

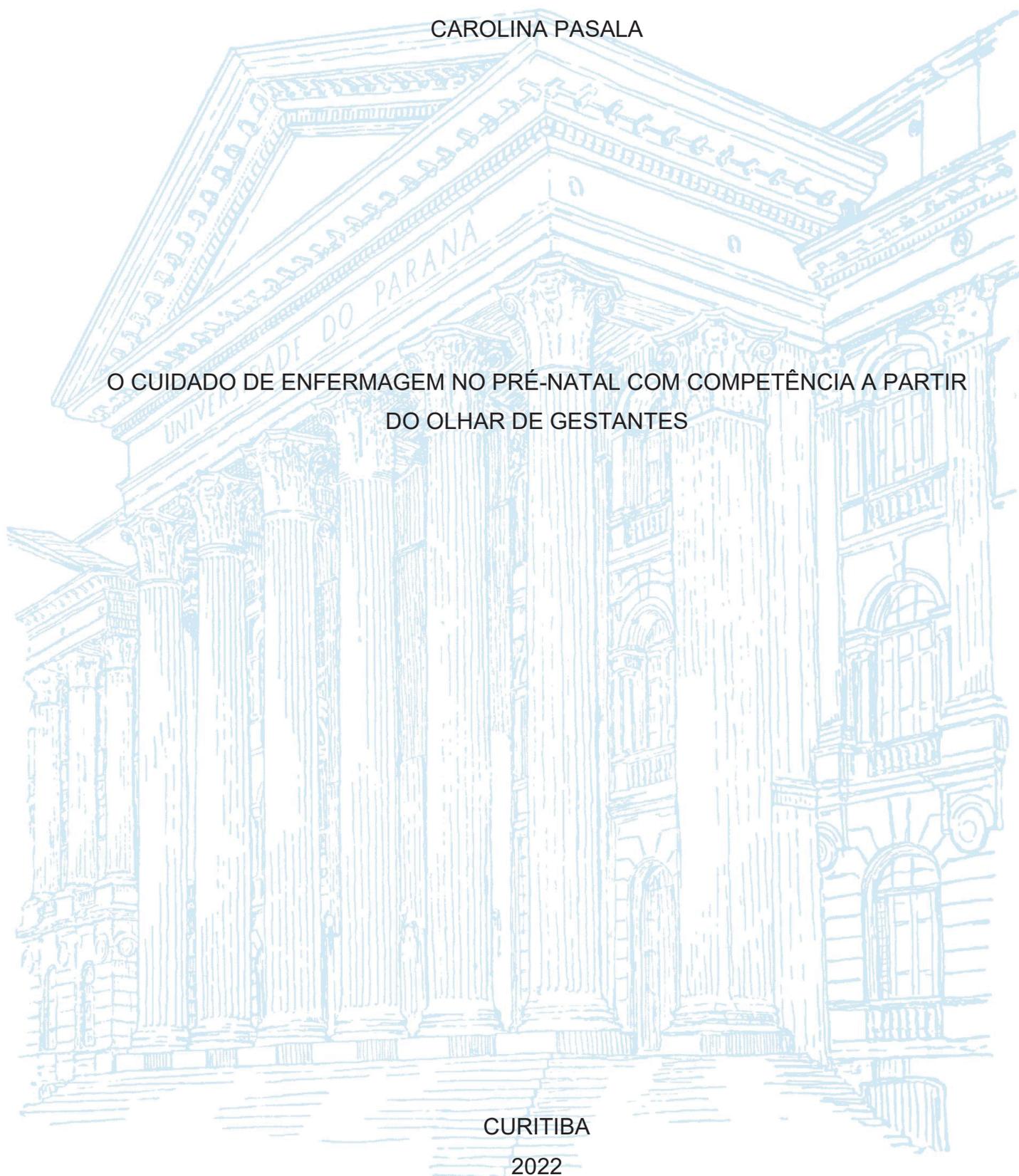
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ

CAROLINA PASALA

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM COMPETÊNCIA A PARTIR
DO OLHAR DE GESTANTES

CURITIBA

2022



CAROLINA PASALA

O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM COMPETÊNCIA A PARTIR
DO OLHAR DE GESTANTES

Dissertação de mestrado apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall

Coorientadora: Profa. Dra. Deisi Cristine Forlin Benedet

CURITIBA

2022

Pasala, Carolina

O cuidado de enfermagem no pré-natal com competência a partir do olhar de gestantes [recurso eletrônico] / Carolina Pasala – Curitiba, 2022.
1 recurso online: PDF.

Dissertação (mestrado) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.
Setor de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Paraná, 2022.

Orientador: Profa. Dra. Marilene Loewen Wall
Coorientador: Profa. Dra. Deisi Cristine Forlin Benedet

1. Pré-natal. 2. Gestantes. 3. Expectativas. 4. Enfermeira. I. Wall, Marilene Loewen. II. Benedet, Deisi Cristine Forlin. III. Universidade Federal do Paraná. IV. Título.

CDD 618.24



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO ENFERMAGEM -
40001016045P7

TERMO DE APROVAÇÃO

Os membros da Banca Examinadora designada pelo Colegiado do Programa de Pós-Graduação ENFERMAGEM da Universidade Federal do Paraná foram convocados para realizar a arguição da dissertação de Mestrado de **CAROLINA PASALA** intitulada: **O CUIDADO DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL COM COMPETÊNCIA A PARTIR DO OLHAR DE GESTANTES**, sob orientação da Profa. Dra. MARILENE LOEWEN WALL, que após terem inquirido a aluna e realizada a avaliação do trabalho, são de parecer pela sua **APROVAÇÃO** no rito de defesa.

A outorga do título de mestra está sujeita à homologação pelo colegiado, ao atendimento de todas as indicações e correções solicitadas pela banca e ao pleno atendimento das demandas regimentais do Programa de Pós-Graduação.

CURITIBA, 11 de Fevereiro de 2022.

Assinatura Eletrônica
16/02/2022 08:43:06.0
MARILENE LOEWEN WALL
Presidente da Banca Examinadora

Assinatura Eletrônica
16/02/2022 13:54:57.0
SILVANA REGINA ROSSI KISSULA SOUZA
Avaliador Interno (UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ)

Assinatura Eletrônica
16/02/2022 09:19:09.0
MARLI APARECIDA ROCHA DE SOUZA
Avaliador Externo (CENTRO UNIVERSITÁRIO DOM BOSCO-
UNIDOMBOSCO-PR)

Assinatura Eletrônica
16/02/2022 10:01:43.0
DEISI CRISTINE FORLIN BENEDET
Coorientador(a) (CENTRO UNIVERSITÁRIO INTERNACIONAL
UNINTER)



Dedico este trabalho à minha família e a meu companheiro de vida, que sempre me apoiaram, incentivaram, sentiram minha ausência nos longos momentos de estudo e acreditaram em mim. Amo vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus, por ter me dado fé, força e persistência para que não desistisse em nenhum momento.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Marilene, por todo o empenho, cuidado, dedicação, carinho, paciência e conhecimento compartilhado. Você foi fundamental em todo o processo! Obrigada pelos conselhos, pelo tempo despendido e pela preocupação, que foi além da orientação. Você é incrível como pessoa e profissional!

À minha querida coorientadora, Profa. Dra. Deisi, por todo carinho, dedicação, paciência, disposição e conhecimento. Você é um exemplo que admiro muito!

Ao meu companheiro de vida, Murilo, por ter sido paciente, carinhoso, compreensivo e ter me incentivado desde o início. Você sempre acreditou em mim mais do que eu mesma. Amo você e agradeço todos os dias por estar a meu lado.

À minha família, que mesmo de longe, sempre me apoiou e acreditou na minha capacidade. Ao meu pai, que está no céu, cuidando lá de cima.

À minha coordenadora Flávia, que sempre foi mais que uma chefe, uma amiga que sempre me apoiou em todas as atividades e projetos.

Ao Hospital Pequeno Príncipe, por ter me concedido uma forma de conciliar o mestrado com o trabalho para que eu pudesse me dedicar às atividades.

Aos meus colegas enfermeiros, que batalham todos os dias para prestar uma assistência de qualidade às nossas crianças.

Aos meus colegas de mestrado, pelas trocas, desabafos e compartilhamento de experiências brilhantes.

Ao grupo de pesquisa Nepeche, por todas as tardes de estudo, conhecimentos e discussões.

Aos docentes da Universidade Federal do Paraná (UFPR), por todas as aulas excepcionais ao longo das disciplinas do mestrado.

Às professoras da minha banca, por terem aceitado gentilmente este convite para contribuir com esta pesquisa. Admiro muito vocês!

À Secretaria de Saúde de Pinhais, que, mesmo em tempos de pandemia, nos proporcionou espaço para realização desta pesquisa.

Às gestantes que participaram deste estudo, que compartilharam suas vivências. Obrigada pela disposição e tempo despendido. Sempre me lembrarei da contribuição de cada uma de vocês.

Enfim, agradeço de coração a cada um que de alguma forma contribuiu para esta jornada. Obrigada!

A enfermagem é uma arte. E para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor. Pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes, poder-se-ia dizer, a mais bela das artes! (Florence Nightingale, 1871)

RESUMO

Introdução: A atenção à saúde da mulher sofreu diversas mudanças ao longo do tempo, caminhando para estratégias e melhorias no cuidado, a fim de superar o modelo biomédico e cuidar da saúde materna e infantil em todos os seus aspectos. O pré-natal visa a assegurar acompanhamento de qualidade, com identificação precoce de fatores de risco e complicações que venham repercutir na saúde da mãe e do bebê. Intervenções precoces qualificam a atenção e reduzem as taxas de morbidade e mortalidade materna e fetal. **Objetivos:** Descrever as vivências e expectativas da gestante em relação ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde. Apreender a competência da enfermeira no cuidado pré-natal sob a ótica da gestante. **Método:** Trata-se de uma pesquisa qualitativa e descritiva. O estudo foi conduzido em um município da região metropolitana de Curitiba/PR. Os critérios de inclusão foram gestantes maiores de 18 anos, em acompanhamento com enfermeira e ou médico, de qualquer risco gestacional, primíparas ou multíparas, no 2º ou 3º trimestre gestacional. Foram excluídas gestantes no 1º trimestre de gestação ou que não tinham compreensão do idioma português. A coleta de dados foi mediante entrevista semiestruturada com 27 participantes analisadas com base nos passos sugeridos de Creswell e apoio do software *Iramuteq*® para organização dos dados. **Resultados:** Foram identificadas duas categorias centrais: 1 - “O cuidado esperado e idealizado no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes”, que evidenciou as vivências que estão ligadas ao contexto de vida e experiências passadas da gestação e pré-natal, expectativas e idealização do cuidado na Atenção Primária à Saúde, satisfação da atenção recebida no pré-natal e a influência da pandemia por Covid-19. A segunda categoria, intitulada 2 - “O cuidado recebido no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes”, permitiu discutir aspectos relacionados aos cuidados recebidos na gestação pela identificação da competência da enfermeira, englobando a consulta de vinculação e subsequentes, rotinas, orientações e atenção despendida. **Considerações finais:** A percepção do cuidado vivenciado e as expectativas frente ao pré-natal são influenciadas por aspectos da gestação. Como potencialidades da prática da enfermeira identificadas pela gestante, estão o vínculo, o acolhimento e a escuta ativa, por vezes ofuscada pela hegemonia do cuidado médico, que ainda permeia o âmbito da atenção à saúde, limitando a visão do cuidar com qualidade. A formação da enfermeira e o contínuo desenvolvimento de competência para uma prática centrada na individualidade da gestante e promoção à saúde fortalecem o cuidado realizado e permitem avanços para um cuidado integral e para visibilidade da profissão.

Palavras-Chave: gestante; pré-natal; vivências; expectativas; enfermeira; cuidado; atenção primária à saúde; competência.

ABSTRACT

Introduction: Woman health care has undergone several changes over the time leading to strategies and improvements of care, in order to overcome the biomedical model and take care of mother and child health na all its aspects. The goal of prenatal is to ensure quality follow-up, with early identification of risk factors and complications that may affect the health of the mother and baby. Early interventions qualify care and reduce maternal and fetal morbidity and mortality rates.

Objectives: To describe the experiences and expectations of pregnant women in relation to prenatal care in Primary Health Care. To understand the nurse's competence in prenatal care from the perspective of the pregnant woman.

Methods: This is a qualitativa and descriptive research. The study was performed in a city of the metropolitan region of Curitiba/PR. He inclusion criteria were in pregnant women older than 18 years, in follow-up with nurse and/or doctor, of any gestacional risk, primiparous ou multiparous, in the 2nd or 3rd gestational trimester. Pregnant women in the 1st trimester of pregnancy or those who did not understand the Portuguese language were excluded. Data was obtained by semi-structured interviews with 27 participants analyzed based on steps of Creswell and supported by *Iramuteq*® software for data organization.

Results: Two main categories was identified: 1 – “The expected and idealized prenatal care based on experiences and expectations of pregnant Woman” which evidenced the experiences that are linked to the context of life and past experiences of pregnancy and prenatal care, expectations and idealization of care in primary health care, satisfaction with the care received in prenatal care and the influence of the Covid-19 pandemic. The second category, entitled 2 - "The care received in prenatal care from the experiences and expectations of pregnant women", allowed to discuss aspects related to the care received during pregnancy from the identification of the nurse's competence, covering the bonding consultation and subsequents, routines, orientations and attention spent.

Final considerations: The perception of experienced care and expectations regarding prenatal care are influenced by aspects of pregnancy. As potentialities of the nurse's practice identified by the pregnant woman are the bond, reception and active listening, sometimes overshadowed by the hegemony of medical care that still permeates the scope of health care, limiting the vision of quality care. The training of nurses and the continuous development of competence for a practice centered on the pregnant woman's individuality and health promotion strengthen the care provided and allow advances towards comprehensive care and visibility of the profession.

Keywords: pregnant; prenatal; experiences; expectations; nurse; caution; primary health care; competence.

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 – RELATÓRIO DA CHD. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022	58
FIGURA 2 – DENDROGRAMA DA CHD. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022	59
FIGURA 3 – RELAÇÃO DAS CATEGORIAS SOBRE AS VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DA GESTANTE EM RELAÇÃO AO PRÉ-NATAL NA APS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.....	60

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 – DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÔMICOS DAS GESTANTES. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.....	52
QUADRO 2 – HISTÓRICO DE DADOS OBSTÉTRICOS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.....	54
QUADRO 3 – PRÉ-NATAL ATUAL. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022.....	55
QUADRO 4 – COMPLETUDE DA CARTEIRA DA GESTANTE. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022	57

LISTA DE ABREVIATURAS OU SIGLAS

Abenfo	– Associação Brasileira de Obstetrias e Enfermeiros Obstetras
ACS	– Agente Comunitário de Saúde
APS	– Atenção Primária à Saúde
Apsus	– Programa de Qualificação da Atenção Primária à Saúde
BCF	– Batimentos cardíaco fetais
CAB	– Caderno de Atenção Básica
CEP	– Comitê de Ética em Pesquisa
CHD	– Classificação Hierárquica Descendente
Cofen	– Conselho Federal de Enfermagem
Covid-19	– <i>Coronavirus disease 2019</i>
DIU	– Dispositivo Intrauterino
HIV	– Vírus da Imunodeficiência Humana
ICM	– <i>International Confederation of Midwives</i>
IMC	– Índice de Massa Corporal
Iramuteq	– <i>Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires</i>
IST	– Infecções Sexualmente Transmissíveis
MS	– Ministério da Saúde
Nepeche	– Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem
OMS	– Organização Mundial da Saúde
OPAS	– Organização Pan-Americana de Saúde
PAC	– Programa de Avaliação Continuada
Paisc	– Programa de Atenção Integral à Saúde da Criança
Paism	– Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Pespc	– <i>Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care</i>
PHPN	– Política de Humanização no Parto e Nascimento
Pnaism	– Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
Rehuna	– Rede pela Humanização do Parto e Nascimento
SARS-CoV-2	– Coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave
SisPreNatal	– Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no

Pré-natal e Nascimento

SUS	– Sistema Único de Saúde
ST	– Segmento de Texto
TAN	– Traje antichoque não pneumático
TCLE	– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	– Unidade Básica de Saúde
UFPR	– Universidade Federal do Paraná
Unicentro	– Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná
USF	– Unidade Saúde da Família
UTI	– Unidade de Terapia Intensiva

LISTA DE SÍMBOLOS

® - Marca registrada

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	20
2 OBJETIVO	24
3 REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1 O CUIDADO PRÉ-NATAL: POLÍTICAS PÚBLICAS E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE	25
3.2 CENÁRIO LITERÁRIO DAS VIVÊNCIAS DA GESTANTE DURANTE O PRÉ- NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	34
3.3 A COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	40
4 METODOLOGIA	43
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA	43
4.2 LOCAL DE PESQUISA	43
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA	44
4.4 COLETA DE DADOS	45
4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	46
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	50
5 RESULTADOS	52
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO	52
5.2 CLASSES E CATEGORIZAÇÃO	58
5.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DAS CLASSES	61
5.3.1 Categoria 01 - O cuidado esperado e idealizado no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes	61
5.3.2 Categoria 02 - O cuidado recebido no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes	76
6 DISCUSSÃO	86
6.1 CATEGORIA 01 - O CUIDADO ESPERADO E IDEALIZADO NO PRÉ-NATAL A PARTIR DAS VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DAS GESTANTES	86
6.2 CATEGORIA 02 - O CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL A PARTIR DAS VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DAS GESTANTES	96
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	107
REFERÊNCIAS	111
APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	123

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	125
ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	127

APRESENTAÇÃO

Para nortear a escolha da temática da pesquisa, faço uma breve apresentação sobre minha trajetória acadêmica. A área de saúde da mulher sempre teve um lugar especial no meu coração. Desde a época da escola, gostava de estudar a temática. Estudei a vida toda em escola pública, iniciei os estudos na pré-escola no ano de 2000, terminei o ensino médio no ano 2011. Desde pequena o desejo de ser enfermeira existiu.

Durante os três anos do ensino médio, realizei uma prova correspondente ao Programa de Avaliação Continuada (PAC) destinado a garantir o ingresso na graduação da Universidade Estadual do Centro Oeste do Paraná (Unicentro) e ingressei no curso de Enfermagem, portanto não foi necessária a prova do concurso vestibular. Iniciei minha graduação em 2012 e finalizei em 2016. Foi um caminho árduo de turno integral, mas com muitos aprendizados que fizeram total diferença na minha carreira. Os mestres foram brilhantes e me ensinaram a essência de ser enfermeira.

No decorrer da graduação, tive minhas dúvidas quanto à escolha correta da profissão. Durante o mesmo período, fiz outro curso de graduação no período noturno de Tecnologia em Estética e Imagem Pessoal, com início em 2014 e término em 2016. Fiz alguns cursos de aperfeiçoamento na área, porém, com o tempo, descobri que era realmente a enfermagem que queria exercer e deixei a estética de lado.

Logo após a formação, comecei a trabalhar na área hospitalar em obstetrícia e permaneci por três anos, me especializei na área durante o período. O Mestrado Acadêmico sempre foi um objetivo e no ano de 2020 ingressei na Universidade Federal do Paraná (UFPR). Minha experiência profissional continua, pois, com a mudança para Curitiba-PR, me permiti novos desafios e comecei a trabalhar na área de Uti Pediátrica.

Ingressei na linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”, com a orientadora Prof.^a Dra. Marilene Loewen Wall, com coorientação da Prof.^a Dra. Deisi Cristine Forlin Benedet, já com um projeto de pesquisa em andamento onde meu projeto nasceu. Ambas as profissionais são excepcionais e me proporcionaram orientações maravilhosas que me fizeram enxergar a pesquisa com outro olhar.

Destaco que o Mestrado Acadêmico foi uma das melhores escolhas que fiz, e apesar dos desafios impostos pela pandemia da Covid-19, os aprendizados foram essenciais para minha trajetória e reforçaram a paixão pela vida acadêmica.

1 INTRODUÇÃO

As ações voltadas para a qualificação da atenção à saúde da mulher em todas as suas fases passaram por inúmeras mudanças nas últimas décadas. Em 1983, o Ministério da Saúde (MS) passou por um marco histórico com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Paism), que contemplava uma diferenciada e nova abordagem de atenção à saúde das mulheres (BRASIL, 1984).

Até então a assistência era voltada somente para o ciclo gravídico puerperal, mas com o surgimento do Programa, o foco foi direcionado para outras necessidades como educação em saúde, ações voltadas para o âmbito clínico-ginecológico, controle do câncer uterino, infecções sexualmente transmissíveis (IST), planejamento reprodutivo e qualificação da atenção ao pré-natal (BRASIL, 1984; OSIS, 1998; ARAÚJO *et al.*, 2017).

Destaca-se que a implantação do Paism visava a uma atenção voltada para os princípios de universalidade e integralidade. Uma vez que para que isso ocorresse na prática, a mulher deveria ser vista como um ser integral, levando em conta seus aspectos psicossociais, não somente como “mamas-útero-trompas”. Este período foi um marco histórico na concepção da saúde reprodutiva das mulheres. Apesar das estratégias do programa, muitas fragilidades e dificuldades na implantação persistiram ao longo dos anos (BRASIL, 1984; OSIS, 1998; LEMOS, 2011).

Entre elas as taxas de mortalidade materna, que, apesar de muitos países, desde 1990, terem apresentado menores taxas, ainda são consideradas altas e inaceitáveis (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS), 2018a). No Brasil, em 2016 a taxa de mortalidade materna foi de 58,2 por 100 mil nascidos vivos e em 2020 em 67,2 por 100 mil nascidos vivos por causas obstétricas diretas e indiretas. Destaca-se que na região Sul foi um total de 91 mulheres, seis em Curitiba (BRASIL, 2020).

A partir do PAISM, várias portarias e leis foram ganhando maior visibilidade, como a Portaria n. 569, de 1º de junho de 2000, que visou a instituir o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e teve como objetivo principal o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência de gestantes e recém-nascidos e ampliação do

acesso a estas ações, promovendo reorganização, regulação e qualidade da assistência obstétrica e neonatal (BRASIL, 2000).

Concomitantemente à crescente necessidade de melhoria da qualidade da atenção ao pré-natal, nascimento e assistência à criança, foi lançada a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que visa a assegurar à mulher, o direito de planejamento reprodutivo, atenção humanizada na gestação, parto e puerpério, bem como assistência segura à criança, incluindo nascimento, crescimento e desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Um pré-natal de qualidade inclui detecção e intervenção precoce sobre as situações de risco, integração adequada dos vários pontos da rede de atenção à gestante, qualificação da assistência ao parto e nascimento, que são fatores cruciais para melhoria dos indicadores de saúde da mãe e criança, diminuindo as causas de mortalidade materna e infantil. O objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação com um nascimento saudável, sem impacto para a saúde materna, levando em consideração aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2013). Contexto em que a participação do enfermeiro se torna imperativa, tendo em vista as atribuições classificadas a ele pelo MS, tais como vinculação da gestante ao pré-natal, realização das consultas de pré-natal intercaladas com o profissional médico, solicitação de exames complementares de acordo com protocolo local, realização de testes rápidos, prescrição de medicamentos padronizados no pré-natal, orientação da vacinação da gestante, educação em saúde individual e grupal, escuta ativa e qualificada, identificação de sinais de alerta na gestação e visita domiciliar (BRASIL, 2013).

Apesar de ser a qualificação do pré-natal foco de interesse em muitas estratégias de melhoria da atenção à saúde, na prática assistencial, são observadas fragilidades com enfoque em atividades protocolares e técnicas da consulta de pré-natal (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017). Tais atividades são essenciais, porém devem ser levados em consideração outros aspectos, como atividades educativas grupais e individuais, escuta ativa e qualificada, ações de promoção e prevenção (BRASIL, 2013). Estudos trazem discussões acerca do assunto nos últimos anos, conforme apresentado adiante.

Rodrigues *et al.* (2016) trazem em seu estudo, realizado sob a ótica das gestantes, destaque nas consultas em razão da realização de procedimentos de rotina e orientações prescritivas. não tendo havido o desenvolvimento de atividades

de discussão das orientações com as gestantes para identificar seu entendimento e suas necessidades pessoais.

Contudo no estudo de Silva *et al.* (2019), as fragilidades que se sobressaem foram relacionadas a recursos humanos, infraestrutura, materiais essenciais, medicamentos, tempo prolongado de espera para consultas e fragilidade no acesso a exames. As potencialidades foram voltadas principalmente à consulta de enfermagem, acolhimento, acesso e educação em saúde.

Assunção *et al.* (2019) discorrem em seu estudo sobre as várias percepções da gestante, como acolhimento, vínculo, apoio, segurança e empatia. Entretanto, destaca-se que não havia conhecimento por parte das gestantes em relação ao papel da enfermeira na realização do pré-natal e sua competência para tal atividade.

É importante o conhecimento das vivências e expectativas no pré-natal pela ótica da gestante, a fim de identificar fatores que sirvam de subsídio para melhoria da assistência (LIVRAMENTO *et al.*, 2019). Neste sentido, podemos entender o que vivem e esperam as gestantes para qualificar esta atenção.

Levando em conta a competência da enfermeira para a qualificação do pré-natal, destacam-se Benedet *et al.* (2019), que, em seu estudo, apontam potencialidades do pré-natal com competência realizado pela enfermeira, pautado no vínculo, acolhimento e educação em saúde. Alguns entraves são elencados, como fragilidades no conhecimento e habilidades permeados por dificuldades no processo de trabalho.

Neste sentido, o desenvolvimento de competência estende-se ao agir além do conhecimento já obtido, utilizando a capacidade de agir de forma eficaz em cada experiência que surge, mobilizando os conhecimentos já adquiridos (PERRENOUD, 1999).

No que tange à competência de enfermeiras obstetras, a *International Confederation of Midwives* (ICM) (2019) traz a competência que deverá ser desenvolvida pela enfermeira obstetra, em que se destaca a competência relacionada aos cuidados no pré-natal, por meio do acompanhamento do progresso da gestação e promoção à saúde.

Desta forma, os estudos voltados para o desenvolvimento de competência na enfermeira são de grande valia, ao destacar a prática da enfermagem no pré-natal, uma vez que tem autonomia e respaldo legal para a realização de tal atividade. Bem como que esta suscite a realização de uma assistência de qualidade,

com foco em suprir as expectativas da gestante e a promoção de um atendimento integral, que propicie satisfação do cuidado. De acordo com a problemática exposta, esta pesquisa se justifica pela necessidade de qualificação da atenção recebida durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS). O conhecimento relacionado às vivências e expectativas da gestante promove subsídio para estruturar o cuidado de enfermagem e desenvolver competência da enfermeira no cuidado durante o pré-natal.

Portanto, surge a seguinte pergunta de pesquisa: Como são as vivências e expectativas da gestante durante o pré-natal na Atenção Primária à Saúde?

2 OBJETIVO

Descrever as vivências e expectativas da gestante em relação ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde.

Apreender a competência da enfermeira no cuidado pré-natal sob a ótica da gestante.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo são discutidas, de forma abrangente, as publicações, protocolos e legislações acerca da temática da pesquisa. Primeiramente foram contextualizados alguns marcos históricos da trajetória de qualificação do cuidado à mulher, com enfoque no pré-natal. A rede de atenção à gestante, com foco na APS, retratado o cenário literário referente às vivências e expectativas da gestante em relação ao pré-natal, aspectos relacionados à pandemia pela Covid-19 e, em seguida, discute-se o conceito de competência da enfermeira como subsídio para a qualificação do cuidado no pré-natal.

3.1 O CUIDADO PRÉ-NATAL: POLÍTICAS PÚBLICAS E REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE

Diversas lutas desde o século XVII até os tempos atuais marcaram a evolução do papel feminino pela busca de igualdade de direitos na sociedade. O principal papel associado à figura feminina na época era o de um ser inferior ao homem, restrita ao casamento, a afazeres domésticos e à educação dos filhos. A mulher foi evoluindo e se empoderando de forma efetiva, com participação ativa no mercado de trabalho, na liderança política e social e no âmbito da educação (LOBO, 2019).

Durante as décadas de 30, 50 e 70, os programas de atenção à saúde da mulher e da criança restringiam-se à sua especificidade biológica e ao papel social de mãe e cuidadora de casa. As ações de saúde eram fragmentadas com enfoque nos principais grupos de risco, as gestantes e crianças (BRASIL, 2004). Outros aspectos ligados ao cuidado da saúde da mulher não eram levados em consideração (BRASIL, 1984).

Nas maternidades, graves problemas caracterizavam o cenário obstétrico, profissionais com pouca qualificação para atender as demandas das parturientes, orientações deficientes e práticas obstétricas inadequadas compunham o quadro de atendimento. Por volta de 1970, percebeu-se queda nas taxas de fecundidade pela utilização de métodos anticoncepcionais, porém as ações de promoção à saúde eram limitadas e houve fragilidades no emprego (BRASIL, 1984).

A situação de mortalidade materna declinou a partir da década de 80, quando sofreu uma discreta elevação pelo aumento da razão da mortalidade materna por causas obstétricas indiretas. Em seguida, foi ocorrendo um declínio gradativo associado a melhorias da qualidade da assistência (BRASIL, 2009).

A mortalidade materna é uma das violações mais graves dos direitos humanos das mulheres, sendo 92% dos casos preveníveis. Neste sentido, a instituição da Portaria 653 em 2003 tornou o óbito materno, evento de notificação compulsória para investigação de fatores determinantes e causas, sendo obrigatória a investigação pelos municípios (BRASIL, 2009).

A morte materna é caracterizada como aquela que ocorre durante a gestação ou até 42 dias após o término, independentemente da duração ou da localização da gestação, por qualquer causa associada ou agravada (BRASIL, 2021). Grande parte ocorre por complicações durante ou depois da gestação e parto, predominando aquelas que se desenvolveram durante a gestação, podendo essas complicações ser tratadas e prevenidas. Contexto em que todos os dias morrem pelo menos 830 mulheres no mundo por causas evitáveis (OPAS, 2018a).

Em relação à atenção despendida no pré-natal, ela tinha baixa cobertura e qualidade de atendimento, compondo um grave problema de saúde pública. A assistência ao parto também era um ponto crítico, com perambulação das gestantes no sistema de saúde em busca de atendimento, cuidado precário, medicalização do parto e aumento das taxas de cesarianas (BRASIL, 1984).

Tendo em vista as necessidades de melhoria da qualidade da assistência prestada à mulher, em 1983 deu-se início à implantação da Paism, que surgiu com o intuito de direcionar as ações de saúde para atendimento de todas as necessidades da mulher sob os princípios de integralidade e equidade. As ações propostas eram voltadas para as necessidades de saúde no sentido de que todo contato da mulher com serviços de saúde viesse a promover, proteger e recuperar sua saúde (BRASIL, 1984).

O processo de consolidação do SUS tem influência direta sobre o processo de implantação da Paism, por meio da Constituição de 1988, Lei 8080 (1990), que dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes (BRASIL, 1990).

Neste sentido, destacamos as principais diretrizes e objetivos lançados pelo Paism, voltados para a integralidade da atenção à saúde das mulheres, incluindo

ações educativas, controle de patologias prevalentes, aumento da cobertura do pré-natal, melhoria da qualidade da atenção durante o parto e nascimento, aumento do índice de aleitamento materno, ações de planejamento familiar e controle de abortamento (BRASIL, 1984).

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS) lançou um guia prático sobre as práticas durante o atendimento ao parto (OMS, 1996). A partir da década de 90, foi dado início a um movimento em prol da humanização do parto, incentivado pelo MS. Várias organizações não governamentais estiveram envolvidas como a Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras (Abenfo), “Amigas do Parto”, entre outras (ABENFO, 2020; AMIGAS DO PARTO, 2020). Vale citar que em 1993 foi criada a Rede pela Humanização do Parto e Nascimento (Rehuna), uma organização não governamental de associados em prol do apoio à humanização do parto (REHUNA, 2020).

Em 1999, o Conselho Federal de Enfermagem (Cofen), pela Resolução 223/1999, define que o enfermeiro tem competência para realização de parto normal sem distocia e prestação da assistência necessária, detendo ou não o título de especialização (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 1999).

No ano de 2000, foi instituído o PHPN, pela Portaria 569, que visou a assegurar atendimento de qualidade a toda gestante durante gestação, parto e puerpério, acesso à maternidade em que ocorrerá o nascimento, direito a parto, assistência neonatal e puerpério humanizado e seguro (BRASIL, 2000).

Um marco na atenção dentro do âmbito do SUS foi a instituição da Política Nacional de Humanização - Humaniza SUS em 2003, pela necessidade crescente de um atendimento mais humanizado, que visou a tornar o eixo articulador de todas as práticas em saúde levando em conta as subjetividades, história e contexto social de cada indivíduo (BRASIL, 2003a).

No mesmo ano foi criada a Área Técnica de Saúde da Mulher, com síntese das diretrizes para o Paism de 2004 até 2007. Entre as ações, citam-se aquelas voltadas para atenção às mulheres da área rural, presidiárias, negras, indígenas e deficientes, o monitoramento do quadro de mortalidade materna e dos pactos de redução de taxa de cesárea e da implementação da PHPN, ofertando apoio técnico e logístico aos municípios (BRASIL, 2003b).

Alguns anos depois, o PAISM foi reformulado, sendo chamado de Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism), acrescentando

discussões voltadas para questões de gênero, direitos reprodutivos e sexuais, violência contra a mulher, cuidado da mulher em situação de HIV/Aids e doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004).

A Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011, foi um marco, que instituiu no SUS a Rede Cegonha. Esta rede tinha por objetivo implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança pela atenção no parto, nascimento, crescimento e desenvolvimento da criança, organizar a Rede de Atenção Materno-Infantil e reduzir a mortalidade materna e infantil, com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011).

Em 2007, a OMS deu início à implantação de uma estratégia de controle de indicadores da qualidade da assistência prestada a mulheres que passaram por processo de “quase morte”, chamado *Near Miss* (OMS, 2011). No Paraná, o formulário de notificação do *Near Miss* materno é preenchido e discutido de maneira global, em cada hospital em que ocorreu o óbito (PARANÁ, 2020).

Em 2016, o Cofen normatizou a atuação do enfermeiro obstetra/obstetrix por meio da Portaria 516/2016 para atuação especializada no âmbito da atenção aos cuidados durante pré-natal, parto e nascimento (COFEN, 2016).

A enfermeira desempenha papel fundamental no processo de prevenção de morbidade e mortalidade materna, atuando com autonomia no acompanhamento de um pré-natal de qualidade e identificação de possíveis complicações (BARRETO *et al.*, 2018). Neste âmbito, é essencial a prevenção da gestação não planejada e precoce por meio do planejamento reprodutivo (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2019; SCARTON *et al.*, 2020). Assim como cuidados antes, durante e após o nascimento podem salvar muitas vidas (OPAS, 2018a).

Neste sentido, um dos objetivos do Desenvolvimento Sustentável e a Estratégia Global para a saúde, meta 03, das mulheres, crianças e adolescentes, é reduzir a mortalidade materna para menos de 70 por 100 mil nascidos vivos, garantindo que nenhum país tenha uma taxa de mortalidade materna que supere o dobro da média mundial (OPAS, 2018a; UNITED NATIONS, 2020).

Alguns objetivos da OMS e parceiros, relacionados à prevenção de mortalidade materna são: resolver desigualdades no acesso e cobertura universal de atendimento à saúde reprodutiva, materna e neonatal; abordagem das causas de mortalidade materna, morbidade e deficiências relacionadas; fortalecer os sistemas de saúde com coleta de dados de qualidade das necessidades da população

feminina; e garantir prestação de contas para melhorar a qualidade do atendimento e equidade (WHO, 2019).

Outra estratégia de combate da mortalidade materna é a Zero Morte Materna por Hemorragia, estratégia lançada em 2018 pela OPAS, OMS e MS, tendo como objetivo lançar proposta de infraestrutura e recursos para treinamento e prática na área, por meio de recomendações de inserção de traje antichoque não pneumático (TAN), dispositivo temporário para contenção de hemorragia (OPAS, 2018b).

Em 2017, o MS lançou o Programa Novas Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, elaborado com o intuito de qualificar o modo de nascer no Brasil com segurança e humanização (BRASIL, 2017). Em 2018, a OMS lançou um documento de recomendações de prática de atenção ao parto, direcionado aos gestores que fazem a formulação de programas e políticas locais (WHO, 2018).

O desenvolvimento de protocolos e manuais de atenção à saúde como os Cadernos de Atenção Básica (CAB) possibilitaram melhorias e um delineamento mais qualificado das ações de atenção básica em todos os âmbitos. O CAB, que aborda a saúde das mulheres, trouxe maior ênfase em ginecologia, planejamento reprodutivo, prevenção do câncer de mama e de colo uterino e cuidados no climatério (BRASIL, 2016).

Os programas de atenção ao pré-natal ampliaram ao longo dos anos a cobertura, o número mínimo de consultas, de exames, entre outros aspectos. Porém ainda apresenta fragilidades na qualidade de tais consultas, uma vez que a qualidade tem grande relevância. Contexto em que a enfermeira é atualmente o profissional com capacitação para desenvolver um pré-natal de qualidade e eficácia (ARAÚJO *et al.*, 2017).

As altas taxas de mortalidade materna evidenciam que, apesar da ampliação da cobertura do pré-natal, a qualidade permanece comprometida. A Rede Cegonha foi instituída com o intuito de qualificar as redes de atenção da saúde materno-infantil no sentido de minimizar as taxas de mortalidade materna (BRASIL, 2011), mas na prática muitas fragilidades acabam repercutindo na qualidade do processo.

De acordo com a WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) (2019), as altas taxas de mortalidade materna refletem a desigualdade de acesso aos serviços de saúde, característica relacionada principalmente aos países em desenvolvimento. Alguns fatores interferem na busca por cuidados de saúde, como a pobreza,

distância, falta de informação, serviços inadequados e práticas culturais (OPAS, 2018).

Em relação às causas de mortalidade materna, elas podem estar diretamente relacionadas à gestação, sendo chamadas de causas diretas ou indiretas, relacionadas a doenças preexistentes, agravadas pela gestação (SCARTON *et al.*, 2020). Em relação às diretas, elas podem aparecer durante a gestação, parto ou pós-parto. As principais são as hemorragias, síndromes hipertensivas gestacionais e sepse (WHO, 2019; OPAS, 2018a). Em relação às causas indiretas, elas são relacionadas principalmente ao sistema cardiológico ou respiratório (BRASIL, 2013).

A melhoria das taxas de mortalidade materna é um grande desafio, uma vez que as subnotificações deverão ser superadas para a identificação dos reais fatores que levaram a óbito tais mulheres e a serem reconhecidos pelos serviços. A partir de tais esforços, é possível melhorar a assistência e atingir níveis aceitáveis da meta de redução de mortalidade (OMS, 2015; SCARTON *et al.*, 2020).

A Rede Cegonha está organizada de forma a possibilitar o provimento contínuo de ações de atenção à saúde materna e infantil de determinado território, mediante articulação de distintos pontos de atenção à saúde, do sistema de apoio, logística e governança (BRASIL, 2011).

Para cada região, é desenhado um fluxo de atenção obstétrica e neonatal para atendimento de todas as necessidades da gestante, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência. Um dos meios de organizar o fluxo de atendimento é pela classificação de risco gestacional, essencial para nortear o cuidado dentro da rede de forma efetiva, a ser realizado em toda consulta do pré-natal, classificando-a em habitual, intermediária e de alto risco (BRASIL, 2013).

A Rede Cegonha preconiza um número mínimo de seis consultas, no Paraná, um mínimo de sete consultas, mensal até 28 semanas, quinzenal de 28-36 semanas e semanal no termo. Destaca-se que a partir de 41 semanas deverá ser feita uma avaliação do bem-estar fetal com índice do líquido amniótico. Quando necessário, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco ou emergência obstétrica (BRASIL, 2013).

No Paraná, a Rede Mãe Paranaense está organizada em um conjunto de ações voltadas para a qualificação da atenção de saúde materna e infantil e destaca a atenção nos três níveis: atenção primária, secundária e terciária (PARANÁ, 2018).

Na atenção primária, a Unidade Básica de Saúde (UBS) é a principal porta de entrada e centro do cuidado ordenando os outros níveis, e sua principal atribuição é a captação precoce da gestante, acompanhamento do pré-natal e estratificação de risco das gestantes e crianças, com encaminhamento para atenção ambulatorial em situação de risco, assim como a vinculação da gestante ao local de nascimento e encaminhamento para Equipe de Saúde Bucal (PARANÁ, 2018).

A atenção secundária conta com a atenção ambulatorial, que tem por competência atender gestantes e crianças de Alto Risco ou Intermediário por uma equipe multiprofissional. A atenção terciária engloba o atendimento hospitalar no parto e nascimento (PARANÁ, 2018).

A Rede Cegonha é organizada segundo quatro componentes: o primeiro componente é o pré-natal, o segundo é o parto e nascimento, terceiro é o puerpério e atenção integral à saúde da criança e o quarto componente é o sistema logístico de transporte sanitário e regulação (BRASIL, 2011). Será dada ênfase ao pré-natal de acordo com o foco da pesquisa.

Neste sentido, a OMS (2016) traz que os cuidados pré-natais constituem um meio importante para organização dos cuidados em saúde, promoção de saúde, rastreio, diagnóstico e prevenção de doenças. Por meio destes cuidados, é possível estabelecer uma comunicação efetiva com as gestantes sobre suas diversas dimensões - fisiológicas, biomédicas, comportamentais, sociais e culturais. As experiências positivas das mulheres durante este período podem constituir uma base para uma maternidade saudável.

O objetivo da assistência pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, parto com recém-nascido saudável e sem impacto para a saúde materna, com uma abordagem concomitante aos aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas, sendo este objetivo de competência tanto do médico quanto da enfermeira (BRASIL, 2013).

De acordo com a Resolução do Cofen 524/2016, compete à enfermeira, enfermeiro obstetra ou obstetrix, atuando em serviços de obstetrícia, Centro de Parto Normal/Casa de Parto ou outro, acolher a mulher e seu familiar/acompanhante, avaliar as condições de saúde da gestante e do feto e realizar consulta de enfermagem no pré-natal, parto e puerpério (COFEN, 2016).

O pré-natal deve ser voltado para a humanização do cuidado, tendo como pilares a formação de vínculo entre gestante-profissional e prevenção de agravos

(SILVA *et al.*, 2018). O papel da enfermeira é de grande relevância para um pré-natal de qualidade, pois através de suas ações, é desenvolvido um cuidado integral, não somente voltado para o modelo biomédico (NOGUEIRA; OLIVEIRA, 2017).

A UBS é a principal porta de entrada da gestante no sistema de saúde por permitir à mulher ser acolhida em suas necessidades, proporcionando um cuidado longitudinal, integral e continuado. Cada UBS deve conhecer sua população, entre elas a feminina, para proporcionar atividades de planejamento reprodutivo e formação de vínculo para detecção precoce da gestação, para iniciar o acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2013). É por meio da atenção primária que ocorrem a integração das ações e a continuidade do cuidado coordenado pela UBS (CURITIBA, 2020).

Neste sentido, como determina o MS (2013), um pré-natal de qualidade depende da garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos, necessários à garantia de acesso a exames preconizados, escuta ativa e qualificada em todos os seus aspectos, atividades educativas grupais, auxílio de transporte público para o pré-natal quando necessário, pré-natal do parceiro, acesso a uma unidade de referência especializada, orientações referentes à via de parto e a direitos garantidos por lei e acesso a visita à maternidade vinculada para o parto.

As recomendações mundiais de cuidados pré-natais definidas pela OMS (2016) englobam cinco classes de intervenções, sendo elas, nutricionais, avaliação materna e fetal, medidas preventivas, intervenções para sintomas fisiológicos comuns durante a gestação e intervenções relacionadas aos sistemas de saúde.

Uma das principais estratégias para uma gestação saudável e segura consiste na avaliação pré-concepcional e tem como objetivo identificar fatores de risco ou doenças do casal, que possam afetar a gestação. Desta forma, deverão ser feitos anamnese, exame físico completo, exame ginecológico e exames laboratoriais. As principais condutas são direcionadas à melhoria dos hábitos de vida, inserção do ácido fólico e acompanhamento de registro menstrual (BRASIL, 2013).

O acolhimento é uma ferramenta do cuidado essencial durante a gestação, caracterizada como uma postura ética e solidária, enquadrado dentro da Política da Humanização, como uma das práticas de ações em saúde mais importantes. Dentro do contexto do pré-natal, ele ocorre pela escuta ativa da gestante e acompanhante, levando em conta o contexto de vida de cada um e suas particularidades. Permite

conhecer a mulher profundamente, criar vínculo e proporcionar maior qualidade do cuidado (BRASIL, 2013).

Silva *et al.* (2018) destacam a importância do acolhimento como fator qualificador do pré-natal e a formação de vínculo do profissional com a gestante que favorecem uma adesão maior aos cuidados. Alves *et al.* (2015) trazem que o enfermeiro, na condição de peça-chave do pré-natal, reconhece a importância do conhecimento da história de vida e cultura de cada gestante, pois suas experiências têm relação direta com os acontecimentos atuais.

No pré-natal, a gestante deve ser informada sobre os benefícios do parto normal, aleitamento materno, hábitos de vida saudáveis, identificação de sinais de alerta e de parto, cuidados com o recém-nascido, importância da realização do pré-natal, consulta do puerpério e planejamento familiar, direitos gestacionais, riscos relacionados ao uso de álcool, tabaco e drogas (BRASIL, 2013).

Conforme o protocolo do Estado do Paraná (2018) e do Programa Mãe Curitibana Vale a Vida (CURITIBA, 2020) é essencial a participação do parceiro ou acompanhante de escolha da gestante nas atividades de educação em saúde, em que uma das estratégias utilizadas são as oficinas, com divisão de temas de acordo com os trimestres gestacionais.

Dentro da rotina das consultas, deverão ser feitos anamnese, exame físico, exames complementares, cumprimento do calendário vacinal de imunização contra Hepatite B e tétano, oferta de medicamentos como sulfato ferroso para tratamento e prevenção de anemia e ácido fólico, diagnóstico e prevenção de câncer de colo de útero e mama, avaliação do estado nutricional e acompanhamento. Deverá ser dada atenção especial às adolescentes e mulheres em situação de violência doméstica (BRASIL, 2013).

É essencial que as atividades de acompanhamento do pré-natal sejam documentadas no prontuário e na Carteira da Gestante, considerado o principal documento da gestante que deverá ser orientada a sempre portá-lo. Além da descrição de todos os cuidados realizados, exames e vacinas, também constam as marcações de consultas, encaminhamentos e vinculação a outros serviços por meio de referência e contrarreferência (PARANÁ, 2018).

O Cartão da Gestante, nomenclatura adotada pelo MS¹, é o meio de registro que facilita a ida e a volta da gestante para a UBS, controle de qualificação do sistema e gestão de informação, estratégias educativas voltadas para educação sexual e reprodutiva, prevenção e tratamento de DST/HIV/Aids e Hepatites e apoio para deslocamento da gestante para realização do pré-natal e para o local onde será feito o parto (BRASIL, 2011).

Além da Carteira da Gestante, a equipe da APS deverá fazer o cadastro da gestante e alimentação no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SisPreNatal) no decorrer do pré-natal até o nascimento (PARANÁ, 2018). Destaca-se também a vinculação da UBS aos hospitais, maternidades, casas de parto de referência e serviços diagnósticos, conforme definição do gestor local (BRASIL, 2013).

A visita domiciliar é um complemento essencial durante a gestação e pós-parto para fornecer todas as orientações necessárias, acompanhamento e avaliação das necessidades de saúde, bem como fazer a busca ativa de gestantes faltosas ao pré-natal (BRASIL, 2013).

As políticas públicas desempenham papel essencial no processo de desenvolvimento de estratégias que venham a melhorar a qualidade da assistência prestada, logo, as pesquisas neste âmbito têm grande relevância. A qualidade do pré-natal tem relação direta com a morbidade e mortalidade materna. O desenvolvimento de competência da enfermeira para que ela desenvolva um pré-natal de qualidade tem impacto direto neste contexto.

3.2 CENÁRIO LITERÁRIO DAS VIVÊNCIAS DA GESTANTE DURANTE O PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

De acordo com o objetivo proposto pela pesquisa, foi feito um levantamento da literatura referente ao olhar da gestante em relação ao cuidado recebido na APS e aos aspectos vivenciados pela pandemia do Covid-19. De acordo com Oliveira e Mandú (2015), as percepções de saúde das gestantes são geradas de forma diferente da referência profissional, uma vez que surge de acordo com o meio

¹ Nesta pesquisa, a nomenclatura foi padronizada para Carteira da Gestante, conforme nomenclatura utilizada pela Rede Mãe Paranaense no Paraná (2018).

simbólico em que vivem e geram suas interpretações, não concordando muitas vezes com a equipe de saúde.

No âmbito da atenção ao pré-natal, estudos trazem que as gestantes reconhecem a importância do acompanhamento do pré-natal no processo gestacional por proporcionar segurança e um parto satisfatório, bem como objetiva identificar possíveis complicações que venham afetar o bem-estar materno e fetal (PEREIRA *et al.*, 2018; NASCIMENTO *et al.*, 2016).

De acordo com Livramento *et al.* (2019), pela ótica das gestantes, um pré-natal de qualidade é aquele em que elas se sentem ouvidas e valorizadas, não sendo somente a realização de exames e procedimentos de rotina, mas empatia e entendimento de suas particularidades como gestante, não somente um útero gravídico.

Fatores socioeconômicos influenciam a maneira como as vivências e expectativas são geradas e percebidas. Como destacam Guáldron e Cárdenas (2019) e Cardoso *et al.* (2016), as gestantes avaliam seu pré-natal como satisfatório, porém a população avaliada se enquadra em situação socioeconômica baixa, que está diretamente relacionada com o grau de instrução. Resultados similares foram apresentados por Pereira *et al.* (2018), ao conduzirem um estudo com população ribeirinha, que é uma população que também tem suas particularidades e escolaridade baixa.

Algumas experiências obstétricas alteram a forma como as mulheres visualizam a assistência recebida, como em casos de desfechos negativos, a exemplo da situação de óbito fetal. Gaíva, Palmeira e Mufato (2017) trazem que, nesta situação, algumas mulheres definem o pré-natal como uma preparação para o parto, assim, atribuem que falhas neste processo levam a um desfecho ruim como causas de óbito fetal.

Em dezembro de 2019, uma nova pneumonia denominada de doença de coronavírus 2019 (Covid-19), causada pelo coronavírus 2 da síndrome respiratória aguda grave (SARS-CoV-2), surgiu em Wuhan, China, e desde então se espalhou para 25 países (LUO *et al.*, 2020).

Tal situação promoveu que a gestação fosse permeada por diversas mudanças, pela primordialidade de atenção em relação ao cuidado da gestante, bem como em manter todos os cuidados pré-natais e maior ênfase na gestante contaminada pelo Covid-19 (OLIVEIRA; LIMA; FARIAS, 2021).

Rossetto *et al.* (2021) pesquisaram as repercussões psicossociais atreladas à pandemia pela ótica das gestantes. Os aspectos negativos mais citados foram medo, angústia e restrição do convívio social. Em contrapartida, este momento crítico motivou as mulheres a um autocuidado, maior união familiar e mais tempo para preparo da chegada do bebê. Neste sentido, a pandemia trouxe à tona desafios para os profissionais de saúde, no sentido de suprir a atenção à saúde da gestante.

A enfermeira é peça fundamental para acolher e proporcionar segurança durante o atendimento nas consultas, acompanhar o pré-natal, orientar e esclarecer dúvidas. Conforme Campos *et al.* (2016) trazem, as gestantes referem que o acolhimento e a atenção recebidos pela enfermeira durante a consulta favorecem o processo de confiança paciente-profissional, pois, além do apoio e escuta ativa, a maioria compartilha do gênero feminino, o que favorece o sentimento de empatia e vínculo.

Alguns resultados mostram que gestantes com baixa adesão ao pré-natal, por não reconhecimento da necessidade de tal acompanhamento, tiveram maior adesão por consequência do trabalho realizado pela enfermeira. Logo, torna-se evidente a importância e a eficácia do processo de vínculo, estabelecido entre profissional e paciente (NASCIMENTO *et al.*, 2016).

Sendo o processo gestacional permeado por várias mudanças, físicas e psíquicas, o estabelecimento de vínculo entre enfermeira e gestante serve de subsídio para o entendimento de seus sentimentos em relação à gestação. A interação e o compartilhamento de emoções, pelo acolhimento e escuta ativa, bem como a demonstração de interesse e empatia por parte da enfermeira fornecem segurança e confiança para a gestante (HERNÁNDEZ-BETANCUR; VÁSQUEZ-TRUISI, 2015).

Vários estudos referem a satisfação da maioria das gestantes em relação às consultas com as enfermeiras em razão da atenção dispensada por elas (GOMES, *et al.*, 2019; ASSUNÇÃO *et al.*, 2019; LIVRAMENTO *et al.*, 2019; ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016; CARDOSO *et al.*, 2016; NASCIMENTO *et al.*, 2016; ORTIGARA; CARVALHO; PELLOSO, 2015; SANTOS *et al.*, 2015; HERNÁNDEZ-BETANCUR; VÁSQUEZ-TRUISI, 2015; OLIVEIRA; MANDÚ, 2015; MOREIRA; CARVALHO; RIBEIRO, 2016; PEREIRA *et al.*, 2018).

O acolhimento foi um dos pontos positivos mais citados na assistência recebida da enfermeira na consulta, contando como um fator qualificador (GAÍVA; PALMEIRA; MUFATO, 2017).

Neste sentido, Nascimento *et al.* (2016) referem que algumas entrevistadas atribuem a confiança no trabalho da enfermeira, em razão do acompanhamento do estado geral, resolutividade, agilidade em pedidos de exames, ecografia obstétrica, orientações, cuidados, escuta qualificada e proximidade. Gualdrón e Cárdenas (2019) referem que a criação do vínculo promove que a gestante expresse melhor seus sentimentos, tornando mais evidentes suas necessidades.

Alguns estudos trazem o desconhecimento de muitas gestantes em relação à competência da enfermeira para realização do pré-natal. Segundo Assunção *et al.* (2019), somente gestantes que receberam atendimentos passados conheciam tal competência, sendo que 60% das gestantes desconheciam. Nota-se que a percepção do pré-natal está centrada no modelo biomédico.

Logo, surge a insegurança em relação ao atendimento, porém com grande satisfação após passar pelas consultas (ASSUNÇÃO *et al.*, 2019). Livramento *et al.* (2019) e Afonso, Afonso e Jones (2015) trazem que foram citados como motivos de preferência pelo seu atendimento, maior atenção e esclarecimento de dúvidas. Outro estudo trouxe a presença de maior cuidado e frequência de realização do exame físico pela enfermeira, com maior satisfação do cuidado e de orientações recebidas (ANDRADE; CASTRO; SILVA, 2016).

Em relação à consulta de enfermagem no pré-natal, além do papel orientador, é citada a realização da anamnese voltada para as queixas, hábitos de vida, eliminações, alimentação, orientações sobre cuidados gerais e movimentação fetal (OLIVEIRA *et al.*, 2015). São feitos exame físico direcionado e solicitação de exames com registro na Carteira da Gestante (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; GOMES *et al.*, 2019; RODRIGUES *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Citam-se o agendamento de vacinas e a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso (RODRIGUES *et al.*, 2016).

É destaque o papel ativo da enfermeira na educação em saúde, abordando na consulta de enfermagem assuntos como cuidados gerais na gestação, alimentação, uso de substâncias tóxicas, álcool, drogas e prática de atividades físicas (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; MOREIRA; CARVALHO; RIBEIRO, 2016; GOMES *et al.*, 2019; ASSUNÇÃO *et al.*, 2019; PEREIRA *et al.*, 2018). São ainda

destacados os cuidados com prevenção de acidentes e a importância da adesão ao pré-natal (RODRIGUES *et al.*, 2016).

Moreira, Carvalho e Ribeiro (2016) explicam que o atendimento da enfermeira é centrado na escuta ativa e qualificada. Outro estudo de Oliveira *et al.* (2015) refere maior liberdade de expressão na consulta com a enfermeira. Pereira *et al.* (2018) também destacam a importância da contribuição da equipe multiprofissional, atribuída pelas gestantes no pré-natal além da enfermeira, como médico, nutricionista, odontologista e pediatra.

Gualdrón e Cárdenas (2019) e Santos *et al.* (2015) trazem fragilidades em relação ao nível de comunicação entre profissional e paciente, levando a uma falha na identificação das necessidades das gestantes e no cuidado humanizado.

Castro *et al.* (2020) comentam, em relação à qualidade das consultas, a falta de acolhimento e insatisfação, tempo reduzido na consulta, atendimentos técnicos a que as gestantes acabam comparecendo somente por obrigação e não se sentem à vontade para expor suas queixas e anseios. Porém, sentem satisfação ao receber a visita da enfermeira no domicílio e gostariam que a visita domiciliar suprisse tais necessidades para servir de apoio e suporte, para retirar suas dúvidas e expressar-se livremente sobre suas queixas com maior liberdade do que na consulta na UBS.

Oliveira *et al.* (2015) descrevem a insatisfação relacionada às consultas de enfermagem por serem superficiais e pouco produtivas, não levando em consideração todos os aspectos importantes, com ênfase somente nos exames de rotina, vacinas e exame físico direcionado. A condução da consulta varia conforme o contexto e o profissional, o que gera várias percepções da qualidade do atendimento.

Percebe-se falha na qualidade das orientações fornecidas, as gestantes sentem que suas dúvidas não são totalmente supridas e recebem orientações somente escritas e não verbais (LIVRAMENTO *et al.*, 2019; SANTOS *et al.*, 2015; RODRIGUES *et al.*, 2016; OLIVEIRA *et al.*, 2015). Ortigara, Carvalho e Peloso (2015), Oliveira *et al.* (2015) e Santos *et al.* (2015) também citam a necessidade de maior acolhimento e de escuta ativa, orientações e informações importantes.

Campos *et al.* (2016) e Oliveira *et al.* (2015) perceberam que algumas gestantes são orientadas somente em relação ao que questionam, incluindo que gestantes múltiplas não receberam orientações por terem passado obstétrico. Muitas vezes, as gestantes acabam peregrinando pelo sistema em busca de

atenção e orientação, desistindo da UBS e buscando a rede hospitalar (SANTOS *et al.*, 2015).

Gaíva, Palmeira e Mufato (2017) citam a necessidade de consultas mais abertas e menos procedimentais, para que as mulheres possam expressar suas dúvidas e necessidades. Destaca-se que este espaço é proporcionado principalmente pela enfermeira.

Além das orientações individuais, outro meio de cuidado importante e relevante são os grupos de gestantes, que têm função educativa. As gestantes costumam interagir, gostam deste momento e entendem sua importância (AFONSO; AFONSO; JONES, 2015; ROCHA; ANDRADE, 2017; LIVRAMENTO *et al.*, 2019). Conforme Zirr *et al.* (2016), os grupos de gestantes proporcionam autonomia e consciência sobre o momento certo de ir para a maternidade e estimulam o protagonismo do parto.

Livramento *et al.* (2019) trazem em seu estudo que, além de mais seguras e empoderadas, as gestantes que participaram dos grupos estão mais orientadas em relação ao parto, amamentação e cuidados com recém-nascido. Rocha e Andrade (2017) referem que estas atividades auxiliam a tirar dúvidas e melhoram estado físico e emocional da gestante.

Na pesquisa de Livramento *et al.* (2019), menos da metade das gestantes entrevistadas participaram de grupos de gestantes. Sobre algumas orientações extremamente importantes no processo gestacional, como parto e amamentação, somente aquelas que participaram de grupo de gestantes foram orientadas.

Neste sentido, Moreira, Carvalho e Ribeiro (2016) trazem que, apesar dos esforços voltados para a qualificação do pré-natal, a atenção ainda é voltada para o corpo biológico, com ações direcionadas para as mudanças gestacionais, processo de parto e puerpério. O cuidado integral não tem sido alcançado, assim como falhas na continuidade do cuidado após o nascimento, incluindo apoio e educação em saúde.

Têm sido percebidos a necessidade de qualificação e o aprofundamento teórico das enfermeiras que atuam no âmbito de atenção ao pré-natal (AFONSO; AFONSO; JONES, 2015). Quanto mais qualificados os profissionais envolvidos no processo de atenção ao pré-natal, melhor a qualidade do atendimento prestado.

Por meio da literatura, foram identificadas diversas percepções de vivências da gestante em relação à atenção despendida durante o pré-natal. A pandemia pela

Coronavirus disease 2019 (Covid-19) apresentou influência em tais aspectos, visto o impacto mundial. Os pontos elencados nos estudos são voltados principalmente para as fragilidades e as potencialidades do cuidado oferecido. O trabalho desenvolvido pela enfermeira neste âmbito apresentou destaque principalmente em relação ao acolhimento e à escuta ativa. Algumas fragilidades emergiram relacionadas à qualidade das consultas.

3.3 A COMPETÊNCIA DA ENFERMEIRA NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A construção de competência é inseparável da formação de esquemas de mobilização de conhecimentos já construídos para uma ação eficaz. Estes conhecimentos provêm de diversos recursos cognitivos em uma situação complexa, desenvolvem-se e se estabilizam durante a prática. Este processo acontece mediante experiências e ao longo do tempo na forma de um treinamento, se tornando mais eficaz mediante uma postura reflexiva (PERRENOUD, 1999; PERRENOUD, 2013).

Rovai (2013) traz que o desenvolvimento de competência surge para suprir o modelo da produção em massa, que levava em consideração principalmente o desenvolvimento técnico, no qual o profissional deveria suprir uma demanda de conhecimentos generalista. O desenvolvimento de competência permite que o indivíduo especialista se aprofunde e amplie seus conhecimentos.

Karnal e Trajano (2020) trazem que uma competência surge pela combinação de conhecimento, habilidade e atitude. O conhecimento está atrelado ao saber o que fazer, a atitude é o querer fazer e as habilidades são o saber como fazer.

De acordo com Treviso *et al.* (2017), o desenvolvimento de competência facilita o processo de trabalho. Na enfermagem, a competência é de ordem gerencial e processual. Ambas trabalhando de forma integrada, não dissociando a prática da gerência, servindo de subsídio para um trabalho de qualidade.

O ICM (2019) é um documento que descreve as competências essenciais da *International Confederation of Midwives* (2019) para a prática de obstetrícia, evidenciado por um conjunto mínimo de conhecimentos, habilidades e atitudes para a prática profissional. Tais competências, segundo o ICM (2019), referem-se a:

1. **Competências gerais:** referem-se às responsabilidades e à autonomia da especialista em obstetrícia como profissional de saúde, seus vínculos com as mulheres e outros profissionais, e às atividades de atenção relacionadas aos aspectos da prática obstétrica. Podem ser utilizadas em qualquer fase de atenção ao cuidado, enquanto as competências referentes às categorias 2, 3 e 4 são específicas e subconjuntos das gerais (ICM, 2019).
2. **Categoria 2:** pré-natal e planejamento reprodutivo: referem-se às competências de avaliação de saúde da mulher e feto, promoção da saúde e bem-estar, detecção de complicações durante a gestação e cuidado da mulher em situação de gravidez inesperada (ICM, 2019).
3. **Categoria 3:** Cuidado durante trabalho de parto e parto: consiste nas competências de avaliação e cuidado das mulheres durante o trabalho de parto a fim de facilitar processos fisiológicos e parto seguro, atenção imediata ao recém-nascido, detecção de complicações na mãe ou recém-nascido, estabilização de emergências e encaminhamento, se necessário (ICM, 2019).
4. **Categoria 4:** Cuidado contínuo de mulheres e recém-nascidos: As competências contidas nesta categoria referem-se à avaliação contínua da mãe e do recém-nascido, educação em saúde, apoio ao aleitamento materno, identificação de complicações, estabilização, encaminhamento de emergências e prestação de serviços de planejamento reprodutivo (ICM, 2019).

Em uma revisão integrativa de literatura, possibilidades foram elencadas para o desenvolvimento de competência da enfermeira, destacando-se a iniciativa pessoal pela busca de desenvolver e educação permanente ofertada pelas instituições e serviços com estratégias de monitoramento. Tais possibilidades devem partir das lacunas na competência da enfermeira. A reorganização dos serviços para que todos atuem com objetivo comum centrado nas necessidades do usuário e do serviço permite aprimoramento que favorece o desenvolvimento de competência (BENEDET *et al.*, 2019).

Mello *et al.* (2018) trazem que a educação permanente em saúde pode ser uma forte aliada no desenvolvimento de competência, articulada por uma postura teórico-reflexiva, voltada principalmente para cargos de gestão, que são facilitadores do processo. São necessários o resgate dos princípios de diálogo e a visão de práticas assistenciais e gerenciais, construindo ações horizontais e em rede.

Conforme Peres *et al.* (2017) trazem em seu estudo que discentes desenvolvem maior conhecimento do conteúdo, com menor desenvolvimento de habilidades e atitudes no campo de competência durante a graduação. Neste sentido, o desenvolvimento de competência deverá ser articulado por um método e planejamento adequados, alinhando teoria, prática, estágios e situações reais para poder ser desenvolvida a competência necessária para uma atuação profissional de qualidade.

Lima *et al.* (2017) estudaram a competência desenvolvida durante a pós-graduação em obstetrícia. Os resultados mostraram a formação de profissionais atualizados, crítico-reflexivos, com aprimoramento assistencial com potencial para melhorias, como humanização do nascimento, visão de cuidado integral, estímulo ao protagonismo feminino, práticas menos intervencionistas e respeito aos direitos sexuais. Destaca-se que a realização de estágios durante o curso permite articulação de teoria e prática, bem como o desenvolvimento de perfil gerencial e docente.

No entanto, neste mesmo estudo, algumas fragilidades emergiram, como a realização primeiro da teoria e a prática somente no final, questões organizativas de campo de estágio e não reconhecimento de parte dos docentes em relação ao grau de conhecimento especializado dos discentes (LIMA *et al.*, 2017). É imprescindível o desenvolvimento de competência no âmbito acadêmico para formar profissionais com um preparo para um mundo cada vez mais globalizado (CLARK *et al.*, 2016).

Na prática, o desenvolvimento de competência da enfermeira no pré-natal propicia maior empoderamento da classe de enfermagem, visto que apresenta impacto direto no modelo de atenção à saúde, refletindo na redução da morbimortalidade materna e infantil e na participação da mulher no processo gestacional (BENEDET *et al.*, 2021).

Neste sentido, percebe-se que o desenvolvimento de competência da enfermeira é um processo complexo que envolve diversos fatores a serem estudados e aprimorados continuamente. Esta pesquisa permite aprimorar o desenvolvimento de competência, com foco na realização de uma assistência de qualidade. Desta forma, pesquisar as vivências e expectativas da gestante sobre o pré-natal poderá servir de subsídio para discutir qual competência da enfermeira é relevante aprimorar no cuidado ao pré-natal.

4 METODOLOGIA

Na metodologia são descritas as etapas do processo de pesquisa para que os objetivos fossem alcançados.

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de pesquisa descritiva de abordagem qualitativa. Conforme Creswell (2021) a pesquisa qualitativa é uma forma de investigação interpretativa, em que o pesquisador interpreta o que enxerga, ouve e compreende. Baseia-se em dados de textos, possibilita empregar diversas concepções filosóficas, estratégias de investigação, métodos de coleta e tem passos singulares na análise e interpretação dos dados.

Neste sentido, a pesquisa qualitativa permite descrever a natureza, dimensões e saliência dos fenômenos. Primeiramente identificam-se o que, ou qual é o fenômeno estudado, as dimensões ou características e o que é importante a seu respeito, bem como a natureza plena, acontecimentos e o processo de evolução (POLIT; BECK, 2019).

Os estudos descritivos objetivam descrever, contar, esboçar e classificar os eventos. Destaca-se que, pela amplitude da prática de enfermagem, é possível descrever uma variedade de fenômenos no campo da pesquisa na área (POLIT; BECK, 2019).

4.2 LOCAL DE PESQUISA

A pesquisa foi desenvolvida em um município da região metropolitana de Curitiba/PR, junto às Unidades de Saúde da Família (USF). Optou-se pelo local uma vez que este projeto se enquadra como componente de uma pesquisa maior em andamento, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), voltada para o desenvolvimento de competência de enfermeiras na atenção à saúde da mulher, intitulada “O cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência”.

Ainda, outros projetos voltados para qualificação da assistência vêm ocorrendo concomitantemente no local, em consonância com o Programa de

Qualificação da Atenção Primária à Saúde (Apsus²), do governo do Estado do Paraná.

Atualmente o local de estudo é um dos municípios mais novos do Paraná e menor em extensão, sendo o mais próximo do centro da capital paranaense Curitiba/PR, contando com 15 bairros e mais de 120 mil habitantes. Tem a 12^o maior arrecadação do Paraná em razão de uma vasta e ampla área industrial, com aproximadamente 11 mil empresas, e apresenta incentivos voltados para a área. Na atenção à saúde, o município tem 11 USF, um Centro de Atenção Psicossocial, um Centro de Especialidades, uma Unidade de Pronto Atendimento 24 horas e uma Unidade de Saúde da Mulher e da Criança (PINHAIS, 2021).

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

As participantes da pesquisa foram gestantes que acompanharam o pré-natal nas USF do local de pesquisa escolhido. Foram incluídas na pesquisa gestantes maiores de 18 anos, em acompanhamento pré-natal com médico e/ou enfermeiro das USF, de qualquer risco gestacional, primíparas ou multíparas, que estivessem no 2^o ou 3^o trimestre gestacional. Foram excluídas da pesquisa gestantes no 1^o trimestre de gestação e que não tinham compreensão do idioma português.

Para a coleta de dados e execução do estudo, primeiramente foi feito contato com a gerente de Atenção Básica das USF para explicar a proposta da pesquisa e conhecer o funcionamento de agendamento das consultas de pré-natal no sentido de facilitar o processo de entrevistas.

Após a disponibilização de agendamentos de quatro USF pela gerência, optou-se por iniciar a coleta de dados em duas USF pelo maior número de gestantes cadastradas e pelas restrições em virtude da pandemia, que impossibilitaram a ampliação da coleta de dados para as demais Unidades. Os cuidados em virtude da pandemia foram seguidos conforme normas da Anvisa (2020).

² Incentivo financeiro de custeio de qualificação de atenção à saúde. Os municípios que se enquadram no programa devem ter população de até 250 mil habitantes e preencher diversos quesitos de qualificação de atenção na APS, entre esses: adesão à Rede Mãe Paranaense, classificação de risco para gestantes e crianças até um ano e vinculação ao hospital (PARANÁ, 2012).

Foi feito contato prévio com as enfermeiras responsáveis pelas duas USF para confirmar o agendamento de consultas de pré-natal de gestantes que se encaixavam nos critérios de inclusão e exclusão. Após término das consultas agendadas pela Unidade, as gestantes eram abordadas verbalmente, de forma aleatória, e explicada a proposta da pesquisa e como se daria a coleta de dados.

Após concordância e aceite verbal da gestante, era apresentado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE 1), respeitando os aspectos éticos voltados para pesquisa, para aceite e assinatura, a fim de dar sequência à coleta dos dados. Em seguida, a entrevistada era acomodada em um consultório disponível na USF, de maneira privativa, para a coleta dos dados.

As regras de distanciamento social e medidas de prevenção da Covid-19 foram respeitadas em todos os momentos, conforme determinado pela Anvisa (2020). Entretanto, destaca-se que, em decorrência das restrições relacionadas a evitar exposição excessiva e preservar a segurança de todos, houve impacto no tempo de coleta de dados, com a necessidade de redução, por causa da exposição direta de participantes e pesquisadora.

4.4 COLETA DE DADOS

Nas pesquisas qualitativas, a coleta de dados pode acontecer no ambiente em que os participantes vivem ou vivenciam o fenômeno estudado, com a finalidade de captar comportamentos e ações associadas ao próprio ambiente. O instrumento é elaborado, e os dados, coletados pelo próprio pesquisador (CRESWELL, 2021).

A coleta de dados se deu por meio de entrevista semiestruturada, para tanto foi elaborado um roteiro norteador (APÊNDICE 2) que possibilitou caracterizar as participantes, associado a perguntas abertas, que permitiram livre expressão sobre as vivências e expectativas durante o pré-natal na APS. Foram feitos dois testes piloto para verificação de necessidade de adequações no instrumento de coleta.

O período de coleta de dados foi de 19 de abril de 2021 a 12 de maio de 2021, período em que as entrevistas foram audiogravadas por meio de aplicativo de gravador de voz em dispositivo móvel e feitas em dias alternados, de acordo com a demanda de agendamento de consultas de pré-natal na rotina de funcionamento das USF.

Foram coletadas 27 entrevistas no total, nomeadas para preservar o anonimato das entrevistadas com a letra G (gestante), acrescentando juntamente algarismos arábicos conforme a ordem das entrevistas. As entrevistas tiveram duração entre seis e 26 minutos, totalizando 449 minutos de gravação, com média de 15 minutos por entrevista.

As entrevistas foram realizadas em número suficiente até que ocorresse saturação dos dados. Creswell (2021) destaca que as entrevistas qualitativas utilizam números menores, estando a ênfase na qualidade dos dados que geralmente suscitam concepções e opiniões dos participantes. Trentini, Paim e Silva (2014) descrevem que a saturação dos dados é alcançada quando existe uma apreensão completa e organizada dos dados.

4.5 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

Posteriormente deu-se início à análise dos dados conforme descrição dos passos sugeridos por Creswell (2021). Conforme conceitua, a análise dos dados consiste na extração do sentido dos dados do texto ou imagem. Envolve a preparação dos dados, compreensão, representação e realização de interpretação do seu significado de forma mais ampla. Neste sentido, foram seguidos alguns passos propostos pelo autor, que estão inter-relacionados e ocorrem de forma interativa, conforme descrito:

- **Passo 01:** Organização e preparação dos dados para análise por meio da transcrição das entrevistas, digitação das anotações e separação do conteúdo, de acordo com o tipo das informações;
- **Passo 02:** leitura de todos os resultados para obter uma percepção geral das coletas, nesta fase, foram feitas anotações pertinentes sobre os dados;
- **Passo 03:** Nesta fase foi conduzido o processo de codificação, que consiste na organização dos dados por blocos ou segmentos de texto. Os dados são segmentados em sentenças ou parágrafos e reunidos em forma de categoria, sendo rotulados com termos provenientes dos próprios dados coletados. Nesta fase é permitida utilização de programas de computador qualitativos para auxiliar a codificar, organizar e separar informações, para isto foi utilizado o processador *Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires (Iramuteq)*®.

- **Passo 04:** descrição dos dados e temas, do local de pesquisa e participantes, categorias ou temas de análise. Foi feita uma apresentação detalhada das informações coletadas. É o momento em que emergem os resultados principais, os temas e a separação de categorias.
- **Passo 05:** delimitação de como a descrição e os temas são representados na narrativa, podendo ser discussão, recursos audiovisuais, figuras ou tabelas. Nesta pesquisa, utilizou-se a discussão detalhada dos temas por meio de narrativas.

Após o seguimento dos passos citados, são feitas a interpretação e a extração do significado da essência dos dados. Este passo envolve o resumo dos resultados encontrados, sua comparação com a literatura, discussão de uma visão pessoal dos resultados e indicação de limitações presentes e possibilidades de pesquisas futuras (CRESWELL, 2021).

Para a validação dos dados, Creswell (2021) sugere que todos os procedimentos adotados durante a pesquisa sejam minuciosamente descritos para confirmar sua precisão e credibilidade. É importante que as transcrições não contenham erros, bem como o processo de codificação seja confiável.

Após as coletas, para a execução do primeiro passo proposto por Creswell (2021), as caracterizações e as entrevistas foram transcritas na íntegra manualmente no *software Word*®, após as transcrições obteve-se um total de 119 páginas de dados das entrevistas.

Durante o processo de transcrições, foram utilizadas notas reflexivas e descritivas no formato de comentários nas entrevistas para adicionar informações importantes relativas à pesquisa. De acordo com Creswell (2021), é pertinente fazer notas relacionadas a pensamentos, comportamentos, eventos ou reflexões para serem incluídas na análise. Posteriormente, para a execução do segundo passo, foi feita a leitura de todos os dados para aprofundamento do conteúdo e conferência.

O terceiro passo foi apoiado pelo uso do *software Iramuteq*® para a codificação dos textos. Este *software* permite vários tipos de análises sobre *corpus* textuais e sobre tabelas de indivíduos e palavras para organização do material em blocos ou segmentos do texto antes da atribuição do significado. É uma ferramenta disponível na internet de forma gratuita (CAMARGO; JUSTO, 2018).

O programa possibilita a sistematização dos dados com identificação e organização do vocabulário de modo a contribuir para a organização do conteúdo que será analisado pelo pesquisador. Está ancorado na estrutura do *software R* para

realização dos cálculos e linguagem *Python*. Foi criado por Pierre Ratinaud em 2009 na versão em francês, no Brasil começou a ser utilizado em 2013, atualmente está adaptado para diversas línguas para facilitar sua utilização (JUSTO; CAMARGO, 2014).

Destaca-se que tal ferramenta viabiliza diferentes tipos de análise de dados textuais, desde as mais simples, como a lexicografia básica e o cálculo de frequência de palavras, até as análises multivariadas, como Classificação Hierárquica Descendente (CDH) de segmentos de texto (STs), análise de correspondências e de similitude (CAMARGO; JUSTO, 2013; CAMARGO; JUSTO, 2018).

Para que o processamento dos dados seja efetivo, há necessidade da preparação antes da submissão. O conjunto das entrevistas é considerado um *corpus* textual, em que cada entrevista é denominada como um texto, os STs constituem um trecho de tamanho aproximado de três linhas, que é o ambiente das palavras. Destaca-se que a definição destas unidades é determinada pelo pesquisador de acordo com a natureza da pesquisa, pois nem sempre os dados são compostos de entrevistas, podendo ser matérias, artigos ou outros dados (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Os textos devem ser indicados por linhas de comando específicas dentro do *corpus*, e neste tipo de análise, é o próprio programa que divide o material em STs. A linha de comando permite a identificação do início de um texto, portanto, cada entrevista foi indicada com uma linha de comando, como no exemplo **** *G01, **** *G02 até **** *G27 (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Dentro das principais exigências para que o *Iramuteq*® processe os dados, além das linhas de comando, é necessário corrigir e revisar o arquivo em relação a erros de digitação, ortográficos, gramaticais, pontuação, uniformidade em relação às siglas, não fazer uso de diminutivos e deve ser suprimido o uso de alguns caracteres específicos. O texto todo deve estar incluso em um parágrafo e as perguntas e materiais verbais produzidos pelo pesquisador devem estar suprimidos para não entrarem na análise (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Para adequação das exigências de submissão, o *corpus* foi colocado em um dos programas de texto exigidos *Libre Office*® para processamento, foram suprimidos os materiais verbais produzidos pelo pesquisador, inseridas as linhas de comando e feitas as adaptações gramaticais, as palavras no formato diminutivo

foram alteradas para o formato ampliado e as expressões representativas de vícios de linguagem foram removidas para dar maior fluidez ao texto, como, por exemplo, “humm, ah, né, tipo, éh, meu Deus”.

Neste sentido, foi feita a padronização de algumas palavras e siglas descritas a seguir e que apareceram em diversos formatos coloquiais e sinônimos, porém apresentam mesmo significado, não alterando a autenticidade dos dados. Destaca-se que todos os termos padronizados estavam presentes em pelo menos um texto, não sendo inserido nenhum termo ausente no *corpus* das entrevistas:

- Para “ACS”, “Agente Comunitária de Saúde” e “Agente de saúde”, foi padronizado para a sigla acs;
- Para “UBS”, “Unidade Básica de Saúde”, “Posto de saúde”, “Postinho” e “Unidade de saúde” foi padronizado para a sigla ubs;
- Para “batimentos cardio-fetais”, “coraçãozinho do bebê”, “coração do bebê”, “coraçãozinho do nenê”, “coração do nenê”, “batimentos do nenê” e “batimentos do bebê”, foi padronizado para a sigla BCF;
- Para “obstetra”, “Médico da maternidade”, “ginecologista”, “gineco” e “gineco-obstetra”, foi padronizado para obstetra;
- Para “altura uterina”, “medir a barriga” e “medida da barriga” foi padronizado para: altura uterina;
- Para “teste da mãe”, “teste materno” e “teste da mãezinha”, foi padronizado teste da mãe;
- Para “amamentação” e “dar de mamar”, foi padronizado para amamentação;
- Para “bebê”, “nenê”, “nenên”, “nenezinho”, “bebezinho”, foi padronizado para bebê;
- Para “pressão arterial” e “pressão”, foi padronizado pressão arterial;
- Para “sulfato ferroso” e “ferro”, foi padronizado sulfato ferroso;
- Para “odontologista”, “dentista” e “odontólogo”, foi padronizado odontologista;
- Para “ecografia”, “ultrassom”, “eco” e “ultrassonografia”, foi padronizado ecografia;
- Para “ecografia morfológica”, “ultrassonografia morfológica” e “morfológica”, foi padronizado ecografia morfológica; e
- Para “parto”, “ganhar nenê” e “ganhar bebê”, foi padronizado parto;

Para representação da análise, foi utilizado o método da CHD – Método de Reinert. Esta análise visa a obter classes de STs que apresentam semelhança vocabular entre si e vocabulário diferente dos segmentos das outras classes. O *Iramuteq*® fornece a organização na forma de um dendrograma, que ilustra a relação entre as classes. A significação das classes depende do marco teórico da pesquisa, sendo analisado pelo próprio pesquisador (CAMARGO; JUSTO, 2018; LOUBÈRE; RATINAUD, 2014).

O dendrograma representa as partições ou iterações que foram executadas na classificação dos STs do *corpus*, e estas geram *sub-corpora* que correspondem às classes. Ainda, podem ser acessados, por meio desta mesma interface, o conteúdo lexical presente nos STs de cada uma das classes e a representação fatorial da CHD (CAMARGO; JUSTO, 2018).

Ao executar cálculos, o *Iramuteq*® nos fornece resultados que permitem descrever cada uma das classes, de acordo com o vocabulário presente nos STs característicos e suas variáveis. Na CHD, as matrizes cruzam STs e formas reduzidas em repetidos testes X^2 . Quanto mais alto o X^2 , maior o nível de associação da palavra com a classe, bem como o valor de p que indica o nível de significância da associação do ST contendo a palavra com a classe. Para análise dos dados, seguiu-se recomendação dos autores de considerar para a análise um $X^2 \geq 3,84$ e $p < 0,05$ e uma retenção mínima de 75% de aproveitamento do *corpus* (CAMARGO; JUSTO, 2018; CAMARGO; JUSTO, 2017).

Após as adequações e seguimento dos passos propostos por Camargo e Justo (2018) para preparação do *corpus* e instalações necessárias no computador, o *corpus* foi submetido ao *Iramuteq*®, o qual, através da CHD, gerou sete classes com aproveitamento de 95,22%. Foi considerado um desempenho satisfatório para a análise dos dados. Para cada classe, foi atribuída uma nomenclatura através da análise aprofundada do conteúdo com posterior discussão com base na literatura científica.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Este projeto de pesquisa faz parte de um projeto intitulado “O cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência”, com aprovação do CEP com Parecer de Aprovação 3.721.980, CAAE: 22534819.8.0000.0102. Os

aspectos éticos foram respeitados conforme a Resolução nº. 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as Diretrizes e Normas Éticas da Pesquisa que envolve Seres Humanos (BRASIL. Conselho Nacional de Saúde, 2013).

As participantes foram informadas dos objetivos, metodologia, vantagens e desvantagens desta pesquisa, sendo garantida a desistência em qualquer momento. Posteriormente foram convidadas a participar da pesquisa, com anuência em TCLE, conforme já descrito. Para garantia do sigilo e anonimato das participantes, seus nomes verdadeiros foram omitidos e substituídos por códigos de identificação.

5 RESULTADOS

Este capítulo apresenta a caracterização das participantes, a representação e a descrição dos dados gerados pela análise textual feita pelo *software Iramuteq®*. Primeiramente é apresentada a caracterização, na sequência, os resultados conforme as classes elencadas pela codificação dos vocábulos, as representações gráficas, assim como a relação delas entre si e, posteriormente, a discussão dos dados com base na literatura.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

A idade das 27 participantes variou entre 18 e 40 anos. Em relação à escolaridade, a maioria (15) tem nível de escolaridade médio completo, superior completo somente duas entrevistadas. Em relação à profissionalização, quase metade das entrevistadas (13) não tem emprego registrado.

Sobre o estado civil, 21 participantes têm união estável ou são casadas. Em relação aos moradores no domicílio, destaca-se que todas vivem com familiares, marido e/ou filhos, ou outros parentes próximos, como pais ou irmãos. Em relação à renda, percebe-se que 18 entrevistadas sobrevivem com uma renda extremamente baixa de um a dois salários-mínimos. Sobre planejamento familiar, destaca-se que a maior parte das gestações não são planejadas, correspondendo a 81% (QUADRO 1).

QUADRO 1 – DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÔMICOS DAS GESTANTES. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

(continua)

Entrevista	Idade	Escolaridade	Ocupação	Estado civil	Naturalidade	Nº M. no domicílio	Renda (nº salários)
G01	25	Sup. Comp.	Farmacêutica	SOL	Pinhais PR	02	04-05
G02	29	Fund. Inc.	Diarista	UE	Piraquara PR	02	½
G03	21	Médio Inc.	Do lar	CA	Serra Negra SP	02	01 e ½
G04	27	Médio Comp.	Do lar	UE	Curitiba PR	02	03
G05	27	Sup. Inc.	Do lar	CA	Paranaguá PR	03	01 e ½
G06	19	Médio Inc.	Do lar	SOL	Curitiba PR	04	02

QUADRO 1 – DADOS PESSOAIS E SOCIOECONÔMICOS DAS GESTANTES. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

(conclusão)

G07	22	Médio Comp.	Op. tel.	UE	Curitiba PR	03	02
G08	35	Médio Comp.	Serviços gerais	CA	Curitiba PR	02	02 e ½
G09	23	Fund. Comp.	Do lar	SOL	Pinhais PR	04	01
G10	22	Médio Comp.	Do lar	UE	Maranhão	02	01
G11	34	Fund. Comp.	Do lar	UE	Pitanga PR	05	01
G12	29	Sup. Inc.	Do lar	CA	Curitiba PR	04	03
G13	19	Médio Comp.	Estagiária	UE	Pinhais PR	02	01
G14	18	Médio Inc.	Do lar	SOL	Pinhais PR	04	01
G15	26	Fund. Inc.	Op. de caixa	CA	São Sebastião PR	06	02
G16	40	Médio Comp.	ACS	UE	Curitiba PR	04	02
G17	21	Médio Comp.	Aux. Adm.	UE	Curitiba PR	04	05
G18	28	Médio Comp.	Fiscal de caixa	CA	Curitiba PR	04	02
G19	23	Sup. Comp.	Enfermeira	CA	Cascavel PR	02	03
G20	26	Médio Comp.	Do lar	UE	Curitiba PR	06	03
G21	21	Médio Comp.	Autônoma	SOL	Pinhais PR	02	02 e ½
G22	21	Médio Comp.	Do lar	CA	Matelândia PR	02	01
G23	18	Médio Comp.	Babá	SOL	Pinhais PR	01	½
G24	19	Fund. Comp.	Babá	UE	Pinhais PR	02	½
G25	30	Médio Comp.	Atendente	UE	Piraquara PR	03	02
G26	26	Médio Comp.	Empresária	CA	Corumbataí do Sul PR	04	03
G27	23	Médio Comp.	Op. de caixa	UE	Curitiba PR	03	01 e ½

FONTE: A autora (2021).

LEGENDA: M. no domicílio: moradores no domicílio; Sup.Comp.: superior completo; sup. Inc.: superior incompleto; fund. Comp.: fundamental completo; fund. Inc.: fundamental incompleto; Médio Comp.: ensino médio completo; Médio Inc.: ensino médio incompleto; Op.: operadora; Op. Tel.: Operadora de telemarketing; Aux.: auxiliar; Aux. Adm.: auxiliar administrativo; SOL: solteira; C: casada; UE.: União estável.

Em relação aos dados de história obstétrica, de acordo com os resultados, quase metade das entrevistadas são primigestas. Das multigestas, oito fizeram parto normal. Abortos e óbitos ocorreram todos no 1º trimestre, com nenhum histórico de

QUADRO 2 – HISTÓRICO DE DADOS OBSTÉTRICOS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022
(conclusão)

G22	01	--	--	--	--	--	---	---
G23	01	--	--	--	--	--	---	---
G24	01	--	--	--	--	--	---	---
G25	02	--	01	--	01	--	Sim	---
G26	02	--	01	--	01	--	Sim	Anidrâmnio
G27	02	01	--	--	01	--	Sim	---

FONTE: A autora (2021).

LEGENDA: G: Gestas; PN: parto normal; PC: parto cesárea; A.: abortos; F.: filhos.

Em relação aos dados do pré-natal atual, 21 entrevistadas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre. Duas gestantes iniciaram o pré-natal em outro município e, posteriormente, se mudaram para o município estudado, bem como uma gestante foi acompanhada na rede privada para proceder à laqueadura no momento do parto. Os dados levantados sobre as rotinas de pré-natal referem-se somente ao local incluso na pesquisa.

A idade gestacional no momento da entrevista variou de 18 a 41 semanas, conforme os critérios para inclusão. Das entrevistadas 21 foram classificadas como de risco habitual. Das entrevistadas classificadas como alto risco, os motivos prevalentes foram a diabetes gestacional e hipotireoidismo. O número total de consultas variou de 02 a 10, sendo que oito das gestantes tiveram 06 a 07 consultas. Em relação aos profissionais que atenderam as consultas, elas foram intercaladas entre enfermeira e médico, somente em alguns casos há uma discrepância no número de consultas com cada profissional, prevalecendo as consultas médicas (QUADRO 3).

QUADRO 3 – PRÉ-NATAL ATUAL. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

(continua)

Ent.	IG de início de PN	IG atual	CR	Comorbidades e complicações	Nº de consultas	Consultas com enf.	Consultas com médico
G01	05	40	RI	Hipotireoidismo	08	01	07
G02	06	18	RH	---	02	01	01

QUADRO 3 – PRÉ-NATAL ATUAL. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

(conclusão)

G03	27	38	AR	Hipotireoidismo e cirurgia bariátrica feita há menos de 02 anos.	02 (Iniciou em outro município).	01	01
G04	03	30	RH	---	07	03	04
G05	08	22	RH	---	04	01	03
G06	08	23	AR	Sífilis	04	02	02
G07	09	31+5	RH	---	07	03	04
G08	08	31	RH	---	06	03	03
G09	12	21	RH	---	04	03	01
G10	09	37	RH	---	07	04	03
G11	16	32+6	AR	Diabetes gestacional	05	02	03
G12	08	37	RH	---	09	02	07
G13	07	29	RH	Sangramento 1ºtrim.	05	03	02
G14	11	35+6	RH	---	05	03	02
G15	12	38	RH	---	07	04	03
G16	08	31	AR	Asma; idade avançada.	06	03	03
G17	11+6	38+4	RH	---	10	05	05
G18	19+2	27	RH	---	03 (Faz também na rede privada)	02	01
G19	6+5	27	RH	Hipotireoidismo.	06	02	04
G20	12+6	29+6	AR	Diabetes gestacional.	05	02	03
G21	08	34	RH	Diabetes gestacional.	07	04	03
G22	10	38+2	RH	---	04 (Iniciou em outro município).	02	02
G23	29+4	36+2	RH	GBS+	04	04	0
G24	08	19	RH	---	04	01	03
G25	07	28	RH	---	04	01	03
G26	14	32	RH	---	05	04	01
G27	09	23	RH	---	03	02	01

FONTE: A autora (2021).

LEGENDA: IG: idade gestacional; CR: classificação de risco; RH: risco habitual; RI: risco intermediário; AR: alto risco.

Em relação à completude da Carteira da Gestante, os resultados mostram, com relação aos dados gerais, socioeconômicos e histórico, que há fragilidade principalmente no preenchimento do exame físico, enquanto os dados das consultas, exames e vacinas são preenchidos com maior frequência. Há fragilidade importante no preenchimento dos gráficos, pois se percebe que nenhum gráfico apresentava qualquer tipo de anotação. Dados mais detalhados de cada componente da carteira da gestante não foram coletados por não abranger o objetivo da pesquisa (QUADRO 4).

QUADRO 4 – COMPLETUE DA CARTEIRA DA GESTANTE. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

Ent.	Dados socioeconômicos e histórico	Exame físico	Dados das consultas	Exames	Vacinas	Gráficos
G01	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G02	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G03	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G04	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G05	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G06	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G07	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G08	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G09	Sim	Sim	Não	Sim	Sim	Não
G10	Não	Sim	Não	Sim	Sim	Não
G11	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G12	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G13	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G14	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G15	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G16	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G17	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G18	Sim	Não	Sim	Não	Não	Não
G19	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G20	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G21	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G22	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G23	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Não
G24	Sim	Não	Incompleto	Sim	Não	Não
G25	Sim	Sim	Incompleto	Sim	Sim	Não
G26	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não
G27	Sim	Não	Sim	Sim	Sim	Não

FONTE: A autora (2021).

5.2 CLASSES E CATEGORIZAÇÃO

Os resultados foram dispostos conforme a organização das classes, pela identificação dos trechos das falas de cada vocábulo considerado na codificação que tem relação entre si.

O *corpus* foi composto por 27 textos (*number of texts*), processado em um tempo de 21 segundos. Com base no processamento, foram identificados 711 STs (*number of text segments*) e classificados 677 STs (*segments classified*), compondo um aproveitamento textual de 95,22%, considerado um aproveitamento adequado. Por meio da análise, as palavras foram separadas em sete classes distintas (*number of clusters*). Tais informações foram fornecidas pelo relatório da CHD gerado pelo *Iramuteq*® (FIGURA 1).

FIGURA 1 – RELATÓRIO DA CHD. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

```

+-+--+--+--+--+
|i|R|a|M|u|T|e|Q| - Wed Oct 27 20:03:59 2021
+-+--+--+--+--+

Number of texts: 27
Number of text segments: 711
Number of forms: 2354
Number of occurrences: 24802
Número de lemas: 1390
Number of active forms: 1201
Número de formas suplementares: 180
Número de formas ativas com a frequência >= 3: 479
Média das formas por segmento: 34.883263
Number of clusters: 7
677 segments classified on 711 (95.22%)

#####
tempo : 0h 0m 21s
#####

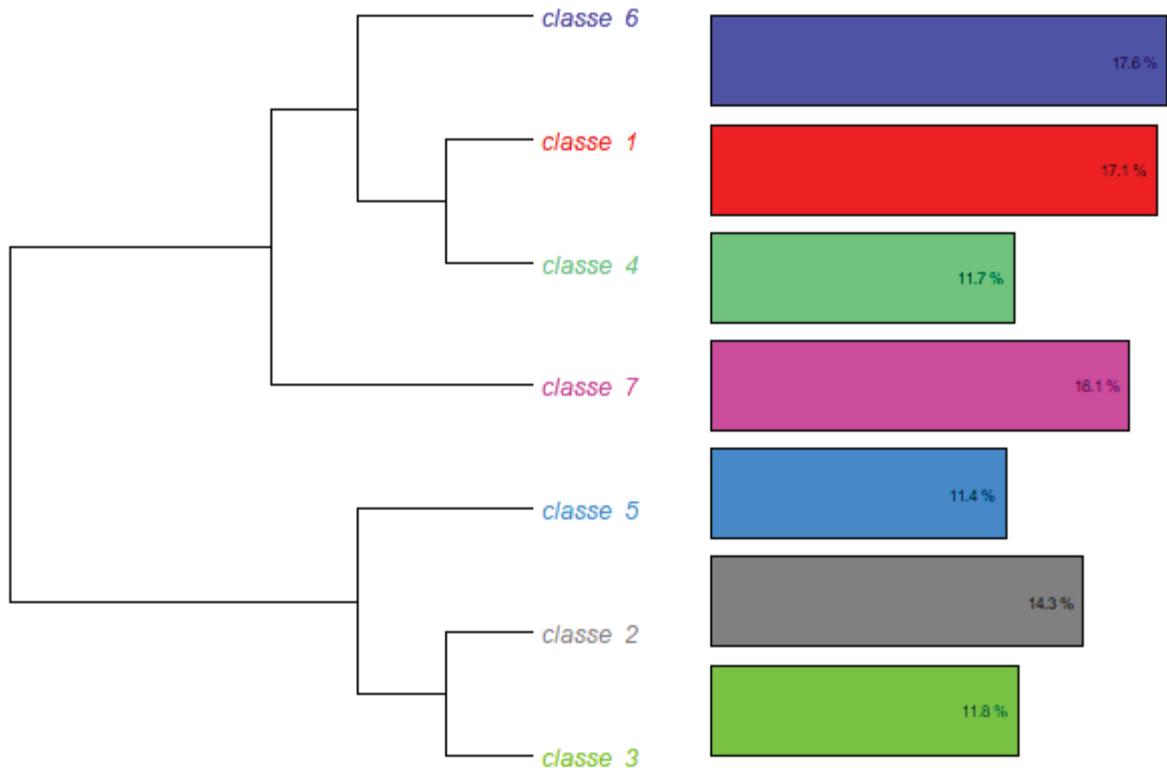
```

FONTE: *Iramuteq*® (2021).

Das sete classes elencadas, foram atribuídos à classe 01, 116 STs (17,13%); à classe 02, foram atribuídos 97 STs (14,33%); à classe 03, foram atribuídos 80 STs (11,82%); à classe 04, foram atribuídos 79 STs (11,67%); à classe 05, foram atribuídos 77 STs (11,37%); à classe 06, foram atribuídos 119 STs (17,58%); e à classe 07, foram atribuídos 109 STs (16,1%). Todas as classes têm algum tipo de relação entre si, com maior proximidade de significância dos

vocábulos ou maior distanciamento. A relação das classes pode ser observada no dendrograma gerado a partir do *Iramuteq*® (FIGURA 2).

FIGURA 2 – DENDROGRAMA DA CHD. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022

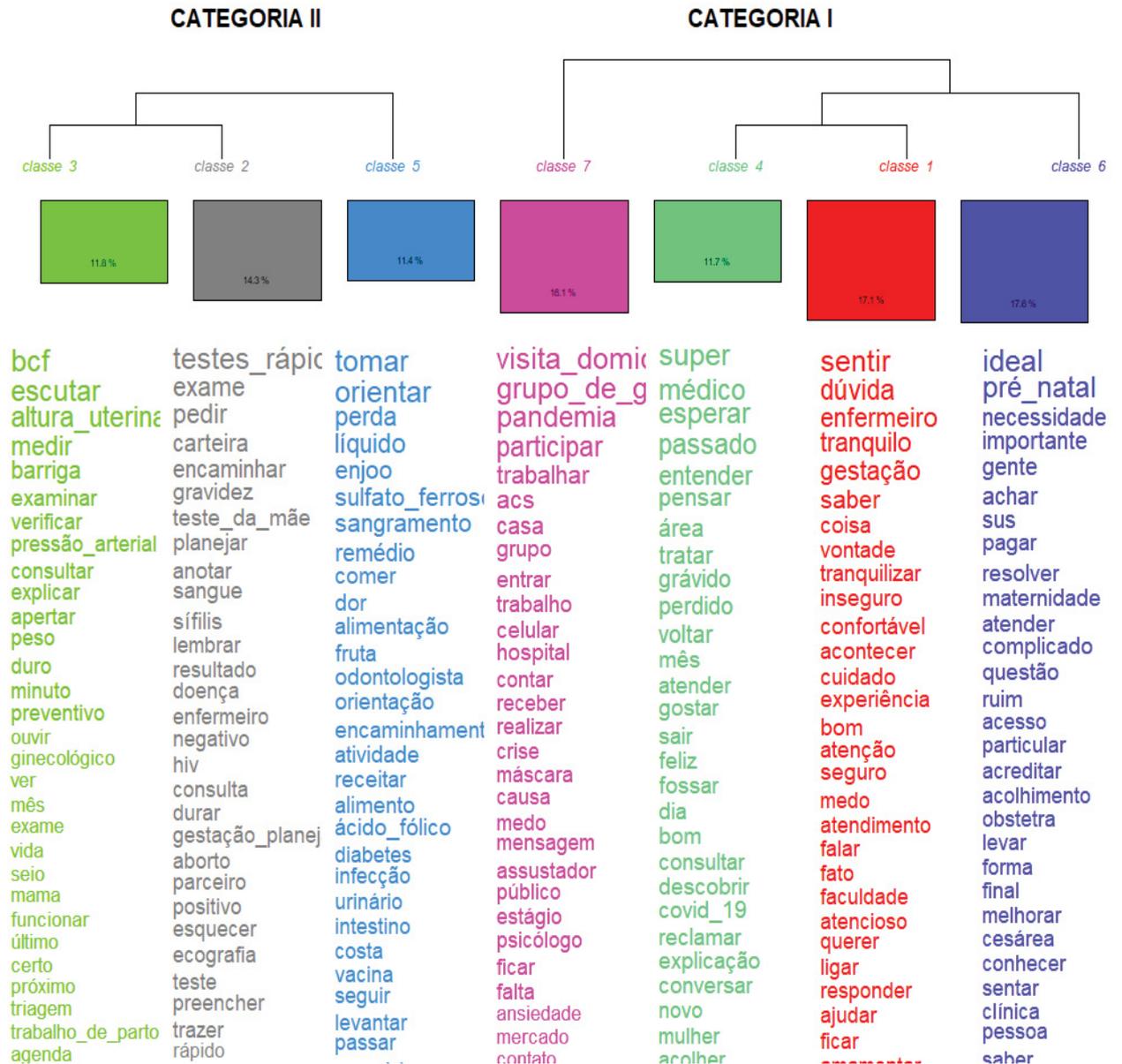


FONTE: *Iramuteq*® (2021).

A leitura do dendrograma, feita da esquerda para a direita a fim de compreender a relação entre as classes, evidencia a divisão do *corpus* em dois *subcorpus*. Na FIGURA 2, o *subcorpus* superior, que compõe a maior parte, divide-se primeiramente formando a classe 07, posteriormente ele se subdividiu e originou a classe 06, que é a maior classe do dendrograma. Dentro da classe 06, foram geradas, por uma última subdivisão, as classes 01 e 04, sendo a classe 01 a segunda maior classe do dendrograma. No *subcorpus* inferior, a primeira divisão gerou a classe 05, posteriormente subdividindo-se em duas outras classes mais específicas denominadas de classe 02 e 03.

A partir das classes geradas, foram denominadas as categorias a serem discutidas. Os vocábulo com significância de acordo com o maior X^2 e valor de p correspondente conforme já explicado anteriormente foram atribuídos à análise. Estes vocábulo são representados pela FIGURA 3, que expõe os vocábulo com associação mais significativa a cada classe.

FIGURA 3 – RELAÇÃO DAS CATEGORIAS SOBRE AS VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DA GESTANTE EM RELAÇÃO AO PRÉ-NATAL NA APS. CURITIBA, PR, BRASIL, 2022



FONTE: Adaptado do Iramuteq® (2021).

Tendo como referências a leitura aprofundada e a reflexão sobre o conteúdo lexicográfico das classes geradas e dos vocábulos correspondentes, foram intituladas duas grandes categorias, “O cuidado esperado e idealizado no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes” e “O cuidado recebido no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes”, que serão apresentadas no item a seguir.

5.3 DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS DAS CLASSES

5.3.1 Categoria 01 - O cuidado esperado e idealizado no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes

Esta categoria contempla as classes 01, 04, 06 e 07 com 423 STs do total classificado, correspondente a 62,5% do conteúdo lexicográfico analisado. Nesta categoria, os vocábulos que representam estão com X^2 variando de 152,2 a 3,92, p variando de 0,0001 a 0,04057. As palavras com valores mais altos e significativos são citados a seguir, incluindo sentir, dúvida, enfermeiro, tranquilo, gestação, saber, coisa, vontade, tranquilizar, inseguro, confortável, super, médico, esperar, passado, entender, pensar, ideal, pré-natal, necessidade, importante, gente, achar, SUS, pagar, resolver, visita domiciliar, grupo de gestante, pandemia, participar, trabalhar, ACS, casa, grupo, entrar, trabalho.

Destaca-se que as palavras citadas foram consideradas de maior relevância na análise dos resultados, visto que o número de palavras identificadas e analisadas individualmente faz parte de um contexto mais abrangente das entrevistas.

Os temas que emergiram a partir de uma profunda reflexão referem-se às vivências experienciadas por primigestas e multigestas, atreladas à consulta de vinculação, expectativas em relação ao pré-natal, aspectos do cuidado dos profissionais de saúde, fragilidades na atenção, acesso, efetividade do SUS, idealização em relação ao pré-natal e percepções em relação à vivência da pandemia.

De acordo com os resultados encontrados, há diversos aspectos que influenciam a percepção sobre o cuidado de pré-natal. Para as gestantes, as experiências em gestações anteriores influenciam as expectativas e neste momento da história a situação pandêmica por Covid-19 afeta a forma como o cuidado pré-natal é percebido.

A trajetória de gestações anteriores é atrelada ao maior empoderamento relacionado a tais vivências, gerando apropriação de conhecimento do processo gestacional, bem como conhecimento popular envolvendo a rede social de cada indivíduo. Tais aspectos levam ao entendimento de algumas gestantes de que a

necessidade de cuidados e a demanda de troca de saberes diminuem. Tais trechos exemplificam:

“[...] Não tinha dúvidas porque já estava acostumada com as orientações da minha família [...]”. (G24).

“[...] Não havia muitas, já é a terceira gestação, tenho mais experiência”. (G12).

“ [...] Eu já sei, já tive uma gestação, então maioria das coisas eu já sei, mas tem coisa que quando eu tenho dúvida eu já pergunto”. (G25).

Em contrapartida, a primeira gestação é permeada por diversos aspectos e alterações de ordem psicossocial que demandam uma adaptação. Este processo gera dúvidas, anseios, medo e insegurança, relacionados principalmente ao processo de partear. Portanto, há diferenças de percepções de um pré-natal vivenciado por primigestas e multigestas.

É um processo de autoconhecimento, com necessidades e expectativas em relação ao cuidado de pré-natal, para servir de suporte e segurança como subsídio de cuidado e fonte de saber. Há referência à ansiedade atrelada à primeira gestação e à importância da APS neste processo. Alguns trechos das entrevistas evidenciam tais aspectos:

“[...] Como era a primeira gestação dá medo [...] me senti bem, foi tranquilo, fiquei nervosa um pouco porque é a primeira” [...] não sei como funciona, então para mim foi normal, não sabia nada o que ela ia dizer [...] me senti bem confortável”. (G14).

“[...] Não sabia nada, como é a primeira gestação, eu esperava eles falarem e me orientarem, se sentia algo diferente perguntava, todas as consultas foram ótimas, nenhuma ruim”. (G04).

O pré-natal é um componente de extrema importância atribuída pelas gestantes, com diversas perspectivas ligadas a este cuidado. Experiências passadas afetam diretamente as expectativas, de maneira positiva ou negativa. A ausência de experiência como base de referência, atrelada principalmente à primeira gestação, é permeada por ausência de expectativa, ou baseadas no cuidado de saúde de forma mais global.

Algumas gestantes mostraram maior conhecimento relacionado ao cuidado, ligado ao nível de escolaridade, formação acadêmica na área de saúde ou por

interesse e maior busca por conhecimento, gerando maior demanda de questionamentos à equipe e busca de cuidados.

Foi identificado conhecimento sobre a atribuição médica e de enfermagem, alguns cuidados na gestação, conhecimento sobre a necessidade da busca pela maternidade e organização do pré-natal relacionado às atividades exercidas pela UBS, às consultas intercaladas e frequência. Em relação ao tempo despendido para a consulta, ele variou entre 10 e 120 minutos. A maioria das gestantes não citou o tempo como fator determinante da qualidade da consulta. Somente uma gestante se referiu à consulta com tempo de 60 minutos como associado à qualidade do cuidado prestado. Alguns exemplos ilustram alguns aspectos citados:

*“[...] Antes consultava só com o médico, agora reveza com enfermeira, mas estou adorando, acho que eles são capacitados para isso [...]”. (G11).
“Rompimento da bolsa e sangramento era pra ir pra maternidade [...]”. (G17).*

“A enfermeira explicou como seria o pré-natal, que haveria consultas mensais com o médico da família, depois seria acompanhada na maternidade, comentou sobre a visita na maternidade, que eu teria acesso ao odontologista, foi bem abrangente”. (G01).

“[...] Esta consulta demorou umas duas horas, ela ficou comovida com o que tinha acontecido [...]”. (G08).

A primeira impressão associada à consulta de vinculação influencia as compreensões ou apreensões posteriores ao longo do pré-natal, prevalecem a atenção e acolhimento no primeiro atendimento com escuta ativa, resposta à questionamentos, levantamento detalhado de histórico associado à completude dos cuidados e atenção sistematizada. Experiências negativas passadas geraram anseios em relação ao cuidado pré-natal, com progresso para uma percepção positiva. Em menor escala, houve percepção de consulta superficial e seguimento de protocolos técnicos com explicações pouco abrangentes.

Em relação às expectativas sobre o cuidado, tanto na primeira quanto nas consultas posteriores, estão relacionadas à espera por consulta menos abrangentes, escuta ativa, recebimento com educação e cordialidade, não ser julgada por gravidez na adolescência, realização de exames e cuidados de rotina, explicações a respeito dos protocolos, rapidez na realização de teste rápido, preferência pelo cuidado com profissional médico do sexo feminino e presença de profissionais confiáveis.

Outras se referem a expectativas de maior atenção, receber visita da Agente Comunitária de Saúde (ACS) e superação do medo relacionado à experiência passada de pré-natal fragilizado. Principalmente as primigestas que apresentam expectativa de consulta médica global e técnica ou até mesmo ausência de expectativa por nunca terem refletido sobre a temática. Os trechos seguintes expõem tais aspectos:

“Esperava também o que fiz nas minhas outras gestações, que são os exames de rotina, variando a semana, ecografia [...]”. (G18).

“Eu esperava o que foi na verdade, a enfermeira foi muito boa comigo, falou comigo abertamente tudo o que ela tinha que falar, tirou minhas dúvidas [...]”. (G23).

“Não esperava nada [...], é muita informação, [...] conforme as consultas vão acontecendo, vai esclarecendo, vai ficando mais situada, mas a consulta ajudou esclarecer um pouco, me senti mais tranquila [...]”. (G21).

“Em relação ao que eu esperava da primeira consulta não se limitou ali só na gestante, foi bem completa, durou cerca de 40 minutos, foi surpreendente de tão boa, eu gostei muito”.(G01).

Em relação às expectativas de esclarecimento e de orientações relacionadas aos diversos aspectos gestacionais, algumas gestantes apresentam maiores demandas neste âmbito, necessidade de maior ênfase e explicações minuciosas. Outras não apresentam demanda e somente recebem as orientações prestadas, gerando segurança e satisfação, e consideram um aspecto positivo do pré-natal. Conforme as alterações gestacionais progridem, os questionamentos tendem a aumentar, relacionados principalmente à ansiedade pelo parto e aos cuidados com o recém-nascido.

Atrelado aos questionamentos, há um processo de comparação em relação à divergência de cuidados em gestações anteriores com a atual, gerando dúvidas e ansiedade quanto ao que é preconizado. Tais questionamentos se referem principalmente à completude do exame físico.

Mesmo permeado por algumas fragilidades, o pré-natal e o cuidado fornecido pela APS são vistos como fonte de apoio e segurança, acesso, conforto e atenção, independentemente da resolutividade absoluta ou não de suas necessidades. Tais fragilidades se referem a um histórico de inconsistência nos cuidados em pré-natal anterior, dificuldades com processos atuais como liberação

de laqueadura, gestação não planejada principalmente na pandemia, alterações físicas como dor, entre outros.

Percebe-se comparação do cuidado proporcionado pela APS em relação a outros serviços como pré-natal na rede privada ou acompanhamento na rede de atenção ao pré-natal de alto risco. Referem-se à rapidez no atendimento na APS, menor demanda e disposição e atenção da equipe para atendimento. Há percepção de surpresa em relação à efetividade do SUS.

“Tinha vindo de pré-natal particular, pois não estava contente, achei muito superficial, aqui com a enfermeira foi bem abrangente, me passou segurança desde o princípio [...]”. (G01).

“[...] fiz tudo pelo SUS, então ter acompanhamento acessível é ideal, acho que não tem o que melhorar”. (G10).

“[...] pela fama que o SUS leva, então pra mim superou as expectativas”. (G12).

Quando as necessidades e esclarecimentos não são atendidos, são geradas diversas percepções, principalmente frustração. A expectativa no decorrer da gestação que seja atualizada sobre a evolução e mudanças atreladas ao período atual, não esclarecimento sobre frequência de exames ou cuidados específicos, receio de questionar e ser punida, anseios quando não atendidas, questionamentos e comparação com o cuidado que outras gestantes recebem.

Em menor demanda, experiências negativas durante o processo gestacional, relacionadas à alterações fisiológicas, com fragilidade da atenção e do cuidado esperado pela gestante, proporciona sensação de abandono pelo serviço, gestação não assistida e descaso do serviço. Em decorrência de tais aspectos, ocorre uma busca por outros serviços para que aconteça o atendimento esperado, como rede privada ou busca pela Secretaria de Saúde. Tal trecho exemplifica tais aspectos:

“O sentimento é de abandono, me senti abandonada, estavam indiferentes comigo porque não estavam fazendo o que tinha que fazer, eu sentia isso. [...] em relação às minhas necessidades pequena parte é resolvida”. (G13).

O acolhimento é expresso como componente fundamental no cuidado pré-natal, uma vez que é base para a confiança no cuidado recebido, fonte de apoio e segurança, tranquilidade e conforto. É mencionado de diversas maneiras, associado ainda à resolutividade de demandas e respostas a questionamentos. O acolhimento

gera relação de confiança no cuidado e escuta ativa. Percebe-se ênfase no acolhimento em situações de dificuldade de aceitação da gestação ou eventos passados que tenham criado alterações emocionais, remetendo a um cuidado com equidade. Tais trechos expressam:

“Em relação ao cuidado recebido me sinto bem acolhida, eles fazem o que está dentro das possibilidades [...]”. (G04).

“Na consulta me senti cuidada, não tinha muitas dúvidas, e sempre foram respondidas [...]”. (G03).

“Me cuidaram bastante, tive um bom cuidado, me senti bem acolhida, cuidada [...]” sobre o cuidado que recebo me sinto acolhida e segura, tudo o que preciso é resolvido da melhor maneira possível com os recursos disponíveis”. (G20).

Atrelado ao acolhimento, principalmente no primeiro atendimento feito unanimamente pela enfermeira, é evidente o papel relatado no cuidado pré-natal. Foi identificadas presença de escuta ativa, de vínculo e de relação de confiança com a gestante, interesse pela situação de saúde, resolutividade, respostas aos questionamentos e realização de orientações. Os trechos a seguir evidenciam tais aspectos:

“[...] Me senti bem na primeira consulta com a enfermeira, ela fez muitas perguntas [...]”. (G25).

“Desde a primeira consulta com a enfermeira me senti acolhida, pude falar e perguntar à vontade, ela respondia abertamente minhas dúvidas [...]”. (G12).

“Minhas necessidades tem sido atendidas, as vezes preciso tirar qualquer dúvida, venho falar com a enfermeira que me orienta”. (G02).

“[...] me consolou pelo fato de eu ter abortado, foi amiga, nem uma enfermeira [...]”. (G08).

“Antes consultava só com o médico, agora reveza com enfermeira, mas estou adorando, acho que eles já são capacitados para isso [...]”. (G11).

Foram identificadas alguns aspectos ligados à insegurança quanto ao cuidado prestado pela enfermeira, com referência a orientações divergentes do profissional médico, capacitação insuficiente, com a percepção de conhecimento limitado e receio quanto à competência para a realização das consultas de pré-natal.

As falas das entrevistadas evidenciam a valorização do papel do profissional médico como fonte de conhecimento em detrimento da profissional enfermeira,

refletindo o aspecto de cunho cultural pela predominância do modelo biomédico vigente.

Alguns resultados trazem a referência de frequência maior de consultas com a enfermeira do que com o médico, que foi associado à falta de atenção causada pelo fato de a gestação não ter apresentado intercorrências. Percebe-se desconforto de algumas gestantes ao repetir diversas consultas com a enfermeira, ligado à insegurança e à associação de realização do pré-natal somente com médico. Tais aspectos são evidentes nas falas a seguir:

“[...] Enfermeira me dá um pouco de medo das respostas, não sei se ela vai entender [...]” (G04).

“Não me sentia à vontade com a enfermeira, não perguntava nada para ela na primeira consulta [...] tinha muitas dúvidas, só que nenhuma foi respondida porque eu não tinha segurança de poder perguntar por ser com enfermeira [...] queria consultar com a médica para me sentir mais segura, ficava com medo de perguntar alguma coisa para a enfermeira e ela falar diferente da médica [...] me senti abandonada pela UBS em casa, fiz 03 consultas seguidas com a enfermeira e nenhuma com a médica, eu tenho uma gestação normal, não tem nenhum problema, a médica estava deixando só com a enfermeira e não ia me atender” (G13).

Quando se fala sobre pré-natal, a referência e a ênfase à figura médica foram enfatizadas, tanto em relação às potencialidades quanto às fragilidades ligadas às consultas. Os aspectos positivos referem-se à presença de conversas satisfatórias, atenção, respostas a questionamentos, atendimento em caso de alterações fisiológicas, vínculo, simpatia, carinho, revisão das consultas e reciprocidade relacionada à médica da UBS estar gestante. Tais trechos fazem referência aos dados:

“Nas outras consultas fui muito bem recebida também pelo médico, sempre tirava dúvidas [...]” (G19).

“[...] médica bem gente boa, conversava bastante, perguntava se o bebê mexia [...]” (G26).

“[...] foi bem atenciosa [a médica] também na hora de ver o BCF, conversou com o bebê, ela também está grávida” (G05).

Em relação ao vínculo estabelecido, é evidente a frustração nas situações de alterações de médico em razão da reorganização do cuidado. De acordo com as gestantes, ao longo da gestação ocorreram diversas alterações no quadro de profissionais médicos, ou mesmo demora no agendamento de tais consultas, em

razão da rotatividade de pessoal, que sugere estar relacionado ao período de pandemia. Tais trechos demonstram os aspectos citados:

“Já estava de 04 meses e não tinha passado pela médica [...]”. (G13).

“[...] Me informaram que a médica pegou Covid-19 e não tinha outra [...]”. (G03).

“[...] Saiu a médica daqui, fiquei triste, a gente faz vínculo, trata bem [...]”. (G04).

Algumas fragilidades ligadas às consultas médicas foram citadas, incluindo consultas insuficientes, expectativa de maior completude do exame físico, consultas muito técnicas, falta de atenção, competência questionável para a função e necessidade de especialista para realização de pré-natal e desorganização no cuidado. A falta do especialista ginecologista e obstetra é referida como uma fragilidade, em razão das lacunas no atendimento de forma específica. Tais trechos trazem alguns exemplos:

“[...] Outra médica achei ela um pouco robótica, não gostei tanto [...]”. (G20).

“[...] Colocaram outra médica, muito desorganizada no atendimento, até pedi pra trocar, porque nessa última consulta não fez as anotações na carteirinha, nem sabia o que falar para mim, aparentou falta de conhecimento”. (G12).

“É difícil conversar com alguém que não é a área dela de uma pessoa que entende, é diferente o domínio do conteúdo, tem que colocar um médico especialista para aquilo [...]”. (G25).

Outro aspecto valorizado se refere aos quesitos financeiros relacionados ao acesso a exames, laqueadura e ecografia pelo SUS, como ideais e essenciais. A presença de tal acesso é vista como fator positivo e a ausência é percebida como fragilidade. A percepção da qualidade do pré-natal é ligada ao SUS, visto por vezes o pré-natal na rede privada como um meio de obter um cuidado de qualidade. Tais frases expressam os aspectos elencados:

“Agora minha ecografia eu vou ter que pagar para fazer se eu quiser ver o bebê, nesses quesitos é bem ruim [...] é um pouco complicado, não tenho condição financeira, fico um pouco frustrada”. (G05).

“Está sendo difícil porque se eu tivesse condição eu pagava meu pré-natal porque é horrível”. (G13).

“Um pré-natal ideal, pra ser sincera, comparando a minha gestação com da minha irmã, está tudo certo, minha irmã precisou pagar diversos exames”. (G10).

Por vezes, as fragilidades do cuidado são relacionadas ao SUS como justificativa para cuidado pouco abrangente e de qualidade inferior. Quando o atendimento é feito adequadamente, ele gera surpresa algumas vezes. Ainda há o reconhecimento de que o parto normal é geralmente um procedimento rotineiro do SUS, o que leva a pensar que o custo é inferior, e a realização de cesárea ocorre somente quando a gestante expressa o desejo.

Em relação às expectativas sobre o pré-natal ideal, são apontados diversos aspectos voltados para o cuidado prestado pela enfermeira e médico e o fluxo de atendimento de rotinas de pré-natal. É evidente a necessidade de acolhimento, orientações, aconselhamento, abordagem adequada, escuta, resolutividade, fluxo de exames efetivo e presença de profissionais competentes para o pré-natal.

Percebe-se, por vezes, um comparativo de conhecimento de experiências anteriores de pré-natal da rede de convívio social em relação ao cuidado recebido em comparação ao acompanhamento conjunto em outros serviços, como no alto risco ou da rede privada. O cuidado de outros serviços, como o de alto risco, complementa a atenção recebida para aquelas gestantes que dele necessitam, com maior satisfação, apesar da preferência pelo contato com a USF.

O cuidado idealizado é voltado a uma atenção mais precisa, com acolhimento e escuta qualificada, recebimento de queixas e dúvidas da gestante por parte do profissional que está frente ao cuidado, orientações acessíveis, explicações referentes à Carteira da Gestante e aconselhamento, que foram os componentes valorizados citados com frequência nas entrevistas, conforme os trechos:

“Um bom atendimento é pelo menos ouvir, falar sobre aquilo e tranquilizar, aqui tenho sentimento de acolhimento, fico feliz, confiante. Em um pré-natal ideal é importante a orientação sobre tudo [...]”. (G12).

“Em um pré-natal ideal é preciso reforçar os cuidados maternos, eles falam brevemente, podiam reforçar mais do que fazem”. (G06).

“Acho que um pré-natal ideal tinha que melhorar nessa parte de dar todas as informações para a gestante, cada etapa que está passando, por mais que a pessoa saiba, cada gestação é diferente, então acho que devia ter um questionário”. (G25).

Foi citado como aspecto positivo e ideal no cuidado pré-natal o acolhimento, com suas queixas e dúvidas ouvidas, consultas abrangentes que proporcionam sentimentos positivos que influenciam a forma como o pré-natal é visualizado. O atendimento de acordo com suas necessidades foi mencionado. De modo geral, percebem-se prevalência de uma percepção positiva de necessidades supridas durante o pré-natal, sentimento de segurança, acolhimento e vínculo com a UBS.

Vale destacar que foi citada a necessidade de planejamento familiar para que o pré-natal seja ideal, partindo da identificação da gestante que tem desejo de engravidar. Foi citada a consulta de vinculação, que é feita exclusivamente pela enfermeira, de forma adequada e completa, como processo de formação de vínculo e realização de anamnese detalhada, essencial para um cuidado efetivo com a finalidade de conhecer todos os detalhes pertinentes ao processo de pré-natal. Foi citada a necessidade de respeito e educação durante o atendimento.

As rotinas de pré-natal foram mencionadas com frequência como componentes idealizados, incluindo consultas para acompanhamento, exame físico com valorização da ausculta de BCF, realização de exames de rotina, ecografia obstétrica e vacinas. Tais aspectos são citados por meio das frases a seguir:

“Um pré-natal ideal começa no planejamento familiar com a ACS que vai verificar as mulheres da região dela que podem estar gestantes ou queiram engravidar, creio que o pré-natal deva começar no planejamento familiar”. (G01).

“Em um pré-natal ideal, como eu acredito que seja, é o que eu estou recebendo, muitos esclarecimentos, exames, tudo certo, vacinas [...]”. (G26).

“[...] Engloba ter acompanhamento dos exames, ecografia, a médica ajudar orientando, tirando dúvidas, esclarecendo vacinação [...]”. (G07).

“[...] É importante fazer os exames certo, ouvir o bcf, verificar altura uterina para ver se o tamanho está correto, orientar a vacina quando tem que tomar”. (G09).

É citada a importância da padronização das informações prestadas em razão da divergência de orientações durante o processo da gestação. São relatadas as orientações recebidas, que são muito superficiais e pouco abrangentes, relacionadas principalmente a ir para a maternidade em caso de sangramento ou bolsa rota. São pouco mencionados durante o pré-natal sobre parto, amamentação

e cuidados com o recém-nascido. Sobre o parto, foi citado que a decisão da via e plano de parto deve ser feita pelo médico da maternidade, não sendo dada ênfase no pré-natal.

Percebem-se a necessidade de orientações abrangentes e a retirada de dúvidas quando solicitado. Quando a gestante é encaminhada para outro profissional para tirar dúvidas, foi mencionado desconforto, pela preferência de ser ouvida naquele momento em que sentiu a necessidade e a liberdade de questionar determinado profissional.

Gestantes multigestas associam por vezes a escassez de orientações à multiparidade e à possibilidade de conhecimento sobre todo o processo gestacional, porém nem sempre se sentem seguras em relação a tal fato. Na demanda de orientações, independentemente do assunto, algumas gestantes buscam respostas em membros da família, na internet ou meios do tipo. A menção sobre o assunto exacerba principalmente no final da gestação, pela proximidade do parto, gerando ansiedade e medo.

Uma das necessidades dentro de um pré-natal idealizado foi relacionado à qualidade do suporte de fornecimento das ecografias obstétricas. Foram citadas diversas fragilidades relacionadas à qualidade questionável, incluindo serviço terceirizado responsável que não expressa confiança, execução do exame de forma breve e dificuldade de agenda.

O número das ecografias também foi mencionado como um fator a ser melhorado, com aumento do número e a necessidade da realização mais frequente. A ecografia morfológica foi valorizada também levando em consideração gestações que apresentam fatores de risco como idade materna avançada, com necessidades de mais esclarecimentos a respeito do resultado.

A insegurança, ligada ao exame juntamente com a idade avançada na gestação, gera a necessidade de busca alternativa por ecografia na rede privada com médico obstetra que tenha vínculo para realização do exame e orientações mais específicas relacionadas a tal exame.

Foi referida a permissão de três ecografias pelo SUS, porém há a percepção por parte das gestantes de que é insuficiente e que o ideal seria realizar ecografia em todas as consultas. A realização de ecografia com especialista em obstetrícia foi mencionada pela possibilidade de recebimento de mais explicações referentes ao exame.

É identificada a valorização do vínculo entre paciente e profissional médico e as orientações recebidas, citadas a importância e a idealização do especialista em obstetrícia para cuidados mais específicos em razão da visualização de competência questionável do médico da USF, bem como a presença do médico do pré-natal foi idealizada no momento do parto em razão da formação de vínculo. A ausência de médico vinculado ao parto e o distanciamento da maternidade foram relacionados como uma fragilidade do atendimento SUS, bem como alteração do médico durante o pré-natal.

É dito que no pré-natal ideal é necessário um estabelecimento de vínculo com o local de nascimento, que poderia ser suprido com alguns atendimentos na maternidade. A proximidade do parto gera ansiedade e medo, ligados ao momento do nascimento, para que ocorra de forma adequada. Foi possível identificar a presença de insegurança, principalmente em relação ao profissional médico obstetra, e a escolha da via de parto.

Ainda, foi referida a necessidade e gestante ser informada de quando a consulta agendada for com a enfermeira ou médico. Em relação às informações de agendamento de consultas, foi referido a ACS como informante direta dos agendamentos, considerado um ponto positivo do SUS.

Alguns resultados apontaram a ausência de referência do que é necessário em um pré-natal ideal ou a suposição, em razão de diversos aspectos, como primiparidade, ausência de planejamento familiar e de experiência anterior para comparação. Tais trechos referem os resultados:

“Não sei dizer o que é necessário em um pré-natal ideal [...]”. (G24).

“Um pré-natal ideal não faço ideia, acho que sempre aconselhar o que tem que fazer [...]”. (G21).

“[...] Não sei dizer, nunca pensei em filho, nunca pensei em pré-natal, em como seria, nunca pensei em nada disso”.(G23).

As percepções negativas são excludentes do pré-natal idealizado. Cita-se que são relacionadas a um cuidado inferior à expectativa e menos específico, questionamentos não respondidos na sua integralidade, ausência de resolutividade, comparação com experiência de outras gestantes do convívio social, menor suporte multiprofissional, dificuldade para conseguir laqueadura e acesso à ecografia.

A pandemia trouxe diversos aspectos que influenciaram a forma como o cuidado idealizado é visualizado, trazendo consigo sentimentos de medo da contaminação, questionamento sobre a efetividade da vacina, ansiedade, insegurança, influência na presença do acompanhante e das rotinas e acesso à visita na maternidade. Os grupos de gestante também foram afetados como suporte para suprimento de dúvidas.

Por conta da pandemia da Covid-19, o cuidado pré-natal foi afetado de diversas maneiras, tendo as percepções se voltado principalmente para aspectos emocionais. Algumas mudanças nas rotinas organizativas do fluxo do atendimento foram citadas, assim como o impacto direto na execução dos grupos e atividades com gestantes e visita domiciliar. Por meio dos resultados, foi identificado que as gestantes estavam orientadas quanto às medidas de isolamento e prevenção da pandemia.

Em relação às percepções relacionadas ao cuidado pré-natal na pandemia, elas estão ligadas principalmente ao medo do contato pela possibilidade de contaminação pelo vírus e pela possibilidade de complicações quando a doença estiver em estágio ativo. É exacerbado o receio de comparecer ao hospital para atendimento e internamento para o nascimento. Uma gestante refere ter aumentado os cuidados relacionados à asma pela limitação de atendimento hospitalar na pandemia. Raros resultados remeteram à despreocupação em relação à pandemia.

Uma das entrevistadas refere que, por causa dos quadros exacerbados de crises de ansiedade, ela foi encaminhada para acompanhamento psicológico como alternativa para enfrentamento da situação pandêmica. A USF permitiu o acompanhante nas consultas como medida para auxiliar neste processo.

A limitação da presença do acompanhante, na maioria das vezes o pai do bebê, foi referida diversas vezes como algo marcante, sinônimo de sofrimento durante o processo gestacional. Foi mencionada a limitação da entrada nas consultas e ecografias. Sob a ótica das gestantes, o acompanhante é relacionado a uma fonte de apoio e segurança e como parte essencial do processo gestacional.

Alguns resultados ligados às percepções relacionadas à pandemia são referidos a seguir:

“[...] Fazer pré-natal na pandemia tenho bastante medo, trabalho fora, toda vez que tenho na consulta está cheio de gente ali fora, dá medo de contaminação”. (G16).

“[...] Pré-natal na pandemia é bem complicado, a questão das ecografias que o marido não pode entrar é bem sofrido”. (G25).

“[...] Pré-natal na pandemia está bem diferente, as consultas são mais rápidas, maioria não é com médico, só enfermeira, está diferente”. (G09).

O medo referente ao trabalho direto com público foi citado diversas vezes. Foi referido por uma das gestantes o questionamento ao médico do pré-natal sobre os critérios para afastamento no trabalho, porém a entrevistada disse ter recebido resposta inadequada, que remeteu a descaso e a falta de comprometimento da gestante com o trabalho.

De acordo com as entrevistadas, ocorreram algumas mudanças das rotinas de atendimento, como agendamento prolongado das consultas apesar de as gestantes serem priorizadas, quadro de profissional médico afetado, prevalência das consultas com enfermeira, consultas mais breves, demora para agendamento de atendimento com equipe multiprofissional como psicóloga e odontóloga.

Os cuidados gerais são fortemente mencionados, algumas gestantes referem que o uso de máscara é desconfortável, como também o uso de álcool-gel, cuidados em domicílio com filhos e visitas externas. Uma gestante referiu sensação de descaso da equipe da USF durante o pré-natal quando contraiu a doença.

Os grupos de gestantes foram diretamente afetados pelas restrições relacionadas à pandemia, unanimemente não houve participação. Somente uma gestante referiu ter recebido um convite para uma palestra sobre amamentação e primeiros cuidados com o recém-nascido.

Houve algumas participações em um grupo social no celular por meio do aplicativo *Whatsapp*® com a finalidade de compartilhamento de recados importantes, tendo sido citada a vacina como um destes recados. Foram verbalizadas algumas críticas relacionadas ao grupo que poderiam ser utilizadas para repartir orientações pertinentes à gestação, pois não percebem nele nenhuma finalidade específica e útil.

Ainda, houve a formação de um grupo de fisioterapia feito por acadêmicos do curso, mas a adesão pelas gestantes foi baixa, quem participou achou o grupo interessante e referiu atividades relacionadas a movimento corporal, qualidade de vida e preparo para o parto. Algumas gestantes que receberam o convite não participaram por questões pessoais de trabalho e cuidado com outros filhos.

A percepção sobre os grupos de gestante foi de interesse geral, com referência a expectativas de participação, relevância em relação à retirada de dúvidas, troca de saberes, dicas, palestras, relatos e presença de apoio da enfermeira. Somente uma gestante refere que não gostaria de participar. Os trechos a seguir referem tais aspectos:

“[...] Nunca participei de grupo de gestante, acho que é importante, é primeira gestação, para ver tudo e saber mais coisas que eu não sei”. (G24).

“[...] Não participei de grupo de gestante, acho que seria legal trocar ideias e dicas”. (G21).

“[...] Pré-natal na pandemia é diferente principalmente pelo grupo de gestante [...] até banho no recém-nascido, se engasgar, isso fazia no grupo de gestante”. (G19).

A limitação das visitas domiciliares foi associada às restrições pandêmicas. A maioria das gestantes entrevistadas refere ter recebido visita da ACS na média de uma vez na semana ou menos. A visita tem objetivo de entrega de agendamentos de consultas e exames, verificação de necessidades gerais da gestante, confirmação de endereço e moradores do domicílio. A maioria apresenta vínculo com a ACS da área. As gestantes que não recebem a referem contato por meio de mensagem no celular para repasse e troca de informações. Somente uma gestante refere ausência de ambos os contatos pela falta de vínculo.

“[...] Recebo visita domiciliar da minha ACS uma vez por semana, ela vai lá em casa ver como eu estou”. (G06).

“Visita domiciliar até recebo da ACS, mas como trabalho, não é sempre que estou em casa [...]”. (G26).

“[...] Visita domiciliar nunca recebi de nenhum profissional”. (G07).

Os resultados encontrados estão relacionadas às vivências, expectativas e necessidades antes e no decorrer da gestação, bem como à influência de experiências anteriores que foram positivas ou negativas como base de referência para a resposta. Percebe-se que a percepção do pré-natal ideal está ligada à superação de diversas fragilidades no cuidado e na continuidade das boas práticas.

Sobre os aspectos de compreensão do cuidado esperado e recebido, percebe-se que estão relacionados ao cuidado prestado pela enfermeira e pelo

profissional médico, focos do cuidado no pré-natal. Apesar do interesse e satisfação da gestante em relação a diversos aspectos do cuidado da enfermeira, é evidente a influência do modelo biomédico nas percepções. O meio social em que a gestante está inserida, as experiências anteriores e a maneira como o cuidado foi conduzido influenciam este processo. A pandemia permeou diversas mudanças ligadas a uma gestação não planejada e a adaptações institucionais para atendimento do usuário.

Tendo em vista o contexto vivido pela pandemia do Covid-19 e os inúmeros desafios impostos especialmente à rede de atenção à saúde, são visíveis os reflexos no âmbito da atenção ao pré-natal. Os diversos pontos elencados permitiram identificar variadas percepções que tornaram a vivência e as expectativas em relação ao pré-natal e à gestação afetadas e modificadas, tornando-se um contexto complexo de ser vivenciado. O apoio e o cuidado da equipe de saúde foram essenciais neste processo no sentido de proporcionar um cuidado mais humanizado e integral.

5.3.2 Categoria 02 - O cuidado recebido no pré-natal a partir das vivências e expectativas das gestantes

Esta categoria contempla as classes 02 e 03 e 05 com 274 STs do total classificado, correspondente a 37,5% do conteúdo lexicográfico analisado. Nestas classes, os vocábulos têm X^2 variando de 226,05 a 4,05 e p de 0,0001 a 0,04111, e aqueles com valores mais altos e significativos são citados a seguir: testes rápidos, exame, pedir, carteira, encaminhar, gravidez, teste da mãe, planejar, anotar, sangue, BCF, escutar, altura uterina, medir, barriga, examinar, verificar, pressão arterial, consultar, explicar, apertar, peso, duro, minuto, preventivo, ouvir, ginecológico, tomar, orientar, perda, líquido, enjoo, sulfato ferroso, sangramento, remédio, comer, dor, alimentação, fruta, odontologista, orientação, encaminhamento, atividade, receitar, alimento, ácido fólico, diabetes.

Destaca-se que as palavras citadas foram consideradas de maior relevância na análise dos resultados, visto que o número de palavras identificadas e analisadas individualmente faz parte de um contexto mais abrangente das entrevistas.

Os temas que emergiram a partir de reflexão dos resultados identificados referem-se aos cuidados e rotinas realizadas ao longo das consultas de pré-natal, o

papel desempenhado pelos profissionais enfermeira e médico neste processo e a educação em saúde experienciada pelas gestantes.

No que concerne ao contexto de cuidado recebido na consulta de vinculação de pré-natal realizada exclusivamente pela enfermeira e às demais rotinas de pré-natal nas consultas subsequentes, bem como às percepções ligadas ao cuidado, algumas percepções foram geradas após o cuidado recebido, entre elas, aquelas relacionadas ao acolhimento adequado, atenção, agilidade e qualidade no atendimento.

Houve uma percepção de expectativa de mais detalhes no momento do cuidado, como exame físico completo e atendimento inadequado de enfermeira substituta, que aparentou dificuldade na execução da consulta. Ainda, foi referido que o pré-natal inicia de fato quando há agendamento da primeira consulta com o médico, não visualizando a consulta de vinculação como inclusa no pré-natal. Alguns trechos evidenciam as percepções citadas:

“A primeira consulta de pré-natal foi legal, a enfermeira foi bem atenciosa [...]”. (G02).

“[...] A primeira consulta foi muito boa [...] a enfermeira me encaminhou para a médica, para dar início ao pré-natal de fato [...] não me examinou [...]”. (G12).

“Eu e a enfermeira conversamos muito mais sobre o aborto do que sobre a gestação atual, me orientou a fazer os exames, que ia dar tudo certo, me consolou bastante”. (G08).

“[...] A consulta foi com uma enfermeira que tinha começado recentemente [...] não era dali, não sabia atender”. (G13).

Entre as etapas das entrevistadas na consulta de vinculação, podemos citar a anamnese, fluxo de exames, exame físico, encaminhamentos, orientações, manejo da Carteira da Gestante e tempo de consulta. Em relação ao tempo de duração da consulta, ele variou de 15 a 90 minutos. Uma gestante refere ter sido atendida rapidamente, pois havia muitos usuários aguardando atendimento. A seguir são detalhados os resultados relacionados a cada etapa citada.

Os questionamentos levantados pela enfermeira na anamnese, de acordo com as entrevistadas, foram relacionados a queixas, história pessoal sobre contexto de vida, estado civil e filhos, histórico de violência, história familiar de comorbidades,

hábitos de alcoolismo e tabagismo, história obstétrica, detalhes sobre comorbidades e tratamento, rotinas do dia a dia, alimentação, planejamento familiar e parceiros.

Entre os itens questionados, os de maior destaque foram relacionados à história obstétrica e ao planejamento familiar relacionado à aceitação da gestação pela gestante e pelo parceiro. Uma das entrevistadas referiu que serviu para identificar seu perfil e o grau de entendimento para condução adequada do pré-natal. Percebeu-se que o tempo despendido na consulta de vinculação remete à dificuldade de se recordar de detalhes ou de questionamentos relacionados ao primeiro atendimento no pré-natal.

Sobre a triagem dos exames, foi levantada de forma unânime a realização de testes rápidos para detecção precoce de IST (HIV, sífilis e Hepatite B). A maioria das entrevistadas entende o objetivo dos exames, referindo ter recebido orientação relacionada a esses exames, algumas se recordam das doenças detectadas e outras não. Somente uma gestante referiu ter recebido o diagnóstico de sífilis e foi encaminhada ao tratamento na mesma data, as outras referiram resultados negativos para todos os testes. O Teste da Mãezinha foi feito por diversas entrevistadas.

Foi mencionado com frequência ter recebido solicitação de outros exames, incluindo exame de sangue, urina, fezes, exame de confirmação de gestação, agendamento de preventivo e ecografia obstétrica. Percebe-se que a realização dos testes rápidos e os pedidos de exames estão ligados aos destaques de atividades da consulta de vinculação. Foi citada a prescrição do sulfato ferroso somente uma vez.

Na etapa do exame físico, percebe-se fragilidade na execução, tendo sido feita ocasionalmente avaliação abdominal e de mamas. Houve referência à ausência de batimentos cardíacos fetais (BCF) na consulta de vinculação devido à idade gestacional. Algumas entrevistadas mencionaram ter recebido questionamento sobre sintomas urinários e corrimento. Um relato trouxe que tinha expectativa de consulta mais detalhada e sobre receber exame físico. Foi citada a triagem com aferição de pressão arterial e peso. Encaminhamento para outros profissionais não foi citado como recebido pela maioria na consulta de vinculação, somente ao odontologista, psicólogo e ao alto risco conforme indicação.

Em relação às orientações, a maioria refere não ter recebido. Foram citados orientação sobre o processo gestacional no geral, fluxo e protocolo de exames,

seguimento de orientações escritas na Carteira da Gestante, agendamento da próxima consulta, rotina de pré-natal, indicação de alto risco realizada pelo profissional médico e informações sobre parto e prematuridade.

Uma das gestantes tirou suas dúvidas referentes ao que o sistema poderia oferecer no SUS e como seria o pós-parto, bem como a possibilidade de inserção do Dispositivo Intra-Uterino (DIU) neste momento. Uma das entrevistadas mostrou preferência pela orientação médica, questionando a competência da enfermeira para fazê-lo. Orientações relacionadas à Carteira da Gestante não foram realizadas unanimemente na consulta de vinculação. Foi identificada uma percepção de que a enfermeira apresentava fragilidade na compreensão do instrumento.

Foi citado que na consulta de vinculação foram inclusos no sistema do pré-natal seus dados, vinculado maternidade de referência, aberto Carteira da Gestante e que os detalhes são anotados. No que se refere à maternidade de referência, em uma entrevista foi citada a importância de ter sido referenciada para um Hospital Amigo da Criança. Somente uma entrevistada falou sobre o médico que iniciou as anotações e que não houve preenchimento na consulta de vinculação. Uma participante referiu que a consulta de vinculação serve para abertura da Carteira da Gestante.

As consultas subsequentes são intercaladas pela enfermeira e médico, e foram referidas que muitas vezes são realizadas de maneira mais técnica, independentemente do profissional que a executou, com objetivo de verificação do estado geral, BCF e altura uterina, exames e anotação na Carteira da Gestante. A maioria das gestantes referiu estar em fase de fazer uma consulta ao mês com média de duração de 20 a 60 minutos, no terceiro trimestre da gestação, a cada 15 dias.

Emergiram diversas percepções em relação ao processo gestacional e ao cuidado recebido no pré-natal de maneira integral, incluindo aspectos emocionais de expectativa, tranquilidade, alívio e afeto após ouvir o BCF, com grande significância na gestação. Uma das entrevistadas referiu a expectativa da consulta ser direcionada ao feto. Tais trechos trazem estas falas:

“[...] Só esperava mais para escutar o BCF, escutei e fiquei tranquila [...]”.
(G24).

“[...] Gosto de escutar o BCF, esses dias estava preocupada, ele não se mexeu, vi que chocolate, café, refrigerante, estimula também quando está muito parado, tomo um pouco de café funciona”. (G19).

Em relação à percepção do cuidado relacionado às consultas subsequentes, as gestantes expressam diversos aspectos de satisfação em relação ao pré-natal como um todo. São citadas a atenção, educação, atendimento completo e de qualidade, resolução de necessidades, explicações, retirada de dúvidas. O médico foi associado com maior frequência às consultas subsequentes. Em menor frequência, foram citadas fragilidades nas explicações e orientações na competência médica para cuidado pré-natal. Alguns trechos exemplificam:

“A consulta com a médica foi muito boa, perguntei tudo e ela respondia [...] me explicou tudo, pediu para fazer morfológica, é detalhista e educada [...]”. (G07).

“Só anotam na carteirinha, se tiver que passar ecografia passam, mas não tem uma conversa de conhecimento sobre gestação [...]”. (G25).

Em relação a aspectos de troca de saberes, emerge que na consulta as gestantes são questionadas sobre estado geral, dor e melhora de sintomas. A maioria refere não receber explicações detalhadas sobre os processos, é informado o que está sendo realizado e se os resultados estão conforme o esperado, tanto de exames quanto de achados na anamnese e no exame físico. Em menor frequência, foi mencionado diálogo com explicações abrangentes relacionadas ao processo gestacional. Os trechos a seguir evidenciam tais aspectos:

“[...] Explicava se estava tudo bem, o que estava fazendo, só não explicava porque servia”. (G19).

“[...] Senti que a área de gestantes ela não domina (médica), mede a altura uterina, escuta o BCF, mas na hora de se sentar mais anota do que conversa, ela quer que eu fale, mas quando eu falo ela não sabe orientar”. (G25).

Em relação ao exame físico, é feita aferição de peso, da pressão arterial, da glicemia e, ocasionalmente, da temperatura. É mencionada com grande frequência a verificação do BCF e da altura uterina. Uma entrevistada citou ouvir o BCF a partir de 12 semanas de gestação. É feito, não de forma unânime, exame físico do abdome com palpação no momento da ausculta do BCF, a maioria afirmando não ter sido feito de maneira completa.

Sobre as mamas, uma entrevistada refere ter sido examinada, outra refere ter sido questionada, porém não foi examinada. Foi referida em uma entrevista a identificação do som da placenta na ausculta do BCF e diferenciado verbalmente o som para maior compreensão. Percebeu-se comparação com exame físico em gestações anteriores e no cuidado de pré-natal de alto risco.

Em relação ao exame preventivo, percebe-se que algumas gestantes o fizeram como rotina no pré-natal, porém algumas não o fizeram por receio e insegurança. Houve uma orientação de fazer o preventivo no pré-natal com 23 semanas de gestação. Uma entrevistada referiu nunca ter feito preventivo durante sua vida. Percebe-se ausência de busca ativa para controle.

De acordo com os resultados, os itens de atividades mais citadas referem-se aos exames, tanto laboratoriais, quanto ecografias. É dada ênfase em relação ao recebimento de solicitações, entrega de resultados para checagem médica, inclusão de resultados no sistema, solicitação de exames por dor ou insegurança, ansiedade para fazer ecografia e triagem de sintomas urinários. Foi citada a reavaliação por meio de exames após tratamentos de infecções como sífilis, infecção do trato urinário e controle da tireoide.

Em relação ao entendimento quanto à indicação e resultados dos exames, a maioria das entrevistadas compreende este fluxo de maneira superficial. A maioria refere não receber explicações detalhadas sobre as indicações e os resultados, algumas vezes gerando ansiedade.

É citado que por vezes é explicado sobre itens como peso, Índice de Massa Corporal (IMC), pressão arterial, altura uterina, BCF, incompatibilidade sanguínea, anemia e peso do bebê. A consulta é vista como um momento propício para retirada de dúvidas que são na maioria sanadas. Percebeu-se escassez de orientações sobre vacinas. Algumas orientações e cuidados são referidos como esquecidos em razão do excesso de informações ao longo da gestação. A seguir, as frases exemplificam:

“Não me explicavam por que via altura uterina, acho que é para ver as semanas se estão corretas, minha medida sempre dava 2 cm a mais, nessa consulta normalizou, a enfermeira disse que agora está correta”. (G12).

“[...] Não me orientaram sobre quando procurar a emergência, li na carteirinha sozinha”. (G07).

“Trabalho de parto não lembro se me falaram [...] amamentação tenho certeza que não falaram, não examinavam, só escutavam o BCF, na triagem fazem exame de glicose, pressão arterial e peso”. (G20).

“Fiz o preventivo com a enfermeira, não me explicam porque fazem algumas coisas, como a altura uterina por exemplo, só examina a barriga, mas as mamas nunca examinam [...]”. (G11).

De acordo com os resultados identificados, as orientações que as entrevistadas mais receberam foram relacionadas às alterações pertinentes para a busca da maternidade ou unidade de urgência e emergência, que são o sangramento, dor em cólica, contrações de 10 em 10 minutos com duração mínima de quatro segundos, ausência de movimentos fetais, perda de líquido e sintomas urinários.

Os cuidados com alimentação são citados com frequência. Referem-se à adoção de hábitos de vida saudáveis, com alimentação em intervalos de três em três horas, em pequenas porções, não comer em grande quantidade, não pular refeição, incluir na dieta frutas e verduras, variabilidade de tipos de alimentos, evitar carboidratos simples, massas e guloseimas. É citado que as orientações que estão inclusas na carteirinha referentes à temática devem ser seguidas. As frases a seguir são exemplos de tais resultados:

“Me orientou a me cuidar, me alimentar bem, não comer muita coisa e comer aos poucos [...] perguntei se tinha algum alimento que fazia mal, ela disse que não [...]”. (G02).

“ [...] Me orientaram a fazer pequenas refeições, comer fruta [...]”. (G10).

“ [...] Orientaram para não pular refeição, comer de 3 em 3 horas, me passaram as orientações da carteirinha com a dieta para ajudar na alimentação”. (G07).

Um dos motivos mais citados para a adoção de hábitos saudáveis refere-se à presença de diabetes para controle e prevenção. Outro motivo citado para adoção de hábitos saudáveis é para prevenção de nascimento de criança obesa. Uma das entrevistadas referiu ter engravidado com sobrepeso e devido a isso foi orientada a tomar cuidado com o ganho de peso para prevenção de hipertensão na gestação e outras comorbidades. Houve presença de dificuldade para agendamento de nutricionista na rede de atenção ao pré-natal de alto risco, devido a isso, duas das entrevistadas referiram dificuldade para controle de dieta para diabetes.

Ligada aos registros, a Carteira da Gestante é mencionada com frequência como um componente da consulta de pré-natal, sendo algumas vezes o foco do relato relacionado à consulta. É feito o registro das informações de exames e de dados gerais da gestante na carteira e no sistema. Uma entrevistada cita que não foi feito o registro em uma consulta.

Em relação ao entendimento sobre os dados inclusos no material, algumas entendem por manusearem por conta própria, outras referem ter sido orientadas brevemente sobre alguns itens inclusos como vacinas, consultas e dados do recém-nascido.

A maioria não recebeu explicações completas relacionadas à Carteira da Gestante. As entrevistadas mencionam ter recebido explicação sobre o objetivo de acompanhamento da gestação e de estar sob guarda da gestante. É um documento reconhecido pelas entrevistadas como importante, reconhecem alguns dados como idade gestacional e dados do bebê. Algumas entrevistadas referem saber os dados que Carteira da Gestante contém porque leem por conta própria. A maioria das entrevistadas afirma não ter recebido explicações mais abrangentes. Alguns trechos evidenciam os resultados:

“Fez a carteirinha para acompanhar o pré-natal, que vai ser anotado tudo ali, só não explicou os itens da carteirinha [...]”. (G25).

“Trouxe os resultados, começaram anotar tudo certo na carteirinha, as partes principais elas explicaram [...]”. (G26).

“[...] a carteirinha não explicou, só foi preenchendo [...]”. (G23).

“[...] tudo o que está anotado na carteirinha a médica me explicava, sobre os gráficos que acompanham meu tamanho e do bebê, também pela ecografia, mostrou o percentil dele.” (G12).

Em relação a outros componentes do cuidado no pré-natal, foram identificadas a realização de vacinas, prescrição do sulfato ferroso, controle de comorbidades, referência e contrarreferência com o pré-natal no alto risco. Encaminhamentos para outros profissionais foram principalmente para o odontologista.

O serviço nutricional foi mencionado, porém com maior acessibilidade no alto risco pela dificuldade de agenda via UBS, pois, com a demora, a gestante acaba optando por adotar hábitos alimentares de maneira individual. Foram identificados diversos aspectos sob a ótica das gestantes, relacionado ao cuidado pré-natal em

relação às rotinas durante as consultas. É possível perceber que cada gestante vivencia, interpreta e reflete o cuidado recebido de acordo com sua trajetória.

Em razão da presença de episódios de náusea, citados com frequência, os hábitos alimentares são ajustados com a inserção de frutas ácidas para auxiliar na ingestão. A ingestão de água foi frisada, porém não houve indicações específicas. A dificuldade com intestino preso e a piora com o uso do sulfato ferroso foram citadas, assim como o reforço das orientações alimentares para melhoria dos sintomas.

A prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico foi citada com frequência. As orientações recebidas para ingestão adequada referiram-se à quantidade, horário, ingestão antes do almoço com suco de laranja ou limão para otimizar a absorção e ingerir todos os dias até o final da gestação. Uma entrevistada referiu que, devido à dificuldade de evacuar, solicitou orientação de medidas para a enfermeira, porém houve divergência de orientações. Seguem trechos que exemplificam:

“[...] A médica falou do sulfato ferroso, que se tomar antes do almoço com suco de limão ou laranja absorve mais o ferro, isso eu não sabia”. (G05).

“[...] Sulfato ferroso e ácido fólico, falou os horários, quantidades e me passou receita [...]”. (G07).

“Só tomei sulfato ferroso e ácido fólico, não falou nada se era pra continuar”. (G25).

Além da prescrição do sulfato ferroso e ácido fólico, foram citados recebimento de prescrição e uso se necessário de medicação para náusea e dor. Ainda foi mencionado para não se automedicar, comparecer às consultas e fazer os exames solicitados.

Os resultados trouxeram a presença de verificação de esquema de imunização. Foi referido que foram orientadas quanto à data de tomar, intervalo de dose dTpa com vacina de prevenção do Covid-19 e gripe. Algumas gestantes referem não ter recebido orientação sobre o assunto.

Houve presença de orientações para prevenção de toxoplasmose, como restrição de contato com fezes e urina de animais, bem como com alimentos mal lavados. Outros cuidados citados foram a realização de atividades físicas leves, restrição de esforço físico principalmente no 1º trimestre gestacional, evitar estresse, evitar queda.

Outros itens, citados em menor escala, foram relacionados às informações breves sobre a fisiologia do trabalho de parto, amamentação e corrimento. Algumas entrevistadas referem ter apresentado dúvidas concernentes a tais temáticas e ter discutido o assunto junto ao profissional, incluindo perda de líquido, sangramento, dor, náusea, movimentação fetal. Percebe-se que, de acordo com os questionamentos apresentados ou alterações clínicas, foram dadas as tratativas e orientações por meio de consulta.

Gestantes com comorbidades, principalmente com diabetes gestacional, receberam orientações mais específicas em relação à gravidade, riscos maternos e fetais, controle de glicemia, utilização de insulina e cuidados alimentares. Outra entrevistada refere fazer acompanhamento e, por ser portadora de asma, faz acompanhamento com pneumologista e a USF dá o suporte necessário.

Outras orientações não citadas não foram feitas pela ótica das gestantes. Por vezes houve divergência em relação à orientação fornecida de acordo com cada profissional. Algumas entrevistadas se mostraram frustradas pela escassez de informações, buscando alternativas na internet e rede de apoio social.

Destaca-se que não são todas as entrevistadas que recebem todas as orientações citadas, cada uma recebeu algumas de forma aleatória, distribuídas nas consultas, não apresentando uniformidade no âmbito da educação em saúde com gestantes.

Apesar da satisfação geral da maioria das gestantes, pela análise dos dados foram identificados diversos cuidados voltados ao pré-natal. Há uma referência maior para a realização de exames, ausculta de BCF, verificação de altura uterina e aferição de sinais vitais. Alguns aspectos voltados a um maior detalhamento no processo gestacional não é executado frequentemente. Em relação ao aspecto educacional, foram identificadas orientações sobre cuidados gerais na gestação.

6 DISCUSSÃO

Na discussão, foram trazidos diversos autores que sustentam os resultados identificados. Para maior clareza, a discussão foi organizada em dois eixos temáticos, da mesma forma que nos resultados. O primeiro eixo temático é referente às vivências e percepções das gestantes acerca do cuidado recebido. O segundo eixo temático refere-se à discussão dos cuidados recebidos no pré-natal sob a ótica das gestantes, apontando para a competência da enfermeira no pré-natal.

6.1 CATEGORIA 01 - O CUIDADO ESPERADO E IDEALIZADO NO PRÉ-NATAL A PARTIR DAS VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DAS GESTANTES

Tendo em vista a caracterização das participantes do estudo, destacam-se algumas informações pertinentes de serem discutidas. Estudo de Assunção *et al.* (2019), voltado para percepção de gestantes em relação ao pré-natal, apresenta caracterização similar sobre escolaridade baixa e menor nível socioeconômico.

Pesquisas internacionais demonstram que o nível socioeconômico das gestantes influencia a percepção do cuidado durante o pré-natal (LEAHY-WARREN *et al.*, 2021; RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2021; PRUDÊNCIO; MAMEDE, 2018). Os resultados desta pesquisa alinham-se ao perfil identificado na literatura, visto que se percebeu influência de tais fatores citados na percepção em relação à gestação e ao pré-natal.

O perfil de gestantes encontrado por outros estudos referentes às percepções quanto ao pré-natal tem similaridade com a presente pesquisa, com gestantes majoritariamente casadas ou em união estável, renda em torno de um a dois salários-mínimos e predominância de gestações não planejadas (BOREL *et al.*, 2021; KAWATSU *et al.*, 2020; BEZERRA; OLIVEIRA, 2021).

Estudo conduzido no Nepal, com população de nível socioeconômico inferior, mostra a limitação de conhecimento da gestante para expressar a qualidade no cuidado recebido no pré-natal, visto que espera cordialidade e ausência de negligência (RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2021). Esta pesquisa confirma em parte os achados deste estudo, visto que algumas gestantes têm dificuldade para expressar aspectos do cuidado em razão de seu conhecimento limitado.

Em contrapartida, estudo na Irlanda com mulheres de classe socioeconômica alta, com predominância de ensino superior completo e planejamento familiar, mostrou maiores possibilidades de escolha de cuidados. Mulheres de classe socioeconômica menor, sem acesso a cuidados particulares, têm menor empoderamento para a escolha de cuidados em saúde (LEAHY-WARREN *et al.*, 2021).

Em relação ao planejamento reprodutivo na pandemia, foi identificada dificuldade de aceitação de gestação não planejada durante este processo. O acolhimento foi citado como fator facilitador para aceitação. Vale destacar que foi reconhecida a necessidade de planejamento familiar adequado para um pré-natal ideal. Destaca-se que a aceitação da paternidade também está relacionada a um fator dificultador no seu envolvimento nos cuidados pré-natais, afetando o processo gestacional como um todo (BOREL *et al.*, 2021).

Estudo de Assunção *et al.* (2019) verificou, na percepção de gestantes, a importância atribuída ao pré-natal. As gestantes reconheceram a importância do acompanhamento para mãe e bebê, verificação do desenvolvimento e detecção de complicações. Os resultados vão ao encontro dos achados desta pesquisa, visto que é perceptível a adesão ao pré-natal.

Neste sentido, destaca-se que, de acordo com o MS (2013), o objetivo do pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo um parto de recém-nascido saudável, sem impacto à saúde da mulher, abordando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas.

A percepção em relação ao atendimento recebido no pré-natal é essencial para discutir a qualidade. É necessário que as gestantes compreendam os diversos aspectos do cuidado, para que a qualificação seja compreendida e identificada adequadamente (RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2021).

Prudêncio e Mamede (2018) concordam com o estudo anterior, acrescentando a necessidade de conhecimento do perfil de mulheres quanto ao nível de alfabetização e compreensão. Esta pesquisa contribui com os achados neste estudo, visto que as percepções servem de subsídio para melhoria do pré-natal ofertado na APS pela identificação de potencialidades e fragilidades.

Identificou-se que a primeira gestação é permeada por diversas mudanças que demandam adaptação. De acordo com Costa *et al.* (2010), o início e o desenvolvimento de uma gestação são vistos como fenômenos complexos, embora

não sejam caracterizados como doença. Entretanto é um momento com significativas alterações fisiológicas, orgânicas e psicológicas, que repercutem em todos os âmbitos da vida da mulher e da família (BORGES, 2019; COSTA *et al.*, 2010; ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019). Todas as alterações caracterizam um novo ciclo de vida da mulher, cheio de novidades e preocupações, gerando ansiedade (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019).

Estudo conduzido em Portugal traz aspectos referentes às especificidades ligadas à vivência da gestação, posto que é moldada desde a relação maternal da gestante com sua mãe ao longo da vida. Os achados mostraram associação da vivência de pré-natal anterior com a atual, visto que a vinculação anterior serve como subsídio para a gestante refletir sobre a qualidade do cuidado prestado. A gestante primigesta investe maior energia na vivência da gestação e na formulação de vínculo com o bebê (BORGES, 2019). Os achados da literatura nos permitem associar os resultados encontrados, em razão das diferenças da forma como a gestante primigesta e multigesta vivencia a gestação e o pré-natal.

Em relação às percepções ligadas à pandemia, estudos mostram que as principais preocupações e temores da pandemia foram relacionados a ter Covid-19 e ser internada na unidade de terapia intensiva (UTI), o bebê apresentar indicação de UTI neonatal, óbito, transmissão de forma vertical, má formação fetal pelo fato de a mãe estar com Covid-19, não ter acompanhante no momento do parto e pós-parto imediato e não poder amamentar seu filho. O momento do internamento para o parto é o que gera maior medo e preocupação voltados para a contaminação (ARRAIS *et al.*, 2021). Estes achados estão diretamente alinhados com os resultados encontrados nas entrevistas.

No que diz respeito às expectativas durante o pré-natal, estudos internacionais identificaram dificuldade de gestantes em expressar qualidade do atendimento e não terem expectativas em relação à Unidade. Neste sentido, as mulheres não exigirão cuidados se não compreenderem seus direitos básicos (RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2021). Quanto menor o conhecimento, as expectativas são menos fundamentadas (OLIVEIRA, 2019).

Estudo conduzido com o uso de instrumento para medida de expectativa do cuidado, da versão brasileira do *Patient Expectations and Satisfaction with Prenatal Care* (Pespcc), identificou presença de baixa expectativa relacionada ao cuidado

integral e alta satisfação do cuidado voltado ao atendimento dos profissionais de saúde (PRUDÊNCIO; MAMEDE, 2018).

Neste sentido, os cuidados já recebidos ao longo da vida modelam as expectativas (BORGES, 2019). Na presente pesquisa, há duas vertentes em relação às expectativas. A primeira é relacionada principalmente à primigesta, pela ausência de referência de pré-natal, o que leva à deficiência de expectativas e idealizações. A segunda é voltada para acolhimento e escuta qualificada, com ênfase no cumprimento de rotinas preconizadas. Não foram encontradas outras literaturas que detalhassem as expectativas e idealizações do pré-natal.

Em relação à expectativa de esclarecimentos e orientações, destaca-se que alguns estudos verificaram a necessidade de melhorias em relação à qualidade das orientações oferecidas no intuito de proporcionar compreensão da gestação de maneira positiva (CABRAL *et al.*, 2018; BEZERRA; OLIVEIRA, 2021; OLIVEIRA, 2019). Destaca-se que o profissional que faz orientações em maior abundância geralmente é a enfermeira por meio das consultas (CABRAL *et al.*, 2018).

Assunção *et al.* (2019) trazem que as gestantes referiram a expectativa de receber orientações e fazer troca de vivências. Tais achados confirmam os encontrados nesta pesquisa, referentes à demanda por orientações durante o processo gestacional, progredindo com a proximidade do parto. Alguns resultados de Kawatsu *et al.* (2020) evidenciaram a escassez de orientações, supridas muitas vezes na maternidade. Lemos e Madeira (2019) trazem que a enfermeira é a profissional que geralmente retira dúvidas e proporciona maior atenção.

A proximidade do parto gera ansiedade e medo ligados ao momento do nascimento, e na pandemia a ansiedade tornou-se exacerbada. De acordo com Cabral *et al.* (2018), os principais receios no pré-natal referem-se ao parto e nascimento. Em relação às perspectivas sobre o nascimento, elas são principalmente voltadas para o nascimento de um bebê saudável sem complicações. Um cuidado singular e acolhedor promove maior segurança para o momento do parto (SOARES *et al.*, 2021).

Foi citada a presença de orientações relacionadas ao contágio pelo Covid-19. Pesquisas trazem o papel da enfermeira na APS como imprescindível durante a consulta de pré-natal ou puerperal, visto que, além das rotinas preconizadas na consulta, os cuidados devem incluir orientações, desmistificação de algumas ideias preconcebidas e medidas de prevenção como uso de máscaras, higiene das mãos

e superfícies e distanciamento social. Estes espaços podem ocorrer em grupos de gestante e salas de espera (ESTRELA *et al.*, 2020).

A educação em saúde no pré-natal não se resume a repasses de informações, havendo, sim, necessidade de criação de vínculo entre gestante e profissional, a fim de que haja uma troca de conhecimentos pautada na assistência humanizada e qualificada, com promoção e manutenção da saúde integral (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019). Tais achados se alinham aos encontrados na presente pesquisa, visto que foram identificadas a expectativa e a idealização do vínculo, o acolhimento e a escuta ativa para a troca de saberes.

Foi citada em uma entrevista a necessidade de planejamento familiar para que o pré-natal seja ideal, partindo da identificação da gestante que tem desejo de engravidar. O dado é interessante, visto que, ao contrário, Reis *et al.* (2020) trazem que a população pouco conhece sobre planejamento familiar, relacionado à temática principalmente à anticoncepção. Destaca-se que o enfermeiro tem papel fundamental nesta prática para defender o desejo de ter filhos ou não, fortalecendo o conhecimento sobre a temática.

Em relação à equipe de atendimento no pré-natal, discute-se o papel da enfermeira, visto ter ela sido referida como protagonista na consulta de vinculação, com diversos aspectos positivos do cuidado, principalmente devido ao acolhimento e à escuta ativa. Foi identificada idealização de consulta de vinculação de forma mais abrangente. Neste sentido, Lemos e Madeira (2019), por meio de estudo sobre percepções de gestantes, identificaram o diferencial da enfermeira no cuidado ao pré-natal, pois, além da realização dos procedimentos técnicos preconizados, foi identificada a relação interpessoal, com acolhimento e escuta qualificada, considerando a individualidade de cada gestante.

Estudos vão ao encontro dos aspectos da consulta de vinculação. Kawatsu *et al.* (2020) contribuíram com os achados, nos quais as participantes referem terem sido bem atendidas, com acolhimento adequado e retirada de dúvidas pela enfermeira na consulta de vinculação. Assunção *et al.* (2019) referem que, após consulta de vinculação com a enfermeira, foi evidente a satisfação da gestante, com aspectos emocionais positivos, remetendo à segurança, acolhimento, satisfação e confiança. Houve preferência pelo cuidado da enfermeira após o atendimento.

Em outra pesquisa voltada para percepção em relação ao cuidado, foi identificado que a maioria reconhecia quem era a enfermeira especialista de

obstetrícia e uma minoria não reconhecia. O acolhimento foi um fator essencial no estabelecimento de vínculo com o profissional (LEMOS; MADEIRA, 2019). Bezerra e Oliveira (2021) trazem que o acolhimento foi elencado como uma das fragilidades a ser superada, dadas as práticas de escuta qualificada inadequada que, muitas vezes, não superam as expectativas da gestante.

Em relação à satisfação do cuidado, em outros contextos internacionais, conforme é percebida a satisfação em relação às consultas, ela está relacionada ao recebimento de componentes preconizados, como tempo de espera adequado da consulta e fornecimento de medicação gratuita (RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2021).

Em outro estudo, desenvolvido por Andrade, Santos e Duarte (2019), a satisfação do cuidado foi associada ao componente acolhimento, respeito e compromisso da equipe. Destaca-se que os resultados deste estudo identificaram que as gestantes não conhecem a real amplitude do pré-natal, com visão biologicista de prevenção e tratamento de doenças. Tais resultados convergem com os encontrados nesta pesquisa, visto que, além dos componentes preconizados, são salientados o acolhimento recebido, a escuta ativa e o suprimento de necessidades.

Em outro contexto, as gestantes também mostram satisfação pelo cuidado recebido (KAWATSU *et al.*, 2020). Neste caso, a satisfação está relacionada à valorização quando são abertos espaços para diálogo, troca de conhecimento e experiências (SOARES *et al.*, 2021).

Na pesquisa de Bezerra e Oliveira (2021), a satisfação do cuidado foi prevalente com suprimento de dúvidas e qualidade do cuidado, porém houve algumas percepções negativas com insatisfação, citando a necessidade de melhorias relacionadas ao acesso a direitos básicos como exames e localização geográfica adequada. Na presente pesquisa, a insatisfação do cuidado esteve ligada principalmente aos momentos de orientação e troca de saberes, incompletude de exame físico e necessidade do médico especialista em obstetrícia.

Gestantes que tiveram experiência anterior de realização de pré-natal percebem evolução e melhoria do cuidado, sendo que atualmente as consultas buscam atender de forma mais singular e acolhedora, com abordagens mais horizontais e dialógicas, bem como o acréscimo do número de consultas favorece um pré-natal mais qualificado. Porém ainda existem desafios e fragilidades neste trajeto (SOARES *et al.*, 2021). Tais achados na literatura convergem com os

resultados encontrados nas entrevistas, visto que houve percepção de melhora do pré-natal com o passar dos anos, apesar de diversas fragilidades ainda permearem a realidade.

A limitação da presença do acompanhante foi afetada nos ambientes de cuidado pré-natal na pandemia, tendo em vista o significado que o acompanhante/parceiro representa na vivência da gestação. Estudo em relação à percepção da participação paterna no acompanhamento pré-natal mostrou a importância do acompanhante em exames como ecografia obstétrica, sendo fonte de apoio e cuidado no dia a dia para dividir as dúvidas e anseios (BOREL *et al.*, 2021). A participação do companheiro gera sentimentos de satisfação e felicidade (BOREL *et al.*, 2021; PRUDÊNCIO; MAMEDE, 2018).

Em um estudo, percebeu-se fragilidade em relação às consultas por se apresentar de maneira rasa, não adentrando questões fundamentais, como, por exemplo, tipos de parto e outros assuntos relacionados (SOARES *et al.*, 2021). Tais achados na literatura vão ao encontro dos dados identificados nesta pesquisa.

Levando em consideração a abordagem das consultas, é importante salientar que, de acordo com os resultados trazidos por Soares *et al.* (2021), as consultas de pré-natal ainda apresentam um cunho informativo e prescritivo ao invés de abordagens participativas e construtivas com a gestante para gerar autonomia e empoderamento. O empoderamento da gestante está diretamente relacionado às abordagens das consultas de pré-natal. Pohlmann *et al.* (2016) referem que para superação do modelo biomédico são necessárias estratégias como a criação de espaços públicos educacionais que empoderem as gestantes pela educação em saúde.

O acompanhamento por meio da atenção do alto risco também gera percepções comparativas com o pré-natal no âmbito da APS, bem como é referido como complemento do cuidado recebido. Estudo conduzido por Cabral *et al.* (2018) traz que gestantes que fazem acompanhamento no alto risco têm percepções diferenciadas pela maior complexidade ligada ao quadro gestacional. Kawatsu *et al.* (2020) complementam que gestantes acompanhadas no pré-natal de alto risco referem atendimento mais satisfatório, com orientações específicas e esclarecimento de dúvidas.

Silva e Pegoraro (2018) trazem que o acesso proporcionado pelo pré-natal na APS é visto como satisfatório. Neste âmbito, algumas percepções relacionadas à

efetividade do SUS causam surpresa, pois culturalmente esperam fragilidades do sistema. Tais achados vão a favor dos encontrados nesta pesquisa.

Estudo de Kawatsu *et al.* (2020) traz resultados que condizem com a efetividade da APS por meio dos princípios do SUS. Em detrimento, outros estudos, como os de Assunção *et al.* (2019), descrevem fragilidades estruturais e de acesso básico de exames e rotinas preconizadas, tempo de espera longo para atendimento, higiene precária do ambiente, entre outras fragilidades.

Em relação à busca por serviços de saúde, foi identificada a busca por outros serviços e órgão a fim de suprir algumas necessidades. Em contrapartida, estudo de Leal *et al.* (2020), discute tais fragilidades ligadas ao SUS, visto que a peregrinação pelo sistema de saúde ocorre principalmente quando se trata do local de nascimento pela ausência de vinculação à maternidade. Cita-se que o Sul do Brasil tem gestão da rede de atenção à saúde materna e infantil com maior efetividade, o que permite melhor qualidade da oferta de serviços neste âmbito.

Na organização dos serviços, com a pandemia, houve receio em relação ao atendimento hospitalar devido à superlotação. Adaptações principalmente na dinâmica de agendamento foram necessárias para melhorar a dinâmica do atendimento na APS. Silva *et al.* (2021) trazem os desafios impostos pela pandemia, no que diz respeito às necessidades de readequações de fluxos de atendimento, entre eles, o pré-natal. Pelo relato de experiência, foi possível verificar que, mesmo com as adaptações de acesso necessárias, é possível manter a qualidade do cuidado, atingindo os objetivos propostos.

Neste sentido, devido às incertezas inerentes aos estudos relacionados às possibilidades de infecção intrauterina, torna-se compreensível o medo ligado à contaminação pelo vírus. É essencial que o hospital conheça os direitos da gestante para proporcionar um cuidado humanizado e de qualidade. Para isso, deve ter protocolos de paramentação e ações de prevenção para evitar infecção pelo vírus (ESTRELA *et al.*, 2020).

O vínculo com os profissionais que fazem o pré-natal é valorizado e a mudança ao longo do pré-natal gera percepções negativas como insatisfação e insegurança (SILVA; PEGORARO, 2018). A literatura converge com os dados encontrados nas entrevistas, tendo em vista a insatisfação com o aumento da rotatividade profissional durante a pandemia.

A presença de vínculo com os profissionais é uma das expectativas valorizadas. Neste sentido, é essencial o alinhamento e a compreensão da equipe em relação à necessidade de um cuidado com qualidade para a gestante a fim de evitar morbidade e mortalidade materna e fetal (CABRAL *et al.*, 2018; BEZERRA; OLIVEIRA, 2021). Os resultados apontaram ainda insegurança pela ausência de vínculo com o médico da maternidade.

Nos achados, foi identificada prevalência de resultados que refletem a hegemonia do modelo biomédico, de cunho cultural e histórico, permeada por fragilidades. Percebe-se idealização de consultas subsequentes complementando todas as rotinas preconizadas, como exames e procedimentos e presença do médico especialista em obstetrícia. Esta concepção não permite a visualização da competência da enfermeira no cuidado pré-natal, sendo percebida às vezes após recebimento do cuidado.

Em pesquisa conduzida por Assunção *et al.* (2019), foi identificado que 60% das gestantes não sabiam da competência do enfermeiro para realização do pré-natal até o momento de serem atendidas. As gestantes que sabiam geralmente tinham experiências em pré-natal anterior. Diversos resultados apontam a preferência pelo atendimento do profissional médico.

Neste sentido, destacam-se Silva e Pegoraro (2018), ao trazerem resultados que complementam o raciocínio, em que o médico segue uma abordagem biologicista, voltada às atividades procedimentais. Enquanto o enfermeiro segue uma linha dialógica, levando em consideração outros aspectos da gestante, além do aspecto físico da gestação, prezando pelo estabelecimento de vínculo.

Estudo de Kawatsu *et al.* (2020) colaboram com tais achados em que algumas participantes referem maior confiança nos cuidados do profissional médico. Em contrapartida, outras participantes referem que o atendimento médico e da enfermeira é satisfatório com recebimento de orientações.

Soares *et al.* (2021) contribuíram de maneira que, mesmo sendo o médico citado com maior frequência como executor do pré-natal, houve resultado comparativo entre consulta médica e da enfermeira, evidenciando o diferencial da consulta de enfermagem permeada pelo diálogo, enquanto a consulta médica se apresenta de maneira mais impositiva (SOARES *et al.*, 2021). Oliveira *et al.* (2019) salientam que as equipes de atenção ao pré-natal ainda permanecem atuando por

meio da hegemonia do cuidado médico, deixando de lado a perspectiva multiprofissional e de educação em saúde.

Neste sentido, Pohlmann *et al.* (2016) discutem a identificação da permanência do modelo biomédico no pré-natal. Destacam que as gestantes não se sentem incomodadas com tal modelo, pois não o percebem como frágil, uma vez que não identificam a importância da identificação de outros aspectos pertinentes ao cuidado, como espaço de educação em saúde e a consideração de todos os aspectos humanos.

Os grupos de gestante são espaços de superação do modelo biomédico. Destaca-se que as gestantes atribuem importância aos grupos educacionais, visto que são importantes para o processo de retirada de dúvidas (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019; LIVRAMENTO *et al.*, 2019; SILVA; PEGORARO, 2018; KAWATSU *et al.*, 2020), assim como os resultados mostrados nesta pesquisa evidenciam. A pandemia restringiu a execução destes espaços, foram feitas tentativas de formações de outros tipos de grupos, porém não houve efetividade.

Andrade, Santos e Duarte (2020) trazem que a mobilização e a efetividade dos grupos de gestante são dependentes da iniciativa da equipe da APS, pois mesmo antes da pandemia já existiam fragilidades neste aspecto.

Enfermeiros mais proativos e líderes, com abordagens transversais, são capazes de transcender o olhar e o cuidado em saúde (SOARES *et al.*, 2021). São essenciais políticas públicas voltadas a uma atenção diferenciada para as gestantes e mães que vivenciam a pandemia, focadas na saúde mental (ARRAIS *et al.*, 2021). Neste sentido, Kawatsu *et al.* (2020) salientam a necessidade de o enfermeiro atuar ativamente além da gestação e nascimento, mas também na vivência das mulheres nesta fase de vida.

Prudêncio e Mamede (2018) sugerem a realização de outras pesquisas dentro da mesma temática de expectativas e avaliação do cuidado pré-natal para servir de subsídio para melhorias na qualidade do pré-natal ofertado. Estudos futuros devem associar satisfação e características da paciente e conhecimento em relação ao processo de cuidar (RAJBANSHI; NORHAYATI; HAZLINA, 2021).

A pesquisa permitiu identificar a amplitude do contexto que envolve as percepções da gestante em relação às vivências, expectativas e satisfação dos cuidados recebidos no pré-natal. As percepções têm uma gama variável, uma vez que cada indivíduo visualiza e interpreta o meio em que se encontra inserido de

diversas formas. A literatura a respeito das vivências é vasta, especialmente no âmbito nacional, enquanto estudos voltados às expectativas são mais escassos.

6.2 CATEGORIA 02 - O CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL A PARTIR DAS VIVÊNCIAS E EXPECTATIVAS DAS GESTANTES

Pelos resultados identificados sob a ótica das gestantes, diversos cuidados recebidos permitiram identificar a competência da enfermeira, por se enquadrar em habilidades e atitudes expressas. Ainda foi possível discuti-los quanto às potencialidades e fragilidades na prática, bem como quanto às recomendações preconizadas pelo MS para melhores resultados.

Competência é uma habilidade adquirida pela experiência e pelo conhecimento adquirido. Engloba um conjunto de habilidades que podem funcionar efetivamente sob várias circunstâncias e atitudes e para utilizar as habilidades, portanto a atitude é influenciável neste âmbito (FUKADA, 2018).

Estudo realizado na China, que apresenta discrepâncias na taxa de mortalidade materna em cada região, avaliou a autopercepção de enfermeiras obstetras em relação às competências. Evidenciou-se que em regiões de baixa mortalidade materna a autopercepção sobre competência para o cuidado obstétrico é maior, assim como em locais de alta mortalidade materna, as profissionais se veem com menos competência para a prática (HUANG *et al.*, 2020).

No contexto da competência da prática obstétrica de enfermagem, são elencadas algumas categorias, divididas em competências gerais, pré-natal e planejamento reprodutivo, cuidado durante trabalho de parto e parto e cuidado contínuo de mulheres e recém-nascidos (ICM, 2019).

Cada competência identificada se enquadrou nas categorias referentes à competência geral, competência do pré-natal e planejamento reprodutivo. Competências referentes às outras categorias voltadas para parto, nascimento e pós-parto não foram possíveis de serem identificadas visto o objetivo do estudo.

O MS (2013) preconiza que o pré-natal seja idealmente iniciado no 1º trimestre gestacional, bem como que as consultas sejam intercaladas entre médico e enfermeira. Estudo conduzido por Livramento *et al.* (2019) identificou dados relacionados ao assunto. Em relação ao início do pré-natal, foi até 12 semanas de gestação. A maioria das gestantes entrevistadas consultou em maior número com

enfermeira do que com médico. Os dados da presente pesquisa evidenciam resultados diferentes, visto que o número de consultas foi equilibrado entre médico e enfermeira.

O MS (2013) determina a realização de uma consulta ao mês até 28 semanas de gestação, conforme identificado no estudo. Com a evolução da gestação, é indicado consultar cada 15 dias de 28 a 36 semanas de gestação e semanalmente no termo.

Em relação ao tempo despendido, os resultados mostraram uma média de duração de 20 a 60 minutos, não sendo identificado como um fator determinante da qualidade da consulta, exceto por uma gestante que se referiu à consulta com tempo de 60 minutos como associado à qualidade do cuidado prestado. Em contrapartida, em estudo de Livramento *et al.* (2019) houve presença de incômodo da gestante em relação à rapidez da consulta. Silva e Pegoraro (2018), por meio de entrevistas, identificaram que as consultas com tempo curto não permitiam discutir dúvidas e orientações.

Os resultados trouxeram menção à inserção dos dados da gestante no sistema, vinculação à maternidade de referência e abertura da Carteira da Gestante. De acordo com o MS (2013), é necessário o cadastro da gestante após confirmação da gestação com preenchimento no sistema SisPreNatal, fornecendo e preenchendo a Carteira da Gestante.

O MS (2013) traz que o documento deverá conter todas as anotações relacionadas ao estado de saúde da gestante, desenvolvimento do bebê e resultados de exames. Estudo evidenciou incompletude em relação aos dados presentes na Carteira da Gestante, e tal fato causa preocupação em relação ao desfecho gestacional (MARCOMINI *et al.*, 2019). Esta pesquisa confirma tais achados.

Alguns resultados apontaram, conforme discutidos na categoria anterior, a dificuldade de identificação das expectativas em relação ao pré-natal e conhecimento frágil sobre a saúde reprodutiva. Neste sentido, chama atenção a necessidade de desenvolvimento da competência “1.g viabilizar escolhas individuais da mulher sobre cuidado”, na qual as habilidades e atitudes a serem desenvolvidas são voltadas à identificação de necessidades das usuárias e ao fornecimento de orientação sobre saúde sexual e reprodutiva (ICM, 2019).

Neste sentido, estudo no Japão discute a amplitude do conceito de competência e as habilidades, atitudes e conhecimento voltados para a prática da enfermagem. Evidencia-se que o cuidado deve ser focado no vínculo, com processo de enfermagem que englobe todos os aspectos do indivíduo, pautado na promoção da saúde, com gerenciamento contínuo do cuidado (FUKADA, 2018).

Achados referentes à presença de vínculo, acolhimento, escuta ativa e cuidado interpessoal prevalecem na pesquisa e permitiram identificar a competência “1.h demonstrar comunicação interpessoal eficaz com mulheres, famílias, equipes de saúde e grupos comunitários”, e inseridas nas habilidades e atitudes relacionadas estão a escuta de outros de maneira imparcial e empática, promover a expressão de opiniões/perspectivas e facilitação de trabalho interprofissional (ICM, 2019).

Estudo de reflexão-ação com enfoque em competência identificou sob a ótica de enfermeiras que os diferenciais da consulta de enfermagem se referem ao vínculo estabelecido com a gestante e a família, proporcionar segurança, realizar escuta, sanar dúvidas e realizar orientações. Estes dados evidenciam a compreensão da enfermeira sobre a competência no pré-natal que permita atender as individualidades da gestante (BENEDET *et al.*, 2021). Apesar de tais itens serem prevalentes na pesquisa, algumas fragilidades apontam abordagens técnicas e pouco abrangentes.

Foram percebidos entraves no apoio à decisão relacionada à via de parto, evidenciados pela falta de conhecimento sobre as indicações e escolhas, com percepção de que o parto normal é realizado preferencialmente no SUS em razão de um menor custo ou como sinônimo de menor possibilidade de serviços ofertados. Tal achado se relaciona à necessidade de desenvolvimento da competência “1.i viabilizar processos de parto normal em ambientes institucionais e comunitários, incluindo domicílios”. As habilidades e atitudes são voltadas para a promoção de uma cultura que valorize o parto normal com utilização de recursos humanos e clínicos, que proporcionem uma atenção personalizada e contínua para mães e bebês (ICM, 2019).

Destaca-se que o parto normal deve ser incentivado e, em caso de indicação, a cesárea seja a opção (BRASIL, 2013). Neste sentido, é importante que a enfermeira desenvolva competência para criação de vínculo, apoio à mulher em suas decisões e escolhas, fortalecendo sua capacidade para parir, neste sentido, a

mulher deverá ser colocada no centro do cuidado (BUTLER; FULLERTON; AMAN, 2020).

Os grupos de gestantes são essenciais para o processo de educação em saúde e esclarecimento de dúvidas, as gestantes expressam desejo de participação em razão do objetivo do grupo (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019). Os achados da pesquisa permitem relacionar com o estudo em questão, tendo em vista a concordância da importância atribuída às atividades grupais, mas houve fragilidade na execução ligada à pandemia. Assim, a enfermeira necessita desenvolver competência para personalizar a educação em saúde em tempos de pandemia.

A resolução das necessidades das gestantes, a realização de exames e a interpretação e o encaminhamento para o pré-natal de alto risco com base nos fatores de risco identificados propiciaram identificar a competência “1.j avaliar estado de saúde, detectar riscos e promover bem-estar de saúde das mulheres e bebês” (ICM, 2019).

A identificação de referência e contrarreferência no alto risco, o encaminhamento para atendimento psicológico e odontológico conforme necessidade na pandemia permitiram identificar a competência “1.k prevenir e tratar problemas comuns de saúde relacionados à reprodução e à primeira infância”. As habilidades e atitudes que permitiram a identificação da competência são relacionadas ao reconhecimento, quando houver indicação, de consulta ou encaminhamento médico para condição de problemas de saúde (ICM, 2019).

Em relação ao cuidado psicológico devido à pandemia, é fundamental a elaboração de ações que atendam as demandas psicossociais das gestantes e puérperas em tempos de pandemia (ARRAIS *et al.*, 2021; ESTRELA *et al.*, 2020).

O olhar sensível e a escuta qualificada são essenciais para reconhecer a mulher em situação de alteração de saúde mental e encaminhar à equipe multiprofissional (ESTRELA *et al.*, 2020). Tais aspectos foram encontrados na presente pesquisa, visto ter havido encaminhamento para a psicologia por questões relacionadas à pandemia.

Em relação a outros encaminhamentos, é importante frisar a necessidade de orientação à gestante para avaliação odontológica, preferencialmente no 1º trimestre gestacional (BRASIL, 2013; PARANÁ, 2018). É essencial o acompanhamento do odontologista tendo em vista os problemas que podem surgir na gestação, como cárie dentária, erosão do esmalte dentário, mobilidade, gengivite, entre outros

(BRASIL, 2013). A maioria das gestantes entrevistadas na pesquisa referiu ter recebido orientação para comparecimento ao odontologista.

De acordo com as necessidades da gestante, é permitido a ela o acesso a qualquer rede de atenção à saúde por meio do sistema de referência e contrarreferência entre a APS e os outros diversos serviços (BRASIL, 2013).

O encaminhamento para atenção ao pré-natal de alto risco e o atendimento emergencial e médico permitiram identificar a competência “1.l reconhecer anomalias e complicações e instituir tratamento apropriado e encaminhamento” por meio das habilidades/atitudes voltadas para o reconhecimento de situações que requerem competência além da sua e encaminhamento oportuno (ICM, 2019).

Ainda, por meio de tais resultados, identifica-se a competência “2.g detectar, estabilizar, conduzir e encaminhar mulheres com gestações complicadas”, sendo que as habilidades/atitudes identificados se referem ao encaminhamento de tratamento de emergência se necessário (ICM, 2019).

Para encaminhamento ao pré-natal de alto risco, é necessário que haja indicação conforme os fatores elencados pelo MS (2013). Gestantes que cursam com critérios de risco tendem a uma maior probabilidade de intercorrências e óbito materno/fetal. É essencial o processo de referência e contrarreferência com a APS. Ressalta-se que, em caso de alterações que estejam fora da competência da APS, a gestante deverá ser encaminhada para profissional habilitado.

As orientações sobre a busca da maternidade e os sinais de parto assim como o encaminhamento para equipe multiprofissional permitem identificar a competência “2.f fornecer orientação antecipatória relacionada à gravidez, parto, amamentação, parentalidade e mudanças na família”, sendo que as habilidades/atitudes identificadas se referem ao preparo da mulher/parceiro/família para reconhecer o desencadeamento e a progressão de trabalho de parto e quando procurar atendimento e à identificação de problemas ou necessidades que indiquem necessidade de encaminhamento para outros profissionais (ICM, 2019).

A gestante deverá ser encaminhada ou procurar unidade de urgência/emergência/hospital em caso de sangramento, sinais de eclampsia, crise hipertensiva, amniorrexe prematura, isoimunização Rh, anemia grave, trabalho de parto prematuro, idade gestacional de 41 semanas, hipertermia sem sinais de infecções respiratórias superiores, sinais de abdome agudo, sinais de infecção que indiquem necessidade de internamento hospitalar, suspeita de trombose venosa

profunda, prurido gestacional/icterícia, vômitos incontroláveis antes das 20 semanas ou no 3º trimestre, restrição de crescimento intrauterino, oligodrâmnio ou casos clínicos que indiquem necessidade de avaliação hospitalar (BRASIL, 2013).

O encaminhamento da gestante para atendimento multiprofissional deve ser feito em caso de necessidade identificada pelo profissional durante a consulta. Dessa forma, conhecer a população assistida é fundamental para realização de referência adequada. A atenção multiprofissional propõe complementar o cuidado da APS por meio de atendimentos e orientações específicas (PARANÁ, 2018).

Percebe-se fragilidade no quesito que se refere a planejamento familiar, visto que muitas gestantes da pesquisa não tiveram gestações planejadas, neste sentido, a competência que se refere à “2.a prestar cuidados pré-concepcional” tem necessidade de ser desenvolvida. As habilidades e atitudes a serem focadas referem-se a permitir acesso e reduzir barreiras no uso de serviços de saúde, avaliar estado geral de saúde da mulher, triar IST e aconselhar sobre suplementação de ácido fólico/sulfato ferroso, hábitos de vida saudáveis e planejamento reprodutivo.

No contexto familiar, geralmente recai sobre a mulher a responsabilidade de cuidar da casa e dos filhos, conseqüentemente sobre a decisão de ter filhos. Neste estudo, as mulheres afirmam que a decisão de ter filhos consiste na corresponsabilização do casal, porém salientam que a decisão final e a influência da mulher são maiores, uma vez que a gestação é conduzida por ela. Logo, percebe-se que ainda existe cunho cultural e histórico forte ligado ao planejamento familiar. A equipe da APS tem o papel de corresponsabilizar o casal, incluindo o parceiro no planejamento familiar (MOZZAQUATRO; ARPINI, 2017).

Algumas atividades ligadas à consulta de vinculação como anamnese, triagem de IST por meio de testes rápidos, teste da mãezinha, atualização de esquema vacinal, prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico, orientações sobre alimentação, atividade física, risco de queda, prevenção de toxoplasmose e cuidados relacionados a comorbidades permitiram identificar a competência, que, complementada pelas consultas subsequentes, identifica a competência “2.b determinar estado de saúde da mulher” (ICM, 2019).

Na consulta de vinculação, devem ser investigados aspectos socioepidemiológicos, antecedentes pessoais/familiares, ginecológicos e obstétricos, além da situação atual da gestação. Na pesquisa de sintomas, devem ser investigados náuseas e vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope,

sangramento ou corrimento vaginal, alterações urinárias e edema. Deverá ser conferida a situação vacinal da gestante e atualizada conforme a necessidade. Deverá ser entregue a Carteira da Gestante (BRASIL, 2013).

Os exames complementares que devem ser solicitados na consulta de vinculação (preferencialmente 1º trimestre) são: hemograma, tipagem sanguínea e fator Rh, coombs indireto (se Rh negativo), glicemia de jejum, teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR, teste rápido diagnóstico anti-HIV, toxoplasmose IgM e IgG, sorologia para hepatite B (HbsAg), exame de urina e urocultura, ultrassonografia obstétrica (não obrigatório) para verificação da idade gestacional, citopatológico de colo de útero (se necessário), exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica), parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) e eletroforese de hemoglobina (se houver fatores de risco: gestante negra, história de anemia falciforme ou crônica) (BRASIL, 2013).

Estudo refere a realização de triagem para IST como rotina, porém o aconselhamento referente à prevenção das doenças é pouco abrangente, visto que os profissionais referem ausência de capacitação que permita uma prática adequada (SANTOS *et al.*, 2018). Outro estudo evidenciou a importância que as gestantes dão aos exames (ANDRADE; SANTOS; DUARTE, 2019). Em concordância com a literatura, foram identificados resultados similares relacionados à presença de explicações pouco abrangentes sobre as testagens.

Em relação ao Teste da Mãezinha, ele é feito pela Secretaria do Estado do Paraná e faz parte do Programa de Prevenção das Hemoglobinopatias, sendo feito preferencialmente no 1º trimestre da gestação para identificação precoce e tratamento de anemia falciforme e da talassemia Major (FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL, 2022).

Estudo de Livramento *et al.* (2019) relatou realização de exame físico geral e obstétrico em cada consulta pela ótica das gestantes. Soares *et al.* (2021) referem fragilidade na completude deste procedimento.

Segundo a Rede Mãe Paranaense (PARANÁ, 2018), o exame físico geral e obstétrico é uma das atividades inclusas na consulta de vinculação e nas consultas subsequentes. Na presente pesquisa, os achados associam-se ao estudo de Soares *et al.* (2021). Percebem-se fragilidades na completude do exame físico, que é voltado somente para a avaliação de vitalidade fetal, enquanto outros aspectos acabam não sendo avaliados.

No exame físico geral, indicam-se inspeção de pele e mucosas, aferição de sinais vitais, pesquisa de nódulos e anormalidades, ausculta cardiopulmonar, exame de abdome e membros inferiores, determinação do estado nutricional (peso, altura, IMC, ganho de peso gestacional) e pesquisa de edema. E além do exame físico geral, é recomendado o exame físico obstétrico (BRASIL, 2013).

No exame físico obstétrico recomendam-se a palpação obstétrica, medida e avaliação da altura uterina, ausculta de BCF, registro de movimentos fetais, teste de estímulo sonoro simplificado e exame clínico das mamas. Destaca-se que sejam feitos exame ginecológico e coleta de material para exame colpocitopatológico e toque vaginal (BRASIL, 2013).

Em estudo sobre a percepção da usuária, foram identificados pontos positivos ligados à consulta no pré-natal pela enfermeira. Entre estes pontos, destacaram-se o acolhimento, a resolutividade e o tempo despendido na consulta como sinônimo de atenção. Sobre a assistência foi a facilidade no agendamento de consultas, acesso à exames laboratoriais e vacina, aspectos dificultadores relacionados à logística de insumos da Unidade, fragilidade na marcação de consulta com a enfermeira, espera para a consulta e mau humor no acolhimento (GOMES *et al.*, 2019). A literatura alinha-se aos resultados sobre os aspectos valorizados na consulta da enfermeira. Fragilidades de acesso a alguns componentes do pré-natal não foram evidenciadas na presente pesquisa.

Resultados voltados para a avaliação da vitalidade fetal evidenciam a competência “2.c avaliar bem-estar fetal”. Nesta competência, são contempladas as habilidades e atitudes de avaliação do tamanho fetal, volume de líquido amniótico, posição fetal, atividade e frequência cardíaca por meio do exame do abdome materno, determinação de indicações para exames adicionais, encaminhamentos necessários e avaliação de atividade e movimentação fetal (ICM, 2019).

Nas consultas subsequentes, deve ser feita uma anamnese sucinta com foco em queixas e sinais de intercorrências e avaliados o risco gestacional, exame físico direcionado para avaliação do bem-estar materno e fetal, verificação do calendário de vacinação, os resultados de exames complementares, revisão e avaliação da Carteira de Gestante, proceder ainda à orientação sobre alimentação, ganho de peso, sinais de risco e incentivar aleitamento materno (BRASIL, 2013).

No 2º trimestre deve ser coletado teste de tolerância para glicose com 75g, se glicemia acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco, fazer preferencialmente o

teste entre 24^a e 28^a semana de gestação, coombs indireto, se Rh negativo (BRASIL, 2013).

No 3^o trimestre coletar hemograma, glicemia em jejum, coombs indireto (se Rh negativo), VDRL, anti-HIV, sorologia para hepatite B (HbsAg), repetir exame de toxoplasmose se igG não reagente, urocultura, urina tipo I e bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação) (BRASIL, 2013).

A prescrição da suplementação do sulfato ferroso é de 40 mg de ferro elementar/dia e ácido fólico 5 mg/dia para profilaxia da anemia. Indicado desde o período pré-concepcional até o término do primeiro trimestre gestacional (BRASIL, 2013).

Achados referentes à presença de explicações pertinentes ao pré-natal, voltados à rotina de pré-natal, sinais e desconfortos, achados do exame físico e exames diagnósticos identificam a competência “2.d monitorar a progressão da gestação”. As habilidades e atitudes identificadas para esta competência são o fornecimento de informações (escritas ou ilustradas) sobre sinais de perigo e a busca por ajuda, sugestões de medidas para lidar com desconfortos comuns na gestação e fornecimento de informações relativas à gestação normal (ICM, 2019).

Outra pesquisa evidencia presença de orientações principalmente sobre hábitos alimentares, outras orientações não lembradas remetem ao fato de orientações ineficazes. A fragilidade encontrada quanto a orientações remete ao modelo de cuidado biomédico, levando em consideração somente aspectos biológicos, não sendo as práticas mais eficazes (POHLMANN *et al.*, 2016). Neste sentido, a literatura está alinhada com os achados da presente pesquisa, uma vez que os resultados evidenciam que não há uma uniformidade das informações orientadas, gerando busca de orientações em outros meios.

Orientações relacionadas a hábitos alimentares e a atividades físicas permitem identificar a competência “2.e promover e apoiar comportamentos de saúde que melhoram o bem-estar”, em que as habilidades/atitudes identificadas se referem ao fornecimento de informações à mulher e família sobre o impacto na saúde da mãe e do feto que estão em condições de risco (ICM, 2019).

Destaca-se que na consulta de vinculação é ideal sanar dúvidas e minimizar ansiedade da gestante e companheiro. As orientações devem ser voltadas à alimentação, hábitos intestinais e urinários, movimentação fetal, presença de

corrimento ou perdas vaginais que auxiliem a identificar situações de risco (BRASIL, 2013).

Estudo com gestantes identificou presença de orientações sobre hábitos alimentares, uso de substâncias tóxicas, uso de álcool, drogas e prática de atividades físicas. Sobre amamentação, as gestantes que haviam sido orientadas receberam esta orientação por meio de grupos de gestantes (LIVRAMENTO *et al.*, 2019).

A gestante deve ser orientada sobre a importância do pré-natal, cuidados de higiene, a importância de portar a Carteira da Gestante com as informações sobre seu atendimento, ainda sobre a necessidade das imunizações, consultas, exames solicitados, atividades educativas, atividade física, promoção de alimentação saudável, desenvolvimento da gestação, mudanças emocionais e físicas, medos e fantasias atrelados à gestação e parto, atividade sexual, prevenção de IST, sintomas comuns na gestação e queixas frequentes (BRASIL, 2013).

Ainda deverá ser dado enfoque a sinais de alerta como sangramento vaginal, cefaleia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço. Deverão ser feitos junto à gestante planejamento em relação ao parto, incentivo ao parto natural, deverá ser incentivado o protagonismo da mulher, orientar sinais de trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido e incentivar o aleitamento materno (BRASIL, 2013).

Os resultados referentes à vinculação à maternidade de referência e fornecimento de informações a respeito identificam a competência “2.h ajudar a mulher e sua família a planejar local de nascimento apropriado” com habilidade e atitude voltada para fornecimento de informação de preparação em relação ao local de nascimento (ICM, 2019).

Após vinculação à maternidade de referência/hospital ou casas de parto, é orientada a visita ao local do nascimento por volta do sexto mês de gestação (BRASIL, 2013). Porém, com as restrições relacionadas à pandemia, a realização de visita à maternidade foi suspensa temporariamente.

A identificação de aconselhamento relacionado à aceitação da gestação pela mulher e parceiro e escuta ativa pós-aborto evidenciam a competência “2.i fornecer cuidado às mulheres com gestações indesejadas ou não planejadas” com identificação de habilidade/atitude relacionada à investigação de resposta

psicológica ao aborto e aconselhamento sobre opções de aceitação da gestação (ICM, 2019).

É importante realizar planejamento familiar junto à gestante, orientar em relação à violência contra a mulher, direitos da gestante, saúde mental e condições de trabalho. O pai deverá ser incentivado a participar do processo como um todo (BRASIL, 2013).

Neste sentido, estudo relacionado à aceitação de gestação não planejada evidencia que a presença de relacionamento estável facilita o processo de aceitação, tendo em vista a relação de apoio. A equipe multiprofissional tem papel fundamental na atuação na APS para aconselhar e estimular a corresponsabilização do parceiro (PARCERO *et al.*, 2017).

Para o desenvolvimento de competência em obstetrícia, a educação na graduação e treinamentos contínuos endossam uma prática positiva e benéfica. Além de enfatizar os direitos da mulher e do profissional, deverá ser pautada em estratégias para melhoria do vínculo entre profissional e paciente (BUTLER; FULLERTON; AMAN, 2020).

A utilização de ferramentas para acompanhamento educacional na formação em obstetrícia, pautada na competência, com base em documentos como do ICM, permite a formação de profissionais com maior qualificação para a prática (WOEBER, 2018).

A prática baseada em evidência permite embasamento e qualidade do cuidado de maneira atualizada. Apesar de as enfermeiras terem acesso à base de dados e revistas científicas, percebe-se que, pela dinâmica de um trabalho exaustivo, que se reflete no comprometimento de tempo, há certa dificuldade para a atualização contínua na profissão de enfermagem. Ações e estratégias governamentais podem mudar esta realidade com melhorias no âmbito trabalhista da categoria (VEERAMAH, 2016).

Os cuidados exercidos no pré-natal, identificados sob a ótica das gestantes, permitiram identificar competência da enfermeira para a prática da obstetrícia. Destaca-se que foi percebida limitação de publicações que tratam de competência da enfermeira no pré-natal, tanto no âmbito nacional quanto internacional. Estes achados permitiram confrontar com a literatura atual, que traz principalmente a necessidade da qualificação do pré-natal, visto haver desafios a serem superados para o alcance de resultados favoráveis neste âmbito.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As experiências e vivências das gestantes mostraram influência sobre sua percepção do gestar e o significado atribuído a este ciclo da vida, permeado por diversas mudanças de aspectos emocionais, físicos e sociais. Os conhecimentos adquiridos pela vivência de gestações anteriores e a influência do nível socioeconômico afetam a forma como os cuidados pré-natais são relatados pelas gestantes. As expectativas e a idealização do pré-natal esperado são influenciados pelo conhecimento, vivências anteriores e atuais.

O contato com outros serviços de saúde, como a rede privada e ambulatório de alto risco, traz à tona comparações e influências. A ausência de referência, principalmente devido à primiparidade, confere uma lacuna na modulação de conhecimento e expectativas sobre o pré-natal. Em contrapartida, a multiparidade é influenciada por vivências anteriores que permitem à gestante fazer associações com a vivência atual.

As expectativas que mais prevaleceram estão voltadas ao acolhimento, à escuta ativa, à resolutividade e ao recebimento de cuidados e rotinas preconizadas pela instituição. A educação em saúde permeou diversas expectativas em torno do processo gestacional, cuidados recebidos e a ansiedade em relação ao parto e nascimento.

Percebeu-se a consulta de vinculação como um aspecto influenciador da compreensão da gestante em relação aos cuidados de saúde durante o pré-natal na APS. A assistência prestada exclusivamente pela enfermeira nessa consulta evidenciou percepções principalmente satisfatórias, marcadas pelo acolhimento, escuta ativa e formação de vínculo com a profissional. As fragilidades foram relacionadas sobretudo à deficiência no exame físico e à educação em saúde.

Apesar de uma percepção positiva na consulta de vinculação, percebe-se que, ao longo do pré-natal, o papel desempenhado pela enfermeira fica ofuscado pela hegemonia do cuidado médico. A valorização das vivências das consultas se estendem à predominância das rotinas preconizadas pelas diretrizes dos programas governamentais, com foco na avaliação da vitalidade fetal, marcadas principalmente pela valorização da prática clínica.

O cuidado recebido da enfermeira mostra o desconhecimento da mulher em relação à prática da enfermagem. As consultas subsequentes com tal profissional

são vistas, por vezes, de maneira desfavorável, como um descaso do SUS, ausência de confiança na habilidade e conhecimento da enfermeira, havendo uma procura pelo profissional médico para reafirmar o cuidado, mesmo que tenha recebido consulta de qualidade e tenha seguido os preceitos protocolares.

Tal aspecto, de cunho cultural e histórico, voltado a uma atenção pautada em aspectos biológicos que visualizam a mulher como um útero gravídico, deixa lacunas no cuidado em outras dimensões da gestante como indivíduo na sua integralidade. É vista a necessidade de mudança de paradigmas em relação à atenção à saúde, com desenvolvimento de uma visão holística do cuidado, organizado na promoção da saúde e atuação multiprofissional que estenda o olhar para uma atenção integral.

A APS, na condição de fonte de apoio e acesso a serviços de saúde, evidencia o processo de qualificação na rede de atenção do município. São percebidos de maneira sutil o serviço de referência e contrarreferência bem como o cuidado multiprofissional. Algumas fragilidades pontuais são voltadas à qualidade de exames prestados e a necessidades não atendidas. A falta de expectativa positiva em relação ao SUS gera mudança de visão ao longo do pré-natal, emergindo aspectos positivos sobre o sistema.

Em relação à qualidade das consultas, apesar dos pontos positivos elencados, notam-se fragilidades ligadas à completude do exame físico, escuta ativa, educação em saúde e mudanças de rotina ligadas à pandemia da Covid-19.

A pandemia afetou aspectos psicológicos, gerando medo, angústia e ansiedade em relação à condição de saúde da gestante e do bebê. Foram necessárias readequações da dinâmica de atendimento, suspensão de grupos de gestantes e limitação das visitas domiciliares, gerando um impacto no processo de educação em saúde e busca ativa de gestantes.

Foram observadas lacunas importantes relacionadas à educação em saúde, uma vez que os grupos de gestantes são fonte de troca de saberes. Apesar de as gestantes terem trazido diversas orientações recebidas, existe fragilidade na uniformidade e na abordagem, que supõe que os esforços neste âmbito não trouxeram efetividade. Em tempos de pandemia, estratégias que supram tais necessidades se fazem úteis, uma vez que a gestação exige processo educacional sólido e efetivo para promoção de saúde e bem-estar da mãe e do bebê.

Os resultados permitiram evidenciar habilidades e atitudes da enfermeira para o cuidado pré-natal com competência sob a ótica das gestantes. A identificação de cuidados que se enquadram e caracterizam a competência permitiu apreender a prática de enfermagem em relação às suas potencialidades que mais prevaleceram e se destacaram para as participantes neste âmbito.

Além das práticas potenciais, existem fatores ou práticas que devem ser refletidas e reestruturadas para um cuidado de melhor qualidade, desenvolvendo competência que supra as expectativas da usuária, para servir de subsídio ao planejamento de ações e à consolidação dos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento de um cuidado com competência permite que as fragilidades no modelo de atenção atual caminhem para uma reestruturação pautada na individualidade da gestante.

As limitações deste estudo estão relacionadas à dificuldade de coletar detalhes principalmente da consulta de vinculação, visto ter havido influência do tempo transcorrido, levando ao acúmulo de experiências desde então, gerando abstração de alguns itens. Neste sentido, pesquisas direcionadas à consulta de vinculação ainda no 1º trimestre permitiriam identificar melhor o detalhamento da vivência.

Outra limitação se refere a ter obtido somente o olhar da gestante. Por consequência, pesquisas que captem a prática da enfermeira sob a ótica profissional possibilitariam identificar aspectos mais abrangentes como subsídios para o desenvolvimento de competência no âmbito da profissão.

Os objetivos desta pesquisa foram alcançados e contribuem para que profissionais, gestores e representantes governamentais possam refletir sobre a prática do cuidado e propor estratégias que busquem o desenvolvimento de competência de enfermeiras no pré-natal na APS, levando em consideração a importância do olhar do usuário para a satisfação dos cuidados e subsídio para identificação de estratégias que permitam evidenciar as necessidades da gestante para um cuidado individualizado que responda a suas reais expectativas.

Vale destacar que a graduação em enfermagem é pautada em uma visão abrangente do cuidado, alicerçada na escuta ativa, acolhimento e resolutividade. A enfermagem é respaldada por lei como capacitada para o cuidado em obstetrícia em todos os momentos deste ciclo da vida, desde o planejamento familiar até o pós-parto.

É preciso que a enfermagem se fortaleça como profissão para prestar e realizar um cuidado pré-natal de qualidade, que coloque em evidência os resultados positivos da prática em enfermagem com embasamento científico e reflexão sobre a assistência. Tais mudanças permitem beneficiar a gestante como indivíduo bem como a classe profissional.

REFERÊNCIAS

- AFONSO, J. A; AFONSO, K. K. A; JONES, K. M. Percepção das gestantes frente ao pré-natal prestado pelo enfermeiro. **R. Bras. Pesq. Ci. saúde**, v. 2, n. 1, p. 22-26, 2015. Disponível em: <http://revistas.icesp.br/index.php/RBPeCS/article/view/28/22>. Acesso em: 13 nov. 2020.
- ALVES, C. N. *et al.* Cuidado pré-natal e cultura: uma interface na atuação de enfermagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 265-71, 2015. DOI: 10.5935/1414-8145.20150035.
- AMIGAS DO PARTO**. Disponível em: <http://www.amigasdoparto.com.br/index.html>. Acesso em: 01 nov. 2020.
- ANDRADE, F. M; CASTRO, J. F. L; SILVA, A. V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 6, n. 3, p. 2377-88, 2016. DOI: 10.19175/recom.v6i3.1015. Acesso em: 08 abr. 2020.
- ANDRADE, U. V; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS, Campo Grande, MS. **R. Psicol. Saúde**, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2019. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.585.
- AGÊNCIA NACIONAL DE VIGILÂNCIA SANITÁRIA (Anvisa). Gerência de Vigilância e Monitoramento em Serviços de Saúde. **Nota Técnica GVIMS/GGTES/ANVISA Nº 07/2020**: Orientações para prevenção e vigilância epidemiológica das infecções por sars-cov-2 (covid-19) dentro dos serviços de saúde. Brasília, 17 set. 2020. Disponível em: <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/centraisdeconteudo/publicacoes/servicosdesaude/notas-tecnicas/nota-tecnica-no-07-de-2020>. Acesso em: 22 jan. 2022.
- ARAÚJO, A. J. S. *et al.* Programas e políticas de saúde da mulher: avaliação da qualidade da atenção pré-natal. **R. Rede Cuid. Saúde**, v. 11, n. 1, 2017. Disponível em: <http://publicacoes.unigranrio.edu.br/index.php/racs/article/view/4204/2374>. Acesso em: 10 jan. 2021.
- ARRAIS, A. R. *et al.* Impacto psicológico da pandemia em gestantes e puérperas brasileiras. **Diaphora**, Porto Alegre, v. 10, n. 1, p. 24-30, 2021. DOI: 10.29327/217869.10.1-4.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE OBSTETRIZES E ENFERMEIROS OBSTETRAS** (Abenfo). Disponível em: <https://abenfo.wixsite.com/meusite/biblioteca>. Acesso em: 01 nov. 2020.
- ASSUNÇÃO, C. S. *et al.* O enfermeiro no pré-natal: expectativas de gestantes. **Rev Fund Care Online**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 576-581, 2019. DOI: 10.9789/2175-5361.2019.v11i3.576-581.
- BARRETO, E. S. *et al.* Redução da mortalidade materna e atuação do enfermeiro. **Rev. Enferm. Contemp.**, v. 7, n. 1, p. 20-26, 2018. Disponível em:

<https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1370/2072>. Acesso em: 19 jan. 2021.

BENEDET, D. C. F. *et al.* Competência da enfermeira no cuidado pré-natal: potencialidades, entraves e possibilidades. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 9, e3470, 2019. DOI: 10.19175/recom.v9i0.3544. Acesso em: 23 jan. 2022.

BENEDET, D. C. F. *et al.* Fortalecimento de enfermeiras no cuidado pré-natal através da reflexão-ação. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 42, e20200187, 2021. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20200187.

BEZERRA, T. B; OLIVEIRA, C. A. N. A percepção de puérperas sobre a assistência recebida no pré-natal. **Rev. Enferm. UFPE Online**, v. 15, n. 2, e247826, 2021. DOI: 10.5205/1981-8963.2021.247826.

BOREL, E. M. *et al.* Percepção das gestantes acerca da participação e envolvimento do parceiro/pai na gestação. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 13, n. 2, e6073, 2021. DOI: 10.25248/reas.e6073.2021.

BORGES, B. A. L. **Vivência psicológica da gravidez e vinculação pré-natal materna numa amostra de utentes dos cuidados de saúde primários**. 2019. 59f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Portuguesa, Porto, 2019. Disponível em: https://repositorio.ucp.pt/bitstream/10400.14/29983/1/Disserta%c3%a7%c3%a3oMestrado_BiancaBorges_1.pdf. Acesso em: 23 jan. 2022.

BRASIL. Lei 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 1, 20 set. 1990. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm. Acesso em: 26 jul. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Textos Básicos de Saúde. **Assistência Integral à Saúde da mulher**: bases de ação pragmática. Brasília: Ministério da Saúde, 1985. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Caderno de Atenção básica nº 32. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 01 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**: versão resumida [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS**: Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde, 2003a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_comites_mortalidade_materna.pdf. Acesso em: 02 nov.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica**: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Síntese das diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – 2004 a 2007**. Resumo das atividades realizadas em 2003. Brasília: Ministério da Saúde, 2003b. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/area_saude_mulher_resumo_atividades_2003.pdf. Acesso em: 31 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, seção 1, p. 109, 27 jun. 2011. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569 de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2000. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 20 jun. 2020.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, n. 112, seção 1, p. 59, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 09 out. 2021.

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise em Saúde e Vigilância das Doenças Não Transmissíveis. **Sistema de Informação sobre Mortalidade**: Painel de Monitoramento da Mortalidade Materna. 2020. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/dantps/centrais-de-conteudos/paineis-de-monitoramento/mortalidade/materna/>. Acesso em: 17 jan. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. DATASUS. **Taxa de mortalidade materna**: coeficiente de mortalidade materna – ficha de qualificação. Datasus, 2021. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqc06.htm>. Acesso em: 18 jan. 2021.

BUTLER, M. M.; FULLERTON, J.; AMAN, C. Competencies for respectful maternity care: Identifying those most important to midwives worldwide. **Birth Issues in Perinatal Care**, v. 47, n. 4, p. 346-56, 2020. DOI: 10.1111/birt.12481.

CABRAL, S. A. A. O. *et al.* Receios na gestação de alto risco: uma análise da percepção das gestantes no pré-natal. **Id on line Rev. Mult. Psic.**, v. 12, n. 40, p. 151-62, 2018. Disponível em: <http://idonline.emnuvens.com.br/id>. Acesso em: 01 jan. 2022.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software IRAMUTEQ** (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Universidade Federal de Santa Catarina, 2017. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/Tutorial%20IRaMuTeQ%20em%20portugues_17.03.2016.pdf. Acesso em: 02 jan. 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. IRAMUTEQ: Um software gratuito para análise de dados textuais. **Temas em Psicologia**, Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, p. 513-518, 2013. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/5137/513751532016.pdf>. Acesso em: 02 jan. 2021.

CAMARGO, B. V.; JUSTO, A. M. **Tutorial para uso do software de análise textual IRAMUTEQ**. Universidade Federal de Santa Catarina, 2018. Disponível em: <http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/tutoriel-en-portugais>. Acesso em: 14 jun. 2020.

CAMPOS, M. L. *et al.* Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **J Nurs Health**, v. 6, n. 3, p. 379-390, 2016. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/bdenf/2016/bde-31741/bde-31741-596.pdf>. Acesso em: 18 abr. 2020.

CARDOSO, M. D. *et al.* Percepção das gestantes sobre a organização do serviço/ assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **J. res.: fundam. care. online**, v. 8, n. 4, p. 5017-24, 2016. DOI: 10.9789/2175-5361.2016.v8i4.5017-5024.

CASTRO, L. O. *et al.* Visita domiciliar no pré-natal: expectativa de gestantes de risco. **Rev. Enferm. UFPE Online**, v. 14, e244258, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.244258.

CLARK, M. *et al.* Global and public health core competencies for nursing education: A systematic review of essential competencies. **Nurs Educ Today**, 40, p. 173-80, 2016. DOI: 10.1016/j.nedt.2016.02.026.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). Resolução nº 516, de 23 de junho de 2016. Normatiza a atuação e a responsabilidade do Enfermeiro, Enfermeiro Obstetra e Obstetrix na assistência às gestantes, parturientes, puérperas e recém-nascidos nos Serviços de Obstetrícia, Centros de Parto Normal e/ou Casas de Parto e demais locais onde ocorra essa assistência e estabelecer critérios para registro de títulos de Enfermeiro Obstetra e Obstetrix no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, v. 121, seção 1, p. 92, 27 jun. 2016. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05162016_41989.html. Acesso em: 29 nov. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Cofen). Resolução 233, de 03 de dezembro de 1999. Dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na Assistência à Mulher no Ciclo Gravídico Puerperal. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 03 dez. 1999. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-2231999_4266.html. Acesso em: 02 nov. 2020.

COSTA, E. S. *et al.* Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação. **Rev. Rene**, v. 11, n. 2, p. 86-93, 2010. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=324027970010>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CRESWELL, J. D. **Projeto de Pesquisa**. 5ª ed. Porto Alegre: Editora Penso, 2021.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde de Curitiba. Rede Mãe Curitibana Vale a Vida. **Pré-natal e puerpério na atenção primária**. Curitiba, 2020. Disponível em: <http://www.saude.curitiba.pr.gov.br/images/PROTOCOLO%20%20DE%20PR%20NATAL%20E%20PUERP%20RIO%20NA%20ATEN%20%20PR%20IM%20%20REDE%20M%20CURITIBANA%20VALE%20A%20VIDA%202020.pdf>. Acesso em: 29 nov. 2020.

ESTRELA, F. M. *et al.* Gestantes no contexto da pandemia da covid-19: reflexões e desafios. **Physis: R. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 2, e300215, 2020. DOI: 10.1590/S0103-73312020300215.

FUKADA, M. Nursing Competency: Definition, Structure and Development. **Yonago Acta Med.**, v. 61, n. 1, 2018. DOI: 10.33160/inhame.2018.03.001.

FUNDAÇÃO ECUMÊNICA DE PROTEÇÃO AO EXCEPCIONAL (FEPE). **Teste da Mãezinha**. 2022. Disponível em: <https://www.fepe.org.br/testes-da-maezinha/>. Acesso em: 24 jan. 2022.

GAÍVA, M. A. M; PALMEIRA, E. W. M; MUFATO, L. F. Percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e parto nos casos de neonatos que evoluíram para o óbito. **Esc. Anna Nery**, v. 21, n. 4, e20170018, 2017. DOI: 10.1590/2177-9465-EAN-2017-0018.

GOMES, C. B. A. *et al.* Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto contexto-Enferm.**, v. 28, e20170544, 2019. DOI: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0544.

GUALDRÓN, L. M. V; CÁRDENAS, C. H. R. Percepción que tienen las gestantes sobre el cuidado de enfermería en la atención prenatal. **Revista Investigación en Enfermería: Imagen y Desarrollo**, Bogotá, v. 21, n. 1, 2019. DOI: 10.11144/Javeriana.ie21-1.ptgc.

HERNÁNDEZ-BETANCUR, A. M.; VÁSQUEZ-TRUISI, M. L. El cuidado de enfermería comprometido: Motor em la satisfacción de la gestante durante el control prenatal. **Rev Univ. salud**, v. 17, n. 1, p. 80-96, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a08.pdf>. Acesso em: 02 maio 2020.

HUANG, J. *et al.* Comparison of midwives' self-perceived essential competencies between low and high maternal mortality ratio provinces in China. **J Clin Nurs**, v. 29, n. 23-24, p. 4733-47, 2020. DOI: 10.1111/jocn.15514.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Essential Competencies for Midwifery Practice**. International Confederation of Midwives, 2019. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/our-work/policy-and-practice/essential-competencies-for-midwifery-practice.html>. Acesso em: 21 jun. 2020.

JUSTO, A. M.; CAMARGO, B. V. Estudos qualitativos e o uso de Softwares para análises lexicais. *In: X SIAT & II Serpro*, 2014, Duque de Caxias. **Caderno de artigos: X SIAT & II Serpro**, Duque de Caxias: Universidade do Grande Rio, 2014, p. 37-54. Disponível em: <https://pt.scribd.com/document/318567734/Estudos-qualitativos-e-o-uso-de-software-pdf>. Acesso em: 14 jun. 2020.

KARNAL, E.; TRAJANO, L. **Competências profissionais, emocionais e tecnológicas para tempos de mudança**. Curso online. Porto Alegre: Editora Uol Edtech, PUCRS online, 2020. Disponível em: <https://www.pucrs.br/blog/curso-gratuito-com-luiza-trajano-e-leandro-karnal-ja-recebeu-mais-de-900-mil-inscricoes/>. Acesso em: 19 ago. 2020.

KAWATSU, M. M. *et al.* Percepção das puérperas em relação ao atendimento recebido na unidade básica de saúde durante a consulta de pré-natal. **R. Fac. Ci. Méd. Sorocaba**, v. 21, n. 4, p. 170-6, 2020. Disponível em: DOI: 10.23925/1984-4840.2019v21i4a6.

LEAHY-WARREN, P. *et al.* Factors influencing women's perceptions of choice and control during pregnancy and birth: a cross-sectional study. **BMC Pregnancy Childbirth**, v. 21, 667, 2021. DOI: 10.1186/s12884-021-04106-8.

LEAL, M. C. *et al.* Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v. 54, 8, 2020. DOI: 10.11606/s1518-8787.2020054001458.

LEMOS, A. Atenção Integral à Saúde da Mulher: o olhar de mulheres que a construíram. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 1, n. 2, p. 220-27, 2011. Disponível em:

<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/viewFile/78/145>. Acesso em: 19 jan. 2021.

LEMOS, A. P. S.; MADEIRA, L. M. Assistência pré-natal realizada pelo enfermeiro obstetra: a percepção da puérpera. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 9, e3281, 2019. DOI: 10.19175/recom.v9i0.3281.

LIMA, M. F. G. *et al.* Desenvolvendo competências no ensino em enfermagem obstétrica: aproximações entre teoria e prática. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 70, n. 5, p. 1054-60, 2017. Disponível em: [h10.1590/0034-7167-2016-0665](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0665).

LIVRAMENTO, D. V. P. *et al.* Percepções de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 40, e20180211, 2019. DOI: 10.1590/1983-1447.2019.20180211.

LOBO, M. C. T. P. R. O empoderamento feminino: breves noções históricas. **R. Eletr. Sapere Aude**, v. 1, n. único, p. 26-44, 2019. Disponível em: <http://revistaeletronicasapereaude.emnuvens.com.br/sapere/article/view/40/24>. Acesso em: 19 out. 2020.

LOUBÈRE, L.; RATINAUD, P. **Documentation Iramuteq 0.6 alpha 3 – version 0.1**. 2014. Disponível em: http://www.iramuteq.org/documentation/fichiers/documentation_19_02_2014.pdf. Acesso em: 02 nov. 2021.

LUO, C. *et al.* Possible Transmission of severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) in a public bath center in a Huai'na, Jiangsu Province, China. **Jama Netw Open**, v. 3, n. 3, e204583, 2020. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2020.4583.

MARCOMINI, E. K. *et al.* Completude das cadernetas de gestante: realidade da região Noroeste do Paraná. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 8, n. 2, p. 74-84, 2019. DOI: 10.18554/reas.v8i2.3578.

MELLO, A. L. *et al.* Estratégia Organizacional para o desenvolvimento de competências de enfermeiros: possibilidades de Educação Permanente em Saúde. **Esc. Anna Nery**, v. 22, n. 1, e20170192, 2018. DOI: 10.1590/2177-9465-ean-2017-0192.

MOREIRA, M. A.; CARVALHO L. L.; RIBEIRO, P. S. Percepção de gestantes sobre a atuação da enfermeira na assistência pré-natal: estudo analítico. **Arq. Ciênc. Saúde**, v. 23, n. 1, p. 78-82, 2016. DOI: 10.17696/2318-3691.23.1.2016.217.

MOZZAQUATRO, C. O.; ARPINI, D. M. Planejamento familiar e papéis parentais: o tradicional, a mudança e os novos desafios. **Psicol. Ciênc. Prof.**, v. 37, n. 4, p. 923-38, 2017. DOI: 10.1590/1982-3703001242016.

NASCIMENTO, V. F. *et al.* Percepção de puérperas sobre as primeiras consultas de pré-natal no interior de Mato Grosso. **Rev. Enferm. UFPI**, v. 5, n. 1, p. 46-51, 2016. DOI: 10.26694/reufpi.v5i1.5050.

NOGUEIRA, L. D. P.; OLIVEIRA, G. S. Assistência pré-natal qualificada: as atribuições do enfermeiro - um levantamento bibliográfico. **Rev. Enferm. Atenção Saúde**, v. 6, n. 1, p. 107-119, 2017. DOI: 10.5935/1414-8145.20150013.

OLIVEIRA, D. C.; MANDÚ, E. N. T. Mulheres com gravidez de maior risco: vivências e percepções de necessidades e cuidado. **Esc. Anna Nery**, v. 19, n. 1, p. 93-101, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n1/1414-8145-ean-19-01-0093.pdf>. Acesso em: 05. 05. 20.

OLIVEIRA, F. P.; LIMA, M. R. S.; FARIAS, F. L. R. Assistência à saúde de gestantes no contexto da pandemia do COVID-19. **Rev. Interd**, v. 13, n. 1, e1843, 2021. Disponível em: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7973392>. Acesso em 20.01.22

OLIVEIRA, J. C. S. *et al.* Assistência Pré-Natal realizada por enfermeiros: o olhar da puérpera. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 5, n. 2, p. 1613-28, 2015. DOI: 10.19175/recom.v0i0.857.

OLIVEIRA, T. F. **Programa Rede Mãe Paranaense**: pré-natal vivenciado por mulheres residentes em região de fronteira. 2019. 87f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2019. Disponível em: http://131.255.84.103/bitstream/tede/4286/5/Thaissy_Fernanda_de_Oliveira_2019.pdf. Acesso em: 23 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Assistência ao parto normal**: um guia prático de saúde materna e neonatal. Unidade de Maternidade Segura. Saúde Reprodutiva e da Família. Genebra: OMS, 1996. Disponível em: https://saude.mppr.mp.br/arquivos/File/kit_atencao_perinatal/manuais/assistencia_a_o_parto_normal_2009.pdf. Acesso em: 30 out. 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação**: a abordagem do *Near miss* da OMS para a saúde materna. Biblioteca da OMS. Genebra: OMS, 2011. Disponível em: https://www.paho.org/clap/index.php?option=com_docman&view=download&alias=418-avaliacao-da-qualidade-do-cuidado-nas-complicacoes-graves-da-gestacao-a-abordagem-do-near-miss-6&category_slug=documentos-destacados&Itemid=219&lang=es. Acesso em: 19 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Evolución de la Mortalidad Materna**: 1990-2015. Estimaciones de la OMS, el UNICEF, el UNFPA, el Grupo del Banco Mundial y la División de Población de las Naciones Unidas. Genebra: OMS, 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204114/WHO_RHR_15.23_spa.pdf;jsessionid=4D8E7FFE16A39E36EF3A8702091B248C?sequence=1. Acesso em: 17 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez.**

Human Reproduction Programme. Genebra: OMS, 2016. Disponível

em: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=BD0528DA85F52C0D915F09982A1D3633?sequence=2)

por.pdf;jsessionid=BD0528DA85F52C0D915F09982A1D3633?sequence=2. Acesso

em: 02 nov. 20.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). **Folha informativa – Mortalidade Materna.** 2018a. Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5741:folha-informativa-mortalidade-materna&Itemid=820#:~:text=A%20mortalidade%20materna%20%C3%A9%20inaceitavelmente,a%20gravidez%20e%20o%20parto)

materna&Itemid=820#:~:text=A%20mortalidade%20materna%20%C3%A9%20inaceitavelmente,a%20gravidez%20e%20o%20parto. Acesso em: 17 jan. 2021.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Manual de orientação para o curso de prevenção de manejo obstétrico da hemorragia: zero morte**

materna por hemorragia. Brasília: OPAS, 2018b. Disponível em:

<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34880>. Acesso em: 17 jan. 2021.

ORTIGARA, E. P. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 5, n. 4, p. 618-627, 2015. DOI: 10.5902/2179769213230.

OSIS, M. J. M. D. Paim: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil.

Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 25-32, 1998. DOI:

10.1590/S0102-311X1998000500011.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia Rede Mãe Paranaense.** 7ª ed. Curitiba: SESA-PR, 2018. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-09/LinhaGuiaMaeParanaense_2018.pdf. Acesso em: 23 jan. 2022.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Rede Mãe Paranaense. **Formulário de Notificação do Near Miss Materno no Paraná.** Curitiba: SESA-PR, 2020. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/formulario_nearmissmaterno12018.pdf. Acesso em: 19 jan. 2021.

PARANÁ. RESOLUÇÃO SESA Nº 276/2012. Institui incentivo financeiro aos municípios através do APSUS. **Diário Oficial do Estado do Paraná**, Curitiba, PR, n. 8736, 19 jun. 2012. Disponível em:

https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-04/resolucao2762012.pdf. Acesso em 21 jan. 2022.

PARCERO, S. M. J. *et al.* Características do relacionamento entre a mulher e seu parceiro na ocorrência de gravidez não planejada. **Rev. Baiana Enferm.**, v. 31, n. 2, e17332, 2017. DOI: 10.18471/rbe.v31i2.17332.

PEREIRA, A. A. *et al.* Percepções de gestantes ribeirinhas sobre a assistência pré-natal. **Cogitare Enferm.**, v. 23, n. 4, e54422, 2018. DOI: 10.5380/ce.v23i4.54422

PERES, A. M. *et al.* Mapeamento de competências: GAPS identificados na formação gerencial do enfermeiro. **Texto Contexto-Enferm.**, v. 26, n. 2, e06250015, 2017. DOI: 10.1590/0104-07072017006250015.

PERRENOUD, P. **Construir as competências desde a escola.** Porto Alegre: Artmed, 1999.

PERRENOUD, P. **Desenvolver competências ou ensinar saberes?** A escola que prepara para a vida. Porto Alegre: Penso, 2013.

PINHAIS. **Perfil.** Disponível em: <https://pinhais.atende.net/?#!/tipo/pagina/valor/2...> Acesso em: 17 jun. 2020.

POHLMANN, F. C. *et al.* Modelo de assistência pré-natal no extremo Sul do país. **Texto Contexto-Enferm.**, v. 25, n. 1, e3680013, 2016. DOI: 10.1590/0104-0707201600003680013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem:** avaliação de evidências para a prática de enfermagem. 9ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

PRUDÊNCIO, P. S.; MAMEDE, F. V. Avaliação do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde na percepção da gestante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 39, e20180077, 2018. DOI: 10.1590/1983-1447.2018.20180077.

RAJBANSHI, S.; NORHAYATI, M. N.; HAZLINA, N. H. N. Perceptions of good-quality antenatal care and birthing services among postpartum women in Nepal. **Int. J. Environ. Res. Public Health**, v. 18, n. 3, e6876, 2021. DOI: 10.3390/ijerph18136876.

REDE PELA HUMANIZAÇÃO DO PARTO E NASCIMENTO (Rehuna). Disponível em: <http://rehuna.org.br/>. Acesso em: 01 nov. 2020.

REIS, A. C. *et al.* Planejamento familiar: o conhecimento da mulher atendida no Sistema Único de Saúde sobre a saúde reprodutiva. **Res Soc Develop**, v. 9, n. 8, e393985459, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i8.5459.

ROCHA, A. C.; ANDRADE, G. S. Atenção da equipe de enfermagem durante o pré-natal: percepção das gestantes atendidas na rede básica de Itapuranga – GO em diferentes contextos sociais. **Rev. Enferm. Contemporânea**, v. 6, n. 1, p. 30-41, 2017. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v6i1.1153>.

RODRIGUES, I. R. *et al.* Elementos constituintes da consulta de enfermagem no pré-natal na ótica de gestantes. **Rev. Rene**, v. 17, n. 6, p. 774-781, 2016. DOI: 10.15253/2175-6783.2016000600007.

ROSSETTO, M. *et al.* Flores e espinhos na gestação: experiências durante a pandemia de COVID-19. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 42, e20200468, 2021. DOI: 10.1590/1983-1447.2021.20200468.

ROVAI, E. **Competência e competências**. Editora ABDR, 2013.

SANTOS, R. L. B. *et al.* Atenção no pré-natal de baixo risco na ótica de puérperas. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 5, n. 4, p. 628-37, 2015. DOI: 10.5902/2179769216071.

SANTOS, R. R. G. *et al.* Percepção dos profissionais para implantação do teste rápido para HIV e Sífilis na Rede Cegonha. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 17-29, 2018. DOI: 10.20435/pssa.v10i3.555.

SCARTON, J. *et al.* Mortalidade Materna: causas e estratégias de prevenção. **Res Soc Develop**, v. 9, n. 5, e67953081, 2020. DOI: 10.33448/rsd-v9i5.3081.

SILVA, A. A. *et al.* Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 9, n. 15, p. 1-20, 2019. DOI: 10.5902/2179769232336.

SILVA, A. C. D.; PEGORARO, R. F. A vivência do acompanhamento pré-natal segundo mulheres assistidas na rede pública de saúde. **Rev. Psicol. Saúde**, v. 10, n. 3, p. 95-107, 2018. DOI: 10.20435/pssa.v0i0.663.

SILVA, H. C. D. A. *et al.* Desafios para gestão do cuidado no pré-natal durante a pandemia da COVID-19: um relato de experiência. **Glob Acad Nurs**, v. 2, n. esp. 1, e93, 2021. DOI: 10.5935/2675-5602.20200093.

SILVA, L. A. *et al.* O cuidado no pré-natal: um valor em questão. **Cogitare Enferm.**, v. 22, n. 2, e49548, 2017. DOI: 10.5380/ce.v22i1.49548.

SOARES, C. S. *et al.* Consulta de enfermagem no pré-natal na perspectiva de puérperas: estudo exploratório-descritivo. **Online Braz J Nurs**, v. 20, e20216518, 2021. DOI: 10.17665/1676-4285.20216518. Acesso em 10.01.22

UNITED NATIONS. Sustainable Development Goals. **3 Good Health And Well-Being**. 2020. Disponível em: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/health/>. Acesso em: 18 jan. 2021.

TRENTINI, M.; PAIM, L.; SILVA, D. G. V. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde**. Porto Alegre (RS): Moriá, 2014.

TREVISIO, P. *et al.* Competências do enfermeiro na gestão do cuidado. **Rev. Adm. Saúde**, v. 17, n. 69, 2017. DOI: 10.23973/ras.69.59.

VEERAMAH, V. The use of evidenced-based information by nurses and midwives to inform practice. **J Clin Nurs**, v. 25, n. 3-4, p. 3340-50, 2016. DOI: 10.1111/jocn.13054.

WOEBER, K. Development and implementation of a competency-based clinical evaluation tool for midwifery education. **Midwifery**, n. 62, p. 92-95, 2018. DOI: 10.1016/j.midw.2018.03.004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Maternal Mortality**. Geneva: WHO, 19 set. 2019. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/maternal-mortality>. Acesso em: 17 jan. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 jan. 2021.

ZIRR, G. M. *et al.* Autonomia da mulher no trabalho de parto: contribuições de um grupo de gestantes. **REME -Rev. Min. Enferm.**, v. 23, e1205, 2019. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/reme.org.br/pdf/e1205.pdf>. Acesso em: 03.04.20.

APÊNDICE 1 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Nós, Marilene Loewen Wall (Professora Doutora do Departamento de Enfermagem), Deisi Cristine Forlin Benedet (Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Alessandra Vieira de Mello Bueno Machado (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem), Carolina Pasala (Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) e Sabrina Corrêa Koch (Graduanda do Curso de Enfermagem) – da Universidade Federal do Paraná, estamos convidando você, usuária do serviço de saúde da Atenção Primária à Saúde, a participar de um estudo intitulado “O cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência”.

A) O objetivo desta pesquisa é promover o desenvolvimento de competências de enfermeiros no cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde.

B) Caso você participe da pesquisa, você deverá responder a um questionário e participar de uma (1) oficina.

C) Para tanto, você levará um tempo de aproximadamente 10 minutos para responder ao questionário, e aproximadamente sessenta (60) minutos com a participação na oficina, que ocorrerão oportunamente e em conformidade ao horário de atendimento da unidade de saúde, mediante apoio da Secretaria Municipal de Saúde. Caso seja necessária sua participação em oficinas subsequentes e em havendo necessidade de qualquer deslocamento ou gasto por sua parte, esse será arcado pela pesquisadora.

D) É possível que você experimente algum desconforto, principalmente relacionado à interação com outras mulheres durante as oficinas, bem como para expor suas ideias e opiniões.

E) Alguns riscos relacionados ao estudo podem ser constrangimento ao ser entrevistada e ao participar das oficinas em grupo e discutir e expor suas opiniões. Caso se sinta constrangida ou experimente algum outro desconforto decorrente dessa interação, a qualquer momento você poderá cancelar sua participação no estudo e se for de seu desejo, poderá ser solicitado apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, caso necessário.

F) Os benefícios esperados com essa pesquisa são promover a reflexão sobre a realização de cuidado para as mulheres, sustentado pela ciência, minimizando riscos e garantindo melhor qualidade do cuidado ofertado; e para os enfermeiros por organizar sua prática assistencial.

G) Os pesquisadores Marilene Loewen Wall, Deisi C.F. Benedet, Alessandra V.M.B. Machado, Carolina Pasala e Sabrina Corrêa Koch, responsáveis por este estudo, poderão ser localizados no Departamento de Enfermagem da UFPR, campus Jardim Botânico, Avenida Prefeito Lothário Meissner, 632, 4o andar do Bloco Didático II, e-mail: wall@ufpr.br, deisiforlin@ufpr.br, alessandramello@ufpr.br, carolpasala@hotmail.com ou sabrinacorreakoch@gmail.com, fone 3232-6300, no horário entre 08 e 17h de segunda à sexta-feira, para esclarecer eventuais dúvidas que você possa ter e fornecer-lhe as informações que queira, antes, durante ou depois de encerrado o estudo.

H) A sua participação neste estudo é voluntária e se você não quiser mais fazer parte da pesquisa, poderá desistir a qualquer momento e solicitar que lhe devolvam este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido assinado. O seu atendimento está garantido e não será interrompido caso você desista de participar.

I) As informações relacionadas ao estudo poderão ser conhecidas por pessoas autorizadas, como as professoras orientadora e coorientadora. No entanto, se qualquer informação for divulgada em relatório ou publicação, isto será feito sob forma codificada, para que a sua identidade seja preservada e mantida sua confidencialidade.

J) O material obtido - questionários, imagens e vídeos – será utilizado unicamente para essa pesquisa e será destruído/descartado ao término do estudo, dentro de 5 anos.

K) As despesas necessárias para a realização da pesquisa quanto a deslocamento, impressões e cópias, material educativo não são de sua responsabilidade e você não receberá qualquer valor em dinheiro pela sua participação.

L) Você terá a garantia de que problemas como desconforto ao responder ao questionário, participar da observação e das oficinas decorrentes do estudo serão tratados nos seminários e poderão ser encaminhados ao apoio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família, caso necessário.

M) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome, e sim um código.

N) Se você tiver dúvidas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode contatar também o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos (CEP/SD) do Setor de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Paraná, pelo telefone 3360-7259. O Comitê de Ética em Pesquisa é um órgão colegiado multi e transdisciplinar, independente, que existe nas instituições que

realizam pesquisa envolvendo seres humanos no Brasil e foi criado com o objetivo de proteger os participantes de pesquisa, em sua integridade e dignidade, e assegurar que as pesquisas sejam desenvolvidas dentro de padrões éticos (Resolução nº 466/12 Conselho Nacional de Saúde).

O) Autorizo (), não autorizo (), o uso de minha imagem, áudio, entre outros, para fins da pesquisa, sendo seu uso restrito a gravação e áudio e vídeo, observação da prática profissional com registro e anotações pelo pesquisador. Todo o material será devidamente descartado no prazo máximo de cinco anos.

Eu, _____ li esse Termo de Consentimento e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual concordei em participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios. Eu entendi que sou livre para interromper minha participação a qualquer momento sem justificar minha decisão e sem qualquer prejuízo para mim e sem que esta decisão afete meu processo de trabalho. Eu entendi o que não posso fazer durante a pesquisa, fui informado que serei atendido sem custos para mim se eu apresentar algum dos problemas relacionados no item L.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Pinhais, ___ de _____ de _____.

Assinatura do Participante de Pesquisa

Assinatura do Pesquisador Responsável

APÊNDICE 2 – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

ROTEIRO SEMIESTRUTURADO PARA ENTREVISTA

Entrevista nº _____ Data: __/__/____ Hora: __:__

1. Caracterização

Idade	
Escolaridade	
Profissão/ocupação	
Estado civil	
Naturalidade	
Número de moradores no domicílio	
Renda familiar média (em salários)	

2. Aspectos relacionados a história obstétrica e de saúde e dados do pré-natal

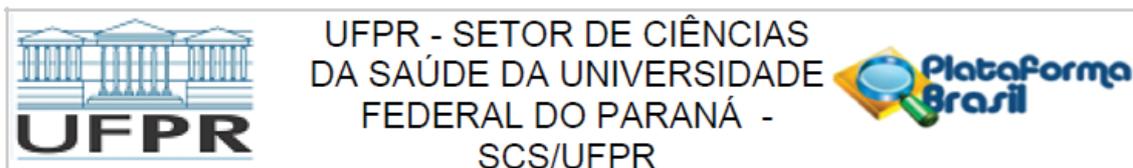
Gesta: PN: PC: A:	Prematuros:
Filhos vivos (número e idade):	Óbitos (número e idade):
Intercorrências gestacionais anteriores:	
Realização de pré-natal nas gestações anteriores:	
IG que iniciou pré-natal:	Nº de consultas:
IG atual:	Classificação de risco atual:
Comorbidades:	
Profissionais que realizaram as consultas	Médico: ____ nº de consultas Enfermeira: _____ nº de consultas
Carteirinha preenchida corretamente: OBS:	() dados gerais () vacinas () exames () dados das consultas () gráficos preenchidos

Planejamento reprodutivo?	
---------------------------	--

3. Questões abertas sobre a vivência e expectativas da gestante em relação ao pré-natal

- Conte-me como foi sua primeira consulta de pré-natal (seguir itens a serem contemplados na consulta).
- Qual profissional realizou a consulta e tempo de duração?
- O que você esperava da primeira consulta?
- Como te cuidaram na primeira consulta?
- Como se sentiu?
- Você tinha perguntas e dúvidas na primeira consulta?
- Foram respondidas?
- Conte-me como têm sido suas consultas seguintes (seguir itens a serem contemplados na consulta).
- Qual a periodicidade das suas consultas?
- Qual profissional realizou a consulta e tempo de duração?
- O que você esperava das consultas subsequentes?
- Em relação ao que você me contou sobre suas expectativas, como tem sido?
- Quais seus sentimentos em relação ao cuidado recebido nestas consultas?
- Em relação às suas necessidades, você acha que são resolvidas?
- Como você acredita que seria o pré-natal ideal? Faça sugestões.
- Além das consultas, tem participado de alguma atividade para gestantes? Se sim, conte-me sua experiência.
- Recebe visita domiciliar? Conte como é.
- Conte-me como foi sua experiência ao realizar seu pré-natal durante o período de pandemia da COVID-19?
- Na sua opinião, algo poderia ser melhorado no atendimento ao pré-natal?

ANEXO 1 – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: O cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência

Pesquisador: Marilene Loewen Wall

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 22534819.8.0000.0102

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.075.680

Apresentação do Projeto:

O projeto em análise ética tem como título "O cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência" e está sob responsabilidade da Profa. Dra. Marilene Loewen Wall. Em sua equipe de pesquisa estão presentes Sabrina Correa Koch, Alessandra V. M. B. Machado e Deisi Cristine Forlin Benedet, proposta encaminhada pelo Departamento de Enfermagem com finalização em 2025.

Segundo a pesquisadora "trata-se de pesquisa de campo, qualitativa, descritiva, desenvolvida junto às 11 Unidades de Saúde da Família em um município da Região Metropolitana de Curitiba, com o objetivo de promover o desenvolvimento de competências de enfermeiros no cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde.

Como se trata de estudo associado à prática de Enfermagem optou-se por trabalhar com a Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) numa abordagem qualitativa, cujos participantes serão enfermeiros que atuam nas 11 USF de um município da Região Metropolitana de Curitiba, que serão recrutados diretamente no serviço pelo pesquisador, mediante convite e explicação dos objetivos da pesquisa, e aceite com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Participarão ainda mulheres, usuárias do serviço, que serão eleitas aleatoriamente para a realização de entrevista semiestruturada e oficinas conforme aceite e assinatura do TCLE.

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

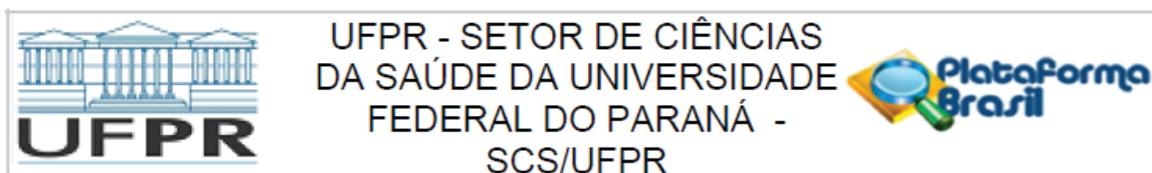
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.075.680

O método utilizado na pesquisa para coleta de dados será por meio de 5 oficinas temáticas realizadas em grupo, audiogravadas, com uso de roteiro norteador, registro em diário de campo, e entrevista com os enfermeiros e as mulheres usuárias que aceitarão participar da pesquisa, respeitando os preceitos éticos de pesquisa com seres humanos."

Objetivo da Pesquisa:

Segundo a pesquisadora são os objetivos:

"Objetivo Primário:

Promover o desenvolvimento de competências de enfermeiros no cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde (APS).

Objetivo Secundário:

- Identificar as competências desenvolvidas por enfermeiros no cuidado à mulher na APS;
- Conhecer as necessidades de mulheres usuárias no cuidado da APS;
- Propor um programa de educação permanente em saúde e enfermagem no cuidado à mulher;
- Identificar potencialidades e fragilidades no cuidado à mulher na APS;
- Construir ações para promover o desenvolvimento de competências de enfermeiros no cuidado à mulher na APS.
- Avaliar os resultados a partir das ações desenvolvidas para desenvolver competências de enfermeiros no cuidado à mulher na APS;
- Repensar as ações de enfermagem à saúde da mulher com enfermeiros da APS para a sistematização da assistência."

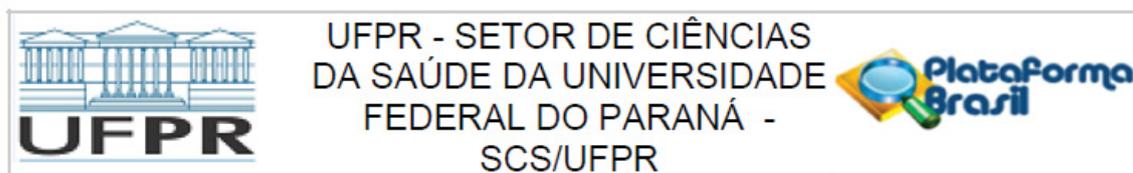
Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com a proponente são riscos e benefícios da pesquisa:

"Riscos:

Durante o desenvolvimento da pesquisa os profissionais e ou as mulheres usuárias participantes podem sentir-se constrangidos aos serem observados em sua prática, bem como durante as entrevistas e oficinas. Para minimizar e amenizar esses riscos, serão cumpridos todos os preceitos éticos da legislação vigente, bem como o reforço aos participantes quanto a possibilidade de

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	
Bairro: Alto da Glória	CEP: 80.060-240
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.075.680

desistência da participação na pesquisa, sem qualquer prejuízo a qualquer momento.

Benefícios:

Os benefícios que a pesquisa pode trazer à população e sociedade permeiam, um serviço de maior qualidade às mulheres e famílias mediante a promoção do aprimoramento das competências de enfermeiros no cuidado à mulher, almejando-se incidir diretamente para redução dos índices de morbimortalidade materno, contribuindo, portanto, para o desenvolvimento profissional dos enfermeiros atuantes na APS e para a melhoria da qualidade do cuidado prestado."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Participarão da pesquisa 21 enfermeiros (as) os quais participarão de 5 oficinas e 21 mulheres atendidas pelo SUS que participarão de 1 oficina.

Planos para o Recrutamento do Participante da Pesquisa

Profissionais Enfermeiros

Será realizada uma aproximação inicial e piloto da observação não participante, na sequência, caso sejam necessários ajustes à proposta e/ou instrumentos de coleta esses serão realizados pelo pesquisador. A abordagem dos enfermeiros das equipes será realizada em cada uma das 11 USF do município, com apresentação do projeto e avaliação do interesse de participação manifestado por cada enfermeiro, mediante aceite e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Mulheres usuárias

Serão distribuídos folderes e afixados cartazes convidando mulheres a participar da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos foram apresentados.

Recomendações:

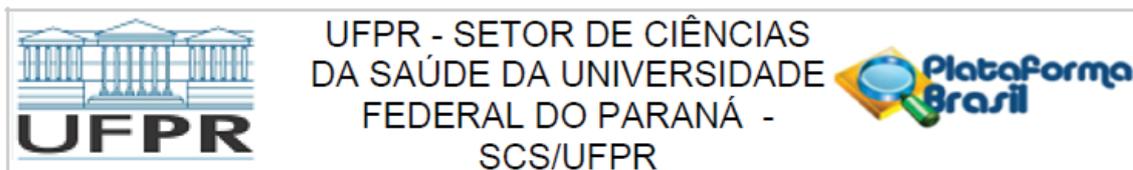
Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

No que se refere ao caráter ético do projeto de pesquisa, este colegiado é a favor do desenvolvimento do projeto.

- É obrigatório solicitar por e-mail à secretaria do CEP/SD uma cópia do Termo de Consentimento

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar	CEP: 80.060-240
Bairro: Alto da Glória	
UF: PR	Município: CURITIBA
Telefone: (41)3360-7259	E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.075.680

Livre e Esclarecido com carimbo onde constará data de aprovação por este CEP/SD, sendo este modelo reproduzido para aplicar junto ao participante da pesquisa.

*Em caso de projetos com Coparticipantes que possuam Comitês de Ética, seu TCLE somente será liberado após aprovação destas instituições.

O TCLE deverá conter duas vias, uma ficará com o pesquisador e uma cópia ficará com o participante da pesquisa (Carta Circular nº. 003/2011CONEP/CNS).

Favor solicitar o TCLE por e-mail cometica.saude@ufpr.br, necessário informar o CAAE.

Caso aplicação o TCLE seja realizada online, não é necessário sua retirada.

Considerações Finais a critério do CEP:

Solicitamos que sejam apresentados a este CEP, relatórios semestrais e final, sobre o andamento da pesquisa, bem como informações relativas às modificações do protocolo, cancelamento, encerramento e destino dos conhecimentos obtidos, através da Plataforma Brasil - no modo: NOTIFICAÇÃO. Demais alterações e prorrogação de prazo devem ser enviadas no modo EMENDA. Lembrando que o cronograma de execução da pesquisa deve ser atualizado no sistema Plataforma Brasil antes de enviar solicitação de prorrogação de prazo.

Emenda – ver modelo de carta em nossa página: www.cometica.ufpr.br (obrigatório envio)

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_1547883_É1.pdf	18/05/2020 19:48:47		Aceito
Declaração de Pesquisadores	Docs_CEP_SD_UFPR_Alterados.pdf	14/05/2020 19:33:42	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado	Novo_Projeto_Pesquisa_Alterado.doc	14/05/2020	ALESSANDRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



UFPR - SETOR DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DO PARANÁ -
SCS/UFPR



Continuação do Parecer: 4.075.680

/ Brochura Investigador	Novo_Projeto_Pesquisa_Alterado.doc	19:32:19	VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_mulheres_Alterado.doc	14/05/2020 19:31:57	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_enfermeiros_Alterado.doc	14/05/2020 19:30:30	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Outros	Emenda_1.pdf	05/05/2020 21:24:10	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Novo_Projeto_Pesquisa_corrigido_nov_2019.doc	21/11/2019 15:51:36	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Outros	Carta_adequacao_CEP_novo_2019.doc	21/11/2019 15:48:03	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_mulheres1.doc	21/11/2019 15:45:02	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_enfermeiros_1.doc	21/11/2019 15:44:39	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Folha de Rosto	frostodenfer2.pdf	01/10/2019 18:19:37	Marilene Loewen Wall	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_mulheres.doc	30/09/2019 20:31:48	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Novo_TCLE_enfermeiros.doc	30/09/2019 20:31:37	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Pesquisa.doc	30/09/2019 20:31:22	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Outros	SEI_UFPR_Extrato_Atta.pdf	30/09/2019 19:26:43	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao_de_compromisso.pdf	25/09/2019 20:17:27	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Outros	Check_list.pdf	25/09/2019	ALESSANDRA	Aceito

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

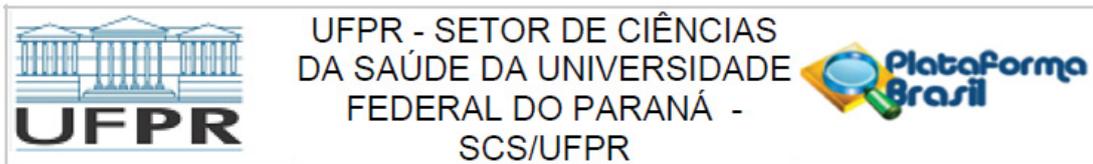
CEP: 80.060-240

UF: PR

Município: CURITIBA

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br



Continuação do Parecer: 4.075.680

Outros	Check_list.pdf	20:16:18	VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Outros	Carta_encaminhamento_CP_SD.pdf	24/09/2019 18:00:37	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Outros	Analise_de_merito.pdf	24/09/2019 17:59:24	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Coparticipacao.pdf	22/09/2019 17:42:40	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_2.pdf	22/09/2019 17:42:24	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	Concordancia_1.pdf	22/09/2019 17:42:12	ALESSANDRA VIEIRA DE MELLO BUENO MACHADO	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CURITIBA, 08 de Junho de 2020

Assinado por:
IDA CRISTINA GUBERT
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Padre Camargo, 285 - 1º andar

Bairro: Alto da Glória

UF: PR

Município: CURITIBA

CEP: 80.060-240

Telefone: (41)3360-7259

E-mail: cometica.saude@ufpr.br

Projeto: O cuidado à mulher na Atenção Primária à Saúde baseado em competência

CAAE: 22534819.8.0000.0102

N.º Parecer de Aprovação: 3.721.980

Prezada senhora Coordenadora,

Venho comunicar a inclusão da mestranda Carolina Pasala, Currículo Lattes: <http://lattes.cnpq.br/4188489098388743>, no referido Projeto de Pesquisa.

E a inclusão de uma pergunta no roteiro de entrevista relacionada a experiência e vivência da mulher que realizou o pré-natal durante a pandemia do COVID-19, conforme se lê: "Conte-me como foi sua experiência em realizar seu pré-natal durante a pandemia do COVID-19, ou seja, do Corona Vírus."

Dessa forma, solicita-se a apreciação desse Comitê para o deferimento dessas inclusões no Projeto de Pesquisa.

Curitiba, 27 de abril de 2020.

Cordialmente,



Prof. Dra. Marilene Loewen Wall
Pesquisadora Principal