Menezes; RESTREPO-MÉNDEZ, María Clara; WEHRMEISTER, Fernando César. **Mortalidade materna no Brasil no período de 2001 a 2012**: tendência temporal e diferenças regionais. São Paulo: 2016. 9 f. (Revista Brasileira de Epidemiologia). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1980-5497201600030002>. Acesso em: 20 out, 2019.

SANTOS, Débora Souza; ANDRADE, Adriana Lyzian Alves de; LIMA, Beatriz Santana de Souza; SILVA, Yasmyny Natash da. **Sala de espera para gestantes**: uma estratégia de educação em saúde. Rio de Janeiro: 2012. 5 f. (Revista Brasileira de Educação Médica). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/s0100-55022012000300010>. Acesso em: 03 abr. 2020.

VILLELA, Edlaine Faria de Moura; OLIVEIRA, Fábio Morato de. **Epidemiologia sem Mistérios**: tudo aquilo que você precisa saber! São Paulo: Paco Editorial, 2018. 348 p. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=t5VxDwAAQBAJ&lpg>. Acesso em: 7 mar. 2019.

WEIDLE, Welder Geison; MEDEIROS, Cássia Regina Gotler; GRAVE, Magali Teresinha Quevedo; BOSCO, Simone Morelo dal. **Escolha da via de parto pela mulher**: autonomia ou indução? São Paulo: 2014. 7 f. (Cadernos Saúde Coletiva). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462x201400010008>. Acesso em: 10 jun. 2020.

