



FACULDADE UNIRB BARREIRAS
BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MATEUS ALVES DOURADO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONDUÇÃO DAS
GESTANTES DO MUNICÍPIO DE BAIANÓPOLIS AO SERVIÇO
ESPECIALIZADO PARA O PARTO**

Barreiras-Ba

2021

MATEUS ALVES DOURADO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONDUÇÃO DAS
GESTANTES DO MUNICÍPIO DE BAIANÓPOLIS AO SERVIÇO
ESPECIALIZADO PARA O PARTO**

Trabalho de conclusão de curso apresentado ao curso de enfermagem, Faculdade UNIRB Barreiras, como requisito parcial para obtenção do grau de bacharel em enfermagem.

Professor de TCCII: Marcus Lessandro Costa Delazeri

Orientador: Dr. Everton Moraes Lopes

Barreiras-Ba

2021

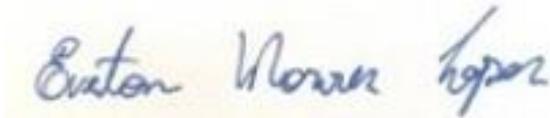
MATEUS ALVES DOURADO

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA CONDUÇÃO DAS
GESTANTES DO MUNICÍPIO DE BAIANÓPOLIS AO SERVIÇO
ESPECIALIZADO PARA O PARTO**

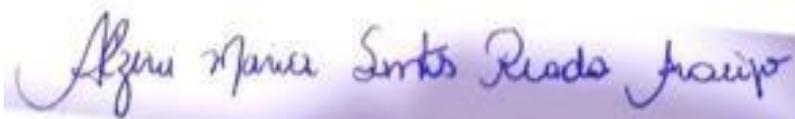
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado como requisito para obtenção do grau de bacharel em enfermagem, Faculdade UNIRB Barreiras.

Aprovado em 04 de Junho de 2021

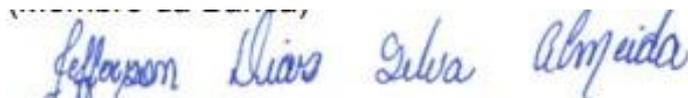
Banca Examinadora



Orientador: Everton Moraes Lopes
Dr. Em biotecnologia, pela Universidade federal do Piauí
Docente UNIRB polo Teresina-Piauí



Alzira Maria Santos Prado Araújo
Esp. Em Saúde Pública, pela Universidade UNYHANA
Esp. Em Docência, pela CEOB



Jefferson Dias Silva Almeida
(Membro da Banca)

ME. em Educação de jovens e adultos pela UNEB
Docente UNIRB polo Barreiras-Ba

DEDICATÓRIA

Quando se tem uma missão aqui na terra, obstáculo nenhum é capaz de impedir o crescimento daquele que tem dentro do seu peito a vontade de fazer a diferença, pois Deus com sua infinita bondade jamais deixa um filho que o seu propósito é ajudar o próximo através do seu conhecimento ser apenas mais um, e desistir na primeira barreira que atravessasse em sua frente, ele jamais te dará nada fácil, porém ele sempre te dará soluções quando estiveres atravessando o deserto que tem por nome medo e sobrenome insegurança.

Dedico esse trabalho a todos aqueles que em mim não depositaram confiança e que julgaram por ser um menino pobre, de família humilde e de sonhos gigantescos...esse sonho está muito próximo de se concretizar e mostrar para todos estes que, classe social, cor de pele, muito menos sonhar alto significa querer de mais, isso apenas mostra que para se tornar alguém de renome não necessariamente precisa ter em sua conta bancária números extraordinários muito menos carregar sangue de burguês em suas veias, basta apenas ter meta, dedicação e querer ajudar o próximo com o conhecimento adquirido.

Dedico esse trabalho a minha família por estar comigo em todos os momentos turbulentos em minha vida e tentar segurar o meu mundo quando tudo está desabando sob meus pés, a todos aqueles pacientes que passaram por minhas mãos e que foram combustível para que todos os dias durante os cinco anos de graduação eu tivesse gás suficiente para enfrentar aulas gigantescas de matérias que jamais deixarei de carregar as cicatrizes de noites em claro para realizar exames orais no dia posterior e é claro, a todas as minhas colegas que seguravam o plantão para eu sair mais cedo e conseguir chegar a tempo para a aula do primeiro horário.

Gratidão, respeito, profissionalismo e conhecimento...esse TCC deveria carregar em seu título essas palavras, pois são elas que são os pilares para eu ser o profissional que sou e com certeza, o profissional que serei após ter em minhas mãos o tão sonhado título de bacharel em enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Nunca é demais agradecer aquele que és o dono do ouro e da prata, dos campos verdejantes e do infinito céu que cobre as nossas cabeças com um azul de tonalidade ímpar. Agradecer... não tenho palavras para descrever esse momento em minha vida, porém algumas pessoas jamais deixarão de serem lembradas por segurar em minha mão nos momentos de desânimo e me reerguer com uma palavra de ânimo e de esperança em dias melhores.

Pai, Mãe, Vó, Tia Diu, Saló, Dinda, e demais familiares que me ajudaram e apoiaram a chegar até aqui, obrigado...e ao “painho e a mainha”, parabéns, o filho de vocês está finalizando o ciclo mais esperado por vocês que é a faculdade.

Pai, lembra de quando estávamos trabalhando juntos e que eu sempre falava que metalurgia não era para mim? Aqui estou provando para o senhor que realmente não nasci para isso, nasci para ajudar aqueles que gemem e que choram na calada da noite sem saber o que fazer e nem o que tomar para sessar essa dor gritante em seu corpo.

Mãe, aqui estou de olhos um tanto quanto edemaciados de chorar de felicidade por sempre acreditar em meus sonhos e estar segura em minhas mãos para que eu tome as decisões mais corretas e benéficas para minha vida tanto profissional quanto pessoal. Te amo incondicionalmente.

E por último, porém jamais menos importante, ao nosso ex coordenador JEFERSON ALMEIDA por todo empenho e por acreditar tanto em nosso potencial e em nosso sonho de formarmos e sermos grandes profissionais da saúde, pois ele como ninguém sabe o quando galgamos por esse momento ímpar em nossas vidas.

Eu tentei 99 vezes e falhei, mas na centésima tentativa que eu consegui, nunca desista dos seus objetivos, mesmo que esses pareçam impossíveis, a próxima tentativa pode ser a vitoriosa.

RESUMO

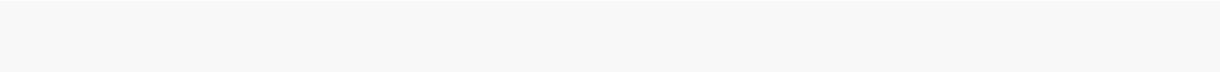
O presente trabalho procura mostrar a realidade enfrentada no município de Baianópolis-Ba pelas equipes de saúde tanto da ESF Senhor do Bonfim quanto do hospital municipal, para encaminhar as gestantes para unidades de atendimento especializado, onde fica situada em Barreiras, 62 km da cidade. As gestantes quando estão finalizando o terceiro trimestre, as enfermeiras e médicos da atenção primária já realizam educação em saúde para que estas fiquem cientes de que o município não dispõe de serviços obstétricos e que estas sejam vinculadas ou inseridas no SUREM para uma captação de vaga para uma unidade que dispõe de tal serviço. O vigente trabalho, teve como base o método qualitativo descritivo, onde foi observado durante o estágio curricular as consultas de pré-natal na ESF bem como foi realizado plantões voluntários no hospital municipal para conhecer a realidade enfrentada pela equipe em atender gestantes sem dispor de recursos especializados. Ao desenvolver o presente estudo, possibilitou realizar uma análise panorâmica da vivência das gestantes de Baianópolis para terem seus filhos em uma unidade especializada bem quais meios os profissionais atuantes da ESF e no hospital articulam para encaminharem estas gestantes, uma vez que o município não dispõe de serviços obstétricos e neonatológicos

Palavras-chave: Atenção Primária. Gestante. Saúde

ABSTRACT

The present work seeks to show the reality faced in the municipality of Baianópolis- Ba by the health teams of both the ESF Senhor do Bonfim and the municipal hospital, to refer pregnant women to specialized care units, where it is located in Barreiras, 62 km from the city. As pregnant women when they are finishing the third trimester, as nurses and doctors of primary care, they already carry out health education so that they are aware that the municipality does not have obstetric services and that these are linked or inserted in SUREM to capture a vacancy for a unit that has such a service. The current work was based on the descriptive qualitative method, where it was observed during the internship as prenatal consultations in the FHS, as well as voluntary shifts at the municipal hospital to realize the reality faced by the team in attending pregnant women without having the resources eat. In developing the present study, it was possible to carry out a panoramic analysis of the experience of pregnant women in Baianópolis to have their children in a specialized unit, which means the professionals working in the FHS and in the hospital articulate to refer these pregnant women, since the city does not have obstetric and neonatal services

Keywords: Primary attention. Pregnant. Health



LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAM: CENTRO DE ATENDIMENTO A MULHER

ESF: ESTRATEGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

MS: MINISTÉRIO DA SAÚDE

OMS: ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE

PACS: PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE

PAISM: PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

PHPN: PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

PN: PRÉ-NATAL

PSF: PROGRAMA SAÚDE DA MULHER

SUS: SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

SUREM: SISTEMA DE REGULAÇÃO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

UBS: UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	7
2	REFERENCIAL TEÓRICO	9
2.1	POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	17
2.2	IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL.....	19
2.3	ENFERMEIROS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PRÉ NATAL.....	21
2.4	ESTRATÉGIAS DE PREPARO PARA O PARTO	22
2.5	PARTO ATIVO	23
2.6	O ENFERMEIRO E SUA ESPECIALIDADE NA ATENÇÃO E PREPARO PARA O PARTO	24
3	METODOLOGIA	25
3.1	TIPO DE ESTUDO	25
3.2	LOCAL DE ESTUDO.	28
3.3	AMOSTRA E PARTICIPANTES.....	28
3.4	INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	29
3.5	ANÁLISE DE DADOS	29
4	RESULTADOS E DISCUSSÕES	33
5	CONCLUSÃO.	36
6	BIBLIOGRAFIA SELECIONADA	37
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	38

1 INTRODUÇÃO

O parto assim como todas suas fases, é algo fisiológico do corpo da mulher, no entanto a gestante necessita do auxílio de uma equipe multiprofissional qualificada e que consiga intervir em quaisquer eventos adversos durante esse processo.

Antigamente, as mulheres tinham seus filhos em suas residências, com auxílio somente de parteiras que geralmente era alguém de sua confiança e algum familiar próximo, como mãe, irmã e/ou marido, esse perfil de realizar o parto domiciliar e sem auxílio de profissionais da saúde permaneceram por muitos anos, e com isso, infelizmente em muitos casos, acabava acontecendo intercorrências que as parteiras por não possuírem uma formação acadêmica não conseguiam reverter a situação, aumentando cada vez mais os índices de mortalidade neonatal e puerperal (GARCIA, 2010).

Desde 1990, vários países subsaarianos têm reduzido pela metade a mortalidade materna. Em outras regiões, como a Ásia e o Norte da África, os progressos têm sido ainda maiores. Entre 1990 e 2015, a taxa de mortalidade materna global (número de mortes maternas por cada 100 mil nascidos vivos) diminuiu apenas 2,3% ao ano. No entanto, a partir de 2000, observou-se uma aceleração nessa redução. Em alguns países, as reduções anuais de mortalidade materna entre 2000 e 2010 foram superiores a 5,5%. (OPAS/OMS,2018)

Com os avanços tecnológicos bem como avanços no conhecimento médico e científico foram sendo normatizados os partos em instituições de saúde, onde médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem prestavam assistência a essas gestantes no momento do parto, garantindo assim que fosse minimizado as chances de intercorrências letais no decorrer do parto.

A equipe de enfermagem tem contato direto com a mulher durante o trabalho de parto e pode contribuir significativamente para a humanização nesse processo importante na vida da parturiente. Nesse sentido o enfermeiro tem sido reconhecido pelo Ministério da Saúde e outros instituições não governamentais, como o profissional que possui formação holística e procura atuar de forma humanizada e proporciona uma assistência de enfermagem que oferece conforto e segurança no cuidado a parturiente (PAIVA, 1999; BRASIL, 2003; PEREIRA, 2012).

Foram acompanhadas as consultas de pré-natal das gestantes que estão cadastradas na ESF (estratégia de saúde da família) da sede de Baianópolis, para conhecer a realidade enfrentada pelas enfermeiras da atenção primária sobre transporte para essas gestantes, como é feita essa orientação sobre todos esses passos burocráticos a serem seguidos e como é feita a regulação via SUREM (Sistema de Regulação de Urgências e Emergências).

O presente estudo baseia-se na implantação do programa Rede Cegonha, que foi instituído em 2011 por meio da portaria 1.459 (BRASIL,2011),que tem o objetivo proporcionar os partos mais humanizados possíveis e na lei nº11.634 de 27 de dezembro de 2007 que dispõe o direito das gestantes ao conhecimento e à vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito SUS(BRASIL,2011).

Os objetivos basais desse trabalho é identificar quais os meios que os profissionais de enfermagem do município de Baianópolis adotam para que as gestantes tenham o parto em uma unidade de referência, e objetiva-se também em compreender a realidade do município para regular via Sistema de Regulação, as gestantes não vinculadas na maternidade municipal de Barreiras, sendo também realizado educação em saúde para essas gestantes sobre a importância da identificação dos sinais de início de trabalho de parto e quais os tramites que são utilizados para realizar o encaminhamento para essa gestante chegar até uma localidade referência para o parto

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Com a iniciativa de diminuir o índice de morbimortalidade no binômio puérpera e recém-nascido, foi criada a lei orgânica nº11.634 de 27 de dezembro de 2007, que garante a gestante no terceiro trimestre de gestação o direito de realizar uma visita para conhecer o local onde provavelmente será realizado o seu parto, bem como às unidades em que não dispuserem deste serviço, procurar transferir de maneira segura essa gestante para melhor ser assistida (BRASIL, 2007).

Nos anos 2000 o ministério da saúde implantou o programa de humanização do pré-natal e nascimento (PHPN), onde promove às gestantes a melhor assistência durante a sua gestação e parto, buscando também promover um acompanhamento puerperal, diagnosticando precocemente patologias e doenças psicológicas como depressão pós parto, baixo índice de desenvolvimento, anorexia, acompanhamento vacinal adequado e se necessário, encaminhar para outros profissionais como assistentes sociais, psicólogos, nutricionistas, odontólogo e o mais importante, garantir que essa gestante tenha todo o acolhimento da equipe multiprofissional. (BRASIL, 2006). Segundo Souza e Silva (2010) a humanização no atendimento ao pré-natal está relacionada não apenas em receber a mulher na unidade de saúde, mas essencialmente no modo como esta é acolhida, conduzida e ouvida da maneira mais humana possível.

Nesse contexto, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi lançado pelo Ministério da Saúde em 1983, desde então foi sendo aperfeiçoado a cada ano, pois viu-se a necessidade de tratar a mulher no período gravídico com um olhar voltado para prevenção e ao tratamento adequado, onde hoje cada município procura vincular suas gestantes de risco habitual nas maternidades municipais mais próximas, e se necessário for, encaminha-las para a unidade de referência em cuidado especializado (OSIS; DUARTE, 2013)

Nesse sentido, e visando fortalecer e assegurar uma assistência humanizada ao binômio mãe-filho foi instituído através da Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, a Rede Cegonha. Essa estratégia governamental apresenta um novo modelo de atenção Materno-infantil com o foco no acolhimento e no fortalecimento do vínculo dos usuários com os serviços de saúde. Brasil et al. (2013), onde através dessa portaria, as gestantes possuem a garantia do acesso livre em todas as

maternidades em que foram implantadas tal programa, bem como a visita de vinculação no local onde provavelmente será realizado o parto. (BRASIL et al., 2013).

A maioria dos estudiosos afirmam que o início da relação entre pais e filhos acontecem antes do nascimento (e.g, Bouchard, 2011; Fonseca, 2012), podemos verificar com a vivencia social e também como profissionais da saúde, que as mães que possuem um vínculo afetivo maior com seus filhos, são aquelas mães que aceitam sua condição de gestante, frequenta o pré-natal, o pai acompanha em todas as consultas médicas é acompanhada por todos os profissionais da equipe multiprofissional e com isso, essa gestante juntamente com toda sua família já vai de certa forma tendo laços afetivos maternos e fraternais com essa criança que logo irá nascer.

Falcone et al. (2005), relatam que o atendimento de pré-natal realizado por uma equipe multiprofissional e humanizada revela uma excelente oportunidade para prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos, assim sendo, diminuindo também os índices de depressão pós parto, infecções puerperais e garantindo um atendimento integralizado a essa família e realizando um trabalho holístico entre sociedade, problemas futuros e garantia de acompanhamento gestacional e puerperal.

Atenção adequada pode-se evitar grandes desfechos negativos tanto na mãe quanto no recém-nascido, como complicações obstétricas, retardo no crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer e prematuridade, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e infantil (DUARTE; MAMEDE, 2013).

Muitas são as dimensões com as quais o enfermeiro está comprometido, pois no cuidado ele previne, protege, trata, recupera, promove e produz saúde. Muitos são os desafios quando se assume a responsabilidade de lidar com o ser humano, ficando evidente que tão importante quanto os resultados alcançados é todo o processo que envolve o pré-natal (DUARTE; ANDRADE 2006, p. 125).

Segundo Cavalcanti et al. (2013), no Brasil em 1990 a taxa de mortalidade materna era de 140 óbitos por 100.000 nascidos vivos, sendo em 2007 após muitos esforços a taxa teve uma regressão para 75 óbitos por 100.000 nascidos vivos. No entanto, por mais que esses números tenham regredidos uma média de 52% nesse período, o número de mortes maternas ainda permanece elevado, nesse contexto, os autores relatam a importância do cuidado na condução do parto, pois por mais

que seja algo fisiológico, em algumas situações necessita-se de uma intervenção imediata para que esta intercorrência não chegue ao ponto de somar mais um caso de morte puerperal ou neonatal.

Segundo Silva et al. (2011) visando a decrescência dessas taxas de letalidades no momento do parto e visando garantir a todas as gestantes e puérperas um atendimento qualificado com todo apoio multiprofissional que são constituídas de médicos obstetras, anestesistas, pediatras, enfermeiros, fisioterapeutas, técnicos em enfermagem e um local de suporte para eventuais ocorrências e emergências obstétricas foi normatizado através da Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, onde o ministério da saúde lançou a rede cegonha, com o objetivo de ampliar o acesso e melhorar a qualidade da atenção no pré-natal, assistência ao parto e a criança com até 24 meses de vida.

Nesse contexto, Brasil et al. (2013), afirmam que o programa rede cegonha é uma estratégia de implementar uma rede de cuidados as gestantes e garantir um tratamento a altura da sua necessidade na hora do parto e é claro, garantir que esta seja assistida em todos os momentos do seu parto e puerpério.

Para a melhoria do acesso e da qualidade o rede cegonha propõe ações voltadas para assistência à mulher e à criança, entre elas a vinculação da gestante à unidade de referência, o transporte seguro e da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, e o direito da mulher à livre escolha do acompanhante na hora do parto. (BARRETO, 2013)

Hoje no Brasil, vinculação se baseia necessariamente na articulação entre a atenção primária de saúde, atenção durante o pré-natal e atenção secundária ou terciária, ou o hospital, já que é neste cenário em que o parto acontece. Segundo Brasil (2012, p.2), toda gestante tem o direito a livre escolha de se expressar, escolher quem é o seu acompanhante bem como assumir a melhor posição para que o seu parto ocorra, garantindo assim que esta seja a protagonista do seu próprio parto.

Para se obter um plano de cuidado resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação no que se refere aos objetivos da atenção, às prioridades, à natureza dos problemas e às responsabilidades (do profissional e da pessoa sob atenção). Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber o que e como dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada. De igual forma, a aptidão de escutar o outro

pressupõe a capacidade de silenciar. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos. A escuta atenta e livre auxiliará o estabelecimento da confiança, que é necessária para o vínculo. (BRASIL, 2012, p. 121)

De acordo com Barreto (2013), toda gestante acompanhada pelo SUS tem o direito do conhecimento prévio da maternidade ou local onde será realizado o parto e estar ciente de que em eventuais emergências este local seja procurado imediatamente.

Entretanto Barreto (2013) relata que apesar de ser obrigatório o registro, regulamentada pela Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, isso está um tanto quanto distante da realidade, pois muitos profissionais não informam ou não registram na carteira da gestante qual maternidade será realizado o parto ou se precisar de um atendimento emergencial se houver uma intercorrência no período gestacional, por conta disso as gestantes vão à busca de assistência sem saber ao certo e qual o serviço adequado recorrer na hora do parto e isso vem contribuindo para o aumento de mortalidade materna e infantil no período peri e neonatal.

Segundo (Brasil 2014,p.5) afirma que com a diretriz que garante o serviço de vinculação, que realizam os serviços de pré-natal e parto para locais referência nesses serviços, garante a continuidade do trabalho do serviço de saúde e garante um atendimento adequado para a população, seguindo assim os pilares do SUS, que é integralização, universalização e equidade.

Nesse contexto, o enfermeiro da atenção primária é um dos principais elos para que todos esses passos sejam seguidos por sua gestante, garantindo a ela um serviço especializado e adequado para cada enredo gestacional. Por isso o ministério da saúde proporciona periodicamente aos enfermeiros da atenção primaria cursos de atualização de diretrizes e manejos das gestantes, para que todas estas sejam recebidas nas maternidades e hospitais de referência para cada situação gestacional.

Algumas situações em que a gestante necessite durante a gestação de um cuidado especializado como deslocamento prévio de placenta, hipertensão gestacional, diabetes gestacional, gestação múltiplas, citomegalovírus positivo e outras doenças gestacionais em que possam colocar em risco a vida da gestante e do bebê, estas são encaminhadas para o atendimento de alto risco, onde

geralmente são encaminhadas para serem realizadas as consultas de pré-natal no CAM (centro de atendimento à mulher) (FEBRASGO, 2017).

O Brasil criou o Sistema Único de Saúde (SUS), publicado na Constituição de 1988, com o objetivo de programar um novo modelo de atenção à saúde, amparado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, regionalização, participação e controle social e descentralização. O SUS disponibiliza assistência à saúde dos brasileiros em três níveis de atenção, a saber: Atenção Básica, Média e Alta Complexidade (BRASIL, 2000).

Segundo Medeiros e Peres (2011), a rede básica compõe o primeiro nível de atendimento e desenvolve ações centradas na promoção à saúde e prevenção de doenças. Por isso, foi criado na década de 90 o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou em 1994 do status de programa para Estratégia Saúde da Família (ESF), precedido pelo Programa de Agentes Comunitários da Saúde (PACS), como forma de contemplar os princípios do SUS por meio do fortalecimento e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2006). Dias, Cunha e Amorim (2005) reforçam que na ESF são desenvolvidas estratégias prioritárias para organização da Atenção Básica, caracterizada por ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, considerando o sujeito em sua singularidade, complexidade e o contexto em que vive.

A implantação do ESF em todo o território nacional vem contribuindo positivamente para a melhoria de todos os indicadores de saúde, especialmente nas regiões onde as condições socioeconômicas e ambientais são mais precárias, como as regiões norte e nordeste nos quais se registram os maiores índices de mortalidade materna e infantil no Brasil (BRASIL, 2006).

O pré-natal na rede básica de saúde é realizado pelo enfermeiro e pelo médico e objetiva monitorar, prevenir e identificar intercorrências maternas e fetais e, ainda, realizar atividades educativas acerca da gravidez, parto e puerpério. No entanto, compete ao enfermeiro o acompanhamento das mulheres com ausência de complicações, cadastradas no pré-natal de baixo risco (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

O pré-natal é o acompanhamento da mulher grávida, desde o início da gestação que em 90% das mulheres é diagnóstico pela ausência de menstruação, e sintomas clássicos como enjoos e vômitos matinais, visando manter a integridade das condições de saúde da mãe e do bebê. Assim, durante toda a gravidez serão

realizados exames e avaliações complementares com vistas a identificar e tratar precocemente as situações de risco que podem trazer prejuízos à saúde da mãe ou da criança (VIERA et al., 2011; DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006). As consultas do pré-natal de baixo risco deve ser realizadas mensalmente.

Apesar da gestação ser entendida como um processo fisiológico e que sua maioria transcorre sem complicações, são preconizadas pelo Ministério da Saúde, no mínimo seis consultas. Assim, as mulheres que não apresentam complicações no decorrer da gravidez são classificadas como grupo de gestantes de baixo risco e as que desenvolvem problemas durante o período gestacional ou evoluem com potenciais complicações para a mãe e feto compõe o grupo de gestantes de alto risco.

Desse modo, Vieira et al. (2011,p.35), reforça que o pré-natal de baixo risco realizado pelo enfermeiro objetiva-se em monitorar as gestantes, bem como, identificar adequada e precocemente as pacientes com potencial para evolução desfavorável, devendo as mesmas serem encaminhadas para o acompanhamento de alto risco que é realizado pelo médico obstetra e por uma equipe multiprofissional que é especializada em gestações de alto risco.

Os cuidados preventivos e de promoção à saúde, é um diferencial do enfermeiro é diferente do médico, que é treinado para identificar e tratar patologias, sendo assim torna-se o profissional de enfermagem indispensável nas atividades normais do pré-natal, pelas características da profissão. O enfermeiro possui os pré-requisitos que irão possibilitar este atendimento humanizado, e o estabelecimento deste vínculo irá estimular o profissional a utilizar sua sensibilidade para visualizar a gestante como um ser completo, alguém que possui antes de tudo uma história, Por outro lado, a percepção pela gestante, dessa humanização, fará com que a mesma se sinta acolhida e tenha confiança para expor suas dúvidas, medos e ansiedades em relação à gestação e ao parto (ADAN; BONET; OLAZABAL, 2008).

Sendo assim, deve-se considerar que esta é uma área produtiva à atuação do enfermeiro, pois certamente implica na melhoria da qualidade no atendimento do pré-natal, satisfação da clientela, e conseqüentemente trazendo benefícios tanto à mãe quanto à criança, uma vez que o pré-natal não pode ser encarado apenas como um momento técnico, centrado em um fenômeno biológico, visto que tal

conduta não estabelece vínculo de acolhimento, confiança e segurança, dificultando a relação profissional gestante (SILVA, 2010).

Com base no Decreto 94.406/87, lei 7.498, de 25/7/1986 e por protocolos ministeriais, o enfermeiro é respaldado a prestar assistência, realizar consultas de enfermagem, cuidados, solicitar exames complementares e encaminhar se preciso for, portanto, é capacitado para conduzir o pré-natal de baixo risco. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o início precoce do pré-natal é essencial para adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso, este seria superior de seis. Os novos modelos propostos pelo Sistema Único de Saúde levaram à elaboração de diversas proposições, entre as quais têm se destacado especial atenção ao acolhimento da gestante com os programas de saúde da família.

A Saúde da Família tem se configurado como a principal estratégia impulsionadora da reorganização do modelo de atenção à saúde no âmbito do SUS. Entre as novas propostas, a Estratégia Saúde da Família, articulada com o acolhimento e outras medidas, têm se mostrado com grande potencialidade na construção da qualidade das ações programáticas e da promoção da saúde. (OLIVEIRA, 2008). As unidades básicas de saúde (UBS) devem ser a porta de entrada preferencial da gestante ao sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhorar acolher suas necessidades inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez. (BRASIL, 2012)

A gestação é um processo fisiológico e, a maioria das vezes, é de baixo risco para a mãe e para o bebê. Durante seu estágio inicial, o corpo da gestante passa por inúmeras transformações, incluindo alterações físicas, hormonais e psicológicas nesse processo, o acompanhamento da gestação e a detecção de possíveis complicações ou intercorrências ocorre por meio do pré-natal. (SILVA; SILVA, 2010).

O pré-natal foi planejado e discutido como uma política nacional em atenção aos direitos das mulheres, buscando efetivar uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e pré-natal. Portanto, o (PN) é aliada com tecnologia e humanismo, enfocando ações e práticas de cuidar da mulher gestante sob o prisma da prevenção (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Acredita-se que os resultados contribuirão para uma assistência ao pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, que demandam atenção da rede de saúde, municipal e estadual com intuito de cumprir os princípios e diretrizes da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher.

O pré-natal nos últimos anos tem ganhado muito espaço na saúde pública, principalmente na atenção básica. Sabe-se como o pré-natal é importante e que quando bem realizado pode trazer resultados benéficos ao trabalho de parto e puerpério.

Acreditando que este trabalho seja de grande importância para servir de instrumento direcionador para ações em saúde pública, para os profissionais da saúde, principalmente à enfermagem, para entenderem mais a sua essência e importância nessa área; assim como para a sociedade saber o quanto é importante o pré-natal.

O pré-natal se entende como o acompanhamento que a gestante recebe desde a concepção do feto até o início do trabalho de parto, durante este período a execução da educação em saúde pela equipe de enfermagem se faz de forma contínua através de informações acerca da gravidez, do feto, das modificações morfofisiológicas da gestante, bem como sobre trabalho de parto e cuidados pós-natal. (DUARTE; ANDRADE2008 p;10)

E por se tratar de um fenômeno complexo, remete-se, portanto, a um tratamento físico, psicológico e social, requerendo então habilidades dos profissionais de saúde/enfermagem conquistadas com embasamento científico e a vivência a prática destes conhecimentos.

Segundo Moura (2003), o enfermeiro tem extrema importância nas consultas de pré-natal, entretanto precisa ser realizado investimento para uma qualificação com atendimento eficaz, ele possui uma bagagem de conhecimento para ser passado às gestantes, mas devemos ressaltar que infelizmente alguns destes profissionais não realizam esse tipo de serviço aos clientes; e aos profissionais que realizam a satisfação pelas gestantes é grande.

Frente ao exposto e a necessidade de aprimorar os conhecimentos acerca da atuação do enfermeiro no pré-natal para a condução da gestante até o serviço especializado, justifica-se a relevância do presente estudo, pelos relatos dos profissionais tanto da ESF quanto do hospital do município em ter dificuldades em regular essas gestantes bem como em orienta-las de que não necessariamente

depende apenas da equipe plantonista do hospital realizar este encaminhamento, mais sim de todo um processo burocrático realizado desde o pré-natal para garantir a essa gestante uma atenção especializada na hora do parto.

2.1 POLÍTICAS DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

No Brasil, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas nesse período às demandas relativas à gravidez e ao parto. Os programas materno-infantis elaborados nas décadas de 1950 e 1970 traduziam uma visão restrita sobre a mulher, baseada em sua especificidade biológica e no seu papel social (BRASIL, 2004).

Várias foram as criações ocorridas nesse contexto, dentre elas, destaca-se o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM) que propôs uma nova e diferenciada abordagem, com ênfase no atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral, com vistas ao aperfeiçoamento do controle do pré-natal, parto e puerpério. (OLIVEIRA, 2003).

Em resposta a demanda do movimento organizado de mulheres pelo direito de qualidade na assistência, em 1984, o Ministério da Saúde ampliou as ações públicas de atenção à população feminina por meio da implementação do Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM). A esse programa foram incorporadas ações com ênfase educativa e preventiva, além de diagnóstica, tratamento e recuperação, direcionadas à assistência clínica e ginecológica (câncer de colo de útero e de mama, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis e climatério) e obstétrica (pré-natal, parto e puerpério).

No que diz respeito à atenção do pré-natal, o MS, por meio do PAISM, estabeleceu os seguintes procedimentos para: captar a gestante na comunidade, fazer os controles periódicos, contínuos; garantir as consultas, bem como reuniões educativas, prover área física adequada, equipamento e instrumental mínimo; oferecer medicamentos básicos e apoio laboratorial (BRASIL, 1984) O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento foi instituído pelo MS através da Portaria/GM n.569, em 01 de junho de 2000, visando concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal; adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do

acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal; e ampliar as ações já adotadas pelo MS na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco (BAULI, 2010).

A criação de um sistema informatizado de informação e acompanhamento do PHPN, o SISPRENATAL, foi considerado como uma medida fundamental do programa. Esse sistema de informações deveria, além disso, monitorar o pagamento dos incentivos financeiros e constituir-se em um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar essa atenção em âmbito municipal e estadual, contribuindo para melhorar a gestão dos serviços.

Até a instituição do PHPN, os dados referentes à assistência pré-natal no SUS restringiam-se ao número absoluto de consultas, não permitindo avaliações mais detalhadas da qualidade do cuidado pré-natal (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Apesar de todos os esforços para melhorar a saúde da mulher, ainda havia necessidade de fortalecer a assistência prestada e, então, no ano de 2004, o Ministério da Saúde elaborou a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – princípios e diretrizes (PNAISM).

Esta política foi criada em parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento das mulheres, o movimento negro, o das trabalhadoras rurais, a sociedade científica, as organizações não governamentais, os gestores do SUS e as agências de cooperação internacional. Essa política teve o propósito de expor a saúde da mulher como direito de cidadania e deve nortear as ações de atenção a sua saúde, contribuindo para que as mulheres brasileiras avancem em suas conquistas. (BRASIL, 2009).

A PNAISM tem como objetivo principal a redução da morbimortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo o acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades. Além desse aspecto citado anteriormente, o que a diferencia de outros programas políticos é a valorização de ações educativas, considerando o conhecimento prévio do sujeito, com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre saúde promovendo o autoconhecimento e a busca pela autoestima feminina, incorporando a mulher como um sujeito ativo no cuidado a sua saúde (BRASIL, 2009).

Outro aspecto dessa política que merece destaque, é que esta foi formulada baseando-se em avaliações de políticas anteriores, buscando preencher lacunas

que ficaram incompletas, como por exemplo, nas questões de climatério/menopausa; queixas ginecológicas; infertilidade e reprodução assistida; saúde da mulher na adolescência; doenças crônico-degenerativas; saúde ocupacional; saúde mental; doenças infectocontagiosas, bem como, a atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (FREITAS et al, 2009).

Então, a PNAISM reforça a humanização da assistência à mulher, levando em conta que qualidade e humanização são indissociáveis e que humanizar não é só dar um tratamento digno a mulher, mas que também se trata de acessibilidade a todos os níveis de atenção a saúde e direito a referência e contra referência. A partir disso, a mulher poderá então ser vista na sua integralidade, como um sujeito autônomo e participativo nesse processo. Com isso, haverá garantias de atendimento a suas necessidades e conseqüentemente melhorando a qualidade da sua assistência (BRASIL, 2009).

2.2 IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

A assistência ao pré-natal constitui em cuidados, condutas e procedimentos em favor da mulher grávida e do concepto. Esta atenção caracteriza-se desde a concepção até o início do trabalho de parto, de forma preventiva e tendo também como objetivos identificar, tratar ou controlar patologias; prevenir complicações na gestação e parto; assegurar a boa saúde materna; promover bom desenvolvimento fetal; reduzir os índices de morbimortalidade materna e fetal e preparar o casal para o exercício da paternidade (CARVALHO et al, 2004).

O objetivo do pré-natal é assegurar a evolução da gestação, permitindo e favorecendo o nascimento de um recém-nascido de boa vitalidade e com menos chances de patologias, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. (BRASIL, 2012) A realização do pré-natal representa papel fundamental em termos de prevenção e/ou detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde.

Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. (BRASIL, 2000) De acordo com Brasil (2012) é necessário 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica:

1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)

2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal

3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".

5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".

9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).

10º PASSO: As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal. Magalhães e Moreira in Corrêa et al. (2004) afirmam que o sucesso do acompanhamento pré-natal depende ainda de alguns fatores decisivos como: o interesse e participação da gestante e de seus familiares; que estes reconheçam a importância deste acompanhamento; que o pré-natalista seja competente para identificar e corrigir as alterações na evolução da gravidez,

dedicado e solícito atendendo corretamente a gestante e humano para acolher e motivar a gestante a prosseguir o pré-natal seguindo as orientações propostas.

2.3 ENFERMEIROS NAS PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PRÉ NATAL

As práticas educativas desenvolvidas pelas enfermeiras(os) são um instrumento de suas ações de cuidado que podem transformar a maneira de parir e nascer, compartilha saberes, atitudes, vontades e reconhecer direitos (COSTA et al., 2011). A consulta de enfermagem é uma atividade realizada privativamente por esses profissionais, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida, mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

Ao iniciar um pré-natal, a enfermeira/o acaba trazendo para si a responsabilidade de tratar de maneira holística aquela mulher que se encontra algumas vezes fragilizada por estar enfrentando uma gestação não planejada ou por estar passando por dificuldades financeiras e até mesmo por problemas em seu relacionamento.

Assim sendo, o programa de pré-natal foi implantado não somente para ajudar de maneira clínica a gestante, mais também para fazer a captação precoce de problemas tais como depressão pós parto e gestacional, pois patologias como estas, podem resultar em situações que coloquem a vida da puérpera e desse recém-nascido em risco.

O enfermeiro acompanha inteiramente o pré-natal de risco habitual na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Durante a consulta de enfermagem, além da competência técnica e científica o enfermeiro deve demonstrar interesse pela gestante e pelo seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias a fim de proporcionar a criação de vínculo. Assim, ele poderá contribuir para a produção de mudanças concretas e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo, sendo estes através de atividades educativas individuais e em grupos (COSTA et al., 2011, 2012)

Quando tratamos de unidades de saúde, o enfermeiro trabalha de maneira rotineira com salas de espera, educação em saúde, orientação e exclusão de dúvidas relacionadas com saúde, bem estar, prevenção e cuidados. Esta prática é de fundamental importância para a população pois quando tratamos de SUS, devemos tratar, prevenir e curar.

Rodas de conversa, salas de espera, dinâmicas tudo que envolva saberes científicos aliados e boas práticas de saúde, o profissional de enfermagem está entrelaçado. Assim sendo, partilhar saberes no intuito de promover, prevenir e recuperar a saúde através de ações educativas para a população tornando-a uma prática positiva porque é construída junto com a comunidade e não para ela, fomentando e instrumentalizando a percepção dos motivos e soluções para os problemas de saúde de maneira crítica. (PROGIANTI, 2017)

2.4 ESTRATÉGIAS DE PREPARO PARA O PARTO

Através das atividades educativas durante o pré-natal, as mulheres visam aprender a conhecer seu corpo, as mudanças ocorridas nele durante toda a gestação, durante o trabalho de parto e parto. A busca de informações traz uma alternativa naturalista. O preparo da gestante, e/ou mulher se deve pela construção de um saber próprio acerca do parto. (MONTICELLI, 2010)

E isso se consegue através da estratégia de grupo utilizando uma metodologia problematizadora. Através do Arco da problematização operacionalizado através de cinco etapas, a 1ª é o levantamento da realidade vivida, o 2º apontar os pontos-chaves, a 3ª instrumentos práticos e teóricos para a resolução dos problemas e o 4º a viabilidade das ações propostas e o 5º exercício grupal de reflexão sobre as ações propostas e a serem vividas no futuro. (MONTICELLI, 2010)

O fornecimento de informações e orientações durante o pré-natal para diminuir a ansiedade e a insegurança, de maneira a criar atividades em grupo nos programas de preparo para o parto é de suma importância. Quando se faz algum tipo de atividade física na gravidez poderá estar menos propensa a ter dificuldades no trabalho de parto e parto, por isso os profissionais devem estimular as mulheres a serem fisicamente ativas. O exercício físico aumenta as chances de um parto

vaginal, e a escolaridade elevada aumenta a adesão para esses exercícios. A utilização de um protocolo e ação multiprofissional pode ser benéfica neste sentido. (SEGRE, 2012)

2.5 PARTO ATIVO

O Parto ativo nada mais é do que o parto ser conduzindo da forma fisiológica e onde os instintos das mulheres são priorizados, onde a mulher reconquista o poder da parturição e o seu preparo diminuirá a probabilidade de intercorrências na gestação, culminando em uma ótima condição física. O preparo para o parto ativo vai contra o modelo ocidental de assistência obstétrica, baseada na suposição de que o parto é um evento médico, que deve estar presente a mais alta tecnologia. Resgata a importância de se ter um nascimento espontâneo e tranquilo (BALASKAS, 2012).

Tendo atitude ativa a mulher resgata seus instintos e consegue desenvolver uma atitude mental nas diversas fases do parto. Se uma mulher for deixada a sua própria mercê instintivamente ela saberá o que fazer e como se comportar, usando toda sua forma de expressão e movimento para se sentir mais confortável no seu trabalho. O parto ativo é melhor descrevendo as posições verticalizadas sendo as mais ideais para se parir, tendo a seu favor a gravidade que coopera com as contrações uterinas. Quando o útero se contrai ele se projeta para a frente estando na posição vertical essa resistência será menor, minimizando também a dor. (RODRIGUES, 2018).

A manutenção do equilíbrio emocional durante o trabalho de parto é fundamental, pois quando os níveis de adrenalina estão altos, o sistema nervoso simpático é imediatamente ativado, aumentando os níveis plasmáticos do hormônio liberador de corticotrofinas, do hormônio adenocorticotrófico e do cortisol, comprovando que o estresse é um mecanismo biológico adaptativo e de defesa. (GAYESKI, 2010)

Existem vários benefícios durante todo o processo do parto, como o alívio da dor, durante o trabalho de parto, fazendo com que a mulher participe de todo o momento de uma maneira intensiva e dependente, tendo o domínio do seu próprio corpo. A parturiente tem toda a liberdade para a escolha da posição do seu parto,

podendo escolher qual a melhor forma e a mais confortável no momento, tem o acesso em poder realizar caminhadas a todo o instante. Geralmente a alimentação é livre desde quando ela seja natural e leve, proporcionando energia para a mulher (CORENSP, 2010)

Ao assistir o indivíduo o prestador de cuidado deve considerá-lo como um todo, com subjetividade e complexidade sendo de um grupo familiar e de uma comunidade deve ainda identificar as mensagens enviadas pelo cliente/ paciente e reconhecer seus códigos, compreendê-los e atuar de maneira a satisfazer as necessidades de atenção e cuidado da clientela. Neste processo de cuidar não se deve ser esquecido os valores que o paciente traz, ou seja, saber identificar as diferenças culturais e individuais de cada um, neste sentido o cuidado deve ser oferecido de maneira holística, valorizando-se a pessoa que o recebe. (NARCHI Nz.2009)

2.6 O ENFERMEIRO E SUA ESPECIALIDADE NA ATENÇÃO E PREPARO PARA O PARTO

Cabe ao enfermeiro auxiliar as gestantes principalmente as primigestas que sofrem muita interferência da família com conceitos culturais que não correspondem à realidade do parto, construindo seu próprio saber, e garantindo autonomia nas suas decisões, bem como, reconhecer com segurança as transformações e sensações que a gravidez e o parto trazem. Sendo assim o enfermeiro desenvolve o papel ativo da mulher e fornecer informações sobre a evolução da gestação e parto para que essa saiba o motivo da dor e o que fazer para que essa seja aliviada, para termos um nascimento e parto humanizado através de um pré-natal humanizado (Nakano et al., 2008).

A “Humanização” da assistência ao parto tem sido definida por vários autores como um resgate do acompanhamento do trabalho de parto e da assistência ao parto ao parto respeitando a fisiologia destes momentos, oferecendo o necessário suporte emocional não só para a mulher, mas também para a família ou para as pessoas que a parturiente escolheu para estarem ao seu lado. Também faz parte deste processo respeitar os desejos da mulher e o seu “plano de parto”, propiciando que estes acontecimentos sejam vivenciados em sua plenitude. Apesar

do fato de preconizar uma menor intervenção médica nestes processos, o conceito de humanização prevê possibilidades de que toda a tecnologia perinatal hoje existente, e que se empregada apropriadamente garante maior segurança não só para as mães como também para os bebês (Dias 2006)

Algumas ações e intervenções podem ser usados pelos enfermeiros em seus locais de trabalho para desenvolver o preparo da gestante durante o pré-natal para chegar no momento do parto, confiante em sua capacidade natural e fisiológica de parir (Nakano et al., 2010).

Acredita-se que a chave da humanização do parto é o pré-natal pois neste período pode-se oferecer à mulher orientações adequadas para todo o processo da gestação ao puerpério e as conscientizar de seus direitos. (Carvalho.2007)

3 METODOLOGIA

3.1 TIPO DE ESTUDO

Uma das mais recentes abordagens para atividades de atendimento ambulatorial, através do qual a enfermeira/enfermeiro desempenha um papel relevante para a clientela, um significado muito mais amplo de se esforçar para melhorar o apoio à saúde e proporcionar apoio à saúde da população.

O uso de especialistas nesta área é um passo importante no equipamento de cuidado, em uma segunda orientação de planos nas normas de alocação de enfermeira nos setores ambulatoriais.

A consulta dos cuidados descritos neste trabalho foi desenvolvida em uma das unidades assistenciais médicas e de enfermagem, cuja metodologia é baseada no processo de atendimento baseado no processo de enfermagem. O processo usado na consulta refere-se à história da enfermagem, o diagnóstico de cuidados e o plano assistente, o que simplifica para atender aos objetivos que atingem as funções de atividade.

De acordo com Minayo (2010), a metodologia do trabalho científico, é a linha mestra para a sociologia de ensino em pesquisa científica, em prol da construção do

conhecimento e a maneira ímpar para propagar o conhecimento para acadêmicos e estudiosos da área que este estudo se abrange, pois trata-se de um conhecimento em que é debatido entre especialistas, pesquisadores, atuantes da área e estudantes que buscam aprofundar-se em conhecimentos específicos.

Em algumas obras de autores em que abordam as metodologias de pesquisas científicas, tais como Figueredo e Minayo (2011), afirmam que ao relatar um estudo de determinado tema com determinada metodologia, o autor deve conter consigo a bagagem metodológica com tipos de abordagens e pesquisas diferenciadas para com isso redigir uma linha de estudos coeso e concreto obtendo assim uma matéria de estudos com fundamentação teórica e com embasamento científico.

A pesquisa é a atividade básica da ciência na sua indagação e construção da realidade. É a pesquisa que alimenta a atividade de ensino e a atualiza frente à realidade do mundo. Portanto, embora seja uma prática teórica, a pesquisa vincula pensamento e ação. Ou seja, nada pode ser intelectualmente um problema, se não tiver sido, em primeiro lugar, um problema da vida prática. As questões da investigação estão, portanto, relacionadas a interesses e circunstâncias socialmente condicionadas. São frutos de determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos. MINAYO(2010, P. 10)

Foi realizado um estudo descritivo de abordagem qualitativa. Segundo Proetti (2006,p.93), “a pesquisa descritiva tem como função descrever as características de determinada população ou fenômeno” o autor Gil(2010) complementa afirmando que a pesquisa dessa natureza tem a função de descrever as particularidades de uma população ou acontecimento variando e comparando as variáveis e os objetos de estudos. As informações coletadas são classificadas como de cunho qualitativo, por estarem caracterizadas em compreender como os enfermeiros da atenção primária conduzem a vinculação das gestantes do terceiro trimestre até chegar na maternidade municipal de Barreiras que fica situada a 62 quilômetros de Baianópolis.

A pesquisa qualitativa não se preocupa com representatividade numérica, mas, sim, com o aprofundamento da compreensão de um grupo social, de uma organização, etc. Os pesquisadores que adotam a abordagem qualitativa opõem-se ao pressuposto que defende um modelo único de pesquisa para todas as ciências,

já que as ciências sociais têm sua especificidade, o que pressupõe uma metodologia própria. Assim, os pesquisadores qualitativos recusam o modelo positivista aplicado ao estudo da vida social, uma vez que o pesquisador não pode fazer julgamentos nem permitir que seus preconceitos e crenças contaminem a pesquisa (GOLDENBERG, 1997, p. 34).

O conceito de pesquisa descritiva pode ser definido como aquela que descreve uma realidade, como o próprio nome diz. Além disso, é uma abordagem de pesquisa bastante encontrada em TCCs e monografias, que tem, por natureza o caráter mais exploratório ou descritivo Tumelero (2018,p;02)

Esse tipo de pesquisa busca descrever um fenômeno ou situação em detalhe, especialmente o que está ocorrendo, permitindo abranger, com exatidão, as características de um indivíduo, uma situação, ou um grupo, bem como desvendar a relação entre os eventos. (Selltiz et al. 1965)

As informações coletadas são classificadas como de cunho qualitativo, por estarem caracterizadas em compreender como os enfermeiros da atenção primária conduzem a vinculação das gestantes do terceiro trimestre até chegar na maternidade municipal de Barreiras, onde as gestantes tem a garantia de atendimentos especializados com médicos obstetras, pediatras, neonatologias e nessa mesma unidade dispõe também de serviços cirúrgicos como cesarianas de emergência para eventuais distorcias durante o parto natural que possa prejudicar a sobrevivência do binômio e realizar também as curetagens de gestações que são inviáveis ou que dão entrada na emergência já em óbito fetal.

Alguns pontos importantes que foram observados das condutas profissionais, foram os meios para que essas gestantes sejam instruídas quanto à procura do local adequado para o parto e também em eventuais emergências que possam acontecer durante a sua gestação tais como sangramentos vaginais, perdas de líquido na gestação em curso, contrações que podem evoluir para um parto prematuro e quais querem outras emergências obstétricas.

Foi observado também como os enfermeiros e médicos do hospital municipal de Baianópolis-Bahia (Casa de Saúde Senhor do Bonfim) conduzem as gestantes até o local de referência para o parto, uma vez que nessa unidade não

dispõe de serviços obstétricos, conduzem apenas partos que chegam em períodos expulsivos e presta a assistência necessária para o binômio mãe-filho com os insumos e cuidados básicos que ali dispõe.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O local escolhido para realizar esse estudo, foi na cidade de Baianópolis, que fica situada no oeste da Bahia, sua população no último censo do IBGE realizado em 2016, está estimada em 14.262 habitantes, a cidade localiza-se a 817 km da capital Salvador e a 62 km de Barreiras, que é a principal cidade do oeste baiano.

O território integrava a sesmaria da Casa da Ponte de Antônio Guedes de Brito. Seu povoamento iniciou-se na segunda metade do século XIX, por aventureiros procedentes do rio São Francisco, que ali se estabeleceram desenvolvendo a agropecuária. A fertilidade das terras atraiu novas famílias que ali se fixaram, formando o povoado Bonfim, elevado à vila, em 1934 Por um Decreto Estadual de 1930, teve o nome mudado para Boa Sorte. Em 1943, alterou-se novamente o topônimo para Tapiracanga. O município foi criado em 1962 com o nome de Baianópolis.

Bonfim para Boa Sorte, alterado pelo decreto-lei estadual nº 11089, de 30-11-1938. Boa Sorte para Tapiracanga, alterado pelo decreto-lei estadual nº 141, de 31-12-1943, confirmado pelo decreto estadual nº 12978, de 01-06-1944. Tapiracanga para Baianópolis, alterado pela lei estadual nº 1776, de 30-07-1962.

Baianópolis não possui lugares turísticos, como rios, cachoeiras, pedreiras e dunas, porém possui um povo muito acolhedor que sobrevive da manufatura da produção da terra e de gado.

O atendimento médico e de enfermagem na atenção básica é dividido em unidades de saúde que são 04 nas zonas rurais e 01 na sede, unidade sede essa que atende uma das maiores quantidades de pacientes.

A unidade onde o estudo foi realizado, ESF Senhor do Bonfim, é uma unidade onde a equipe de colaboradores é composta por 01 médico generalista, 01 enfermeira, 01 odontólogo, 01 nutricionista de atendimentos semanais, 05 técnicas

em enfermagem sendo 03 vacinadoras e uma para a triagem 01 auxiliar de dentista e 01 recepcionista, tal unidade atende os seguintes programas: saúde da mulher, pré-natal e planejamento familiar, saúde do homem, saúde bucal, educação em saúde, programa de imunização, consultas ambulatoriais e demandas espontâneas.

3.3 AMOSTRA E PARTICIPANTES

A unidade de saúde onde esse estudo foi realizado, (UNIDADE DE SAÚDE SENHOR DO BONFIM), atende cerca de 3.000 pacientes cobertos, desses, atualmente possuem 20 gestantes cadastradas no programa de pré-natal e dessas, 10 estão no terceiro trimestre de gestação, que é o alvo dessa produção acadêmica, gestantes em reta final da gestação para que possamos realizar essas orientações e recomendações que são de suma importância para a hora do parto.

Ao realizar esse trabalho, respeitamos todos os aspectos éticos e legais bem como os direitos das pessoas envolvidas, comprometendo garantir sigilo e confidencialidade em todas as informações adquiridas, seguindo as resoluções do conselho nacional de saúde bem como as determinações éticas previstas na Resolução nº 196/96 (BRASIL, 1996).

3.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A proposta desse trabalho foi acompanhar as consultas de pré-natal das gestantes do terceiro trimestre, procurando compreender como as enfermeiras da atenção básica instruem essas gestantes acerca da vinculação com a unidade de referência, como acontece essa vinculação, promover educação em saúde na sala de espera para que essas gestantes saibam a importância da visita de vinculação com a maternidade de referência mais próxima, orientar quais os caminhos essa mesma deve seguir se eventualmente acontecer alguma ocorrência durante seu período gestacional e conhecer como funciona o sistema de regulação via SUREM, sistema esse que as gestantes são encaminhadas através de regulação para as unidades prestadoras de serviços obstétricos mais próximas.

Os dados aqui informados foram obtidos exclusivamente através da observação das consultas de pré-natal realizados durante nosso estágio de saúde

pública sob supervisão da preceptora do estágio Gutiane Soares de Moraes no período de 25/03/2021 a 03/05/2021 onde totalizou a quantidade de 43 consultas acompanhadas nesse período, bem como realizei 03 plantões voluntários de 12 horas no hospital também nesse período, com a finalidade de coletar informações e relatos vivenciados pelos profissionais. Todos os dados e informações foram registrados nos relatórios de estágio e neste trabalho em forma de texto.

3.5 ANÁLISE DE DADOS

No município de Baianópolis, local onde foi realizado essa pesquisa, especificamente na casa de Saúde Senhor do Bonfim, não dispõe de atendimentos obstétricos ou neonatológicos para eventuais complicações com o binômio mãe e filho, a equipe plantonista do hospital é composta por um médico generalista, uma enfermeira(o) assistencial e três técnicos de enfermagem. Foi observado e acompanhado a condução das gestantes nessa unidade onde não se dispõe de serviços especializados e quais os meios em que essa equipe busca para que a gestante seja atendida por um especialista e em uma unidade de suporte adequado.

Esse trabalho tem importância ímpar para as gestantes que estão prestes a terem seus filhos bem como aquelas que ainda estão no início da gestação, pois, o momento do parto é um momento um tanto quanto tenso para muitas gestantes, principalmente para aquelas que residem em zonas rurais, e são de baixa renda pois iniciam o trabalho, procuram transporte para chegarem até o hospital de Baianópolis e depois disso se não forem vinculadas devem ser inseridas no sistema de regulação (SUREN).

Ao serem inseridas no sistema de regulação, a gestante deve aguardar a aceitação em uma unidade que dispõe de tratamento obstétrico, se tratando de Baianópolis, essa captação de vaga irá acontecer para as localidades mais próximas da cidade de origem, sendo assim, essa gestante irá ser regulada para a maternidade Municipal de Barreiras ou para o Hospital do Oeste (HO), sendo que na maternidade as gestantes de baixo risco/riscos habituais são rotineiramente encaminhadas para lá, já no HO, recebe com maior frequência gestantes que possuem complicações gestacionais ou que realizam o pré-natal no CAM (centro de atendimento à mulher).

No CAM, são realizados os pré-natais de alto risco, tais como, gestantes com DHEG (doença hipertensiva específica da gestação), diabetes gestacional, gestações gemelares e com patologias que coloquem em risco a vida da mãe e do seu filho, estas são encaminhadas para o HO, justamente por essa unidade ser referência em atendimentos de alta complexidade, sendo que esta gestante possui porta aberta nessa instituição de saúde, uma vez que sua patologia requer uma atenção especializada.

Uma vez que as gestantes são classificadas como de risco habitual, esta durante o seu pré-natal, realiza a visita de vinculação e quando dá entrada no hospital municipal de Baianópolis, é avaliada, auscultado os BCFs, realizado o toque vaginal para averiguar a dilatação uterina, e em seguida já encaminhada para a maternidade de Barreiras onde é conduzida na ambulância da unidade e acompanhada pela técnica de enfermagem se estiver com dilatação uterina menor ou igual a 4 centímetros, já quando está com acima de 5 centímetros de dilatação, a enfermeira ou o médico realiza essa transferência acompanhando até a maternidade, local onde será realizado o parto, e que esta já esteja vinculada.

Quando a gestante não possui a vinculação com a maternidade municipal de Barreiras, ela é inserida no SUREM(Sistema de Regulação de Urgência e Emergência), onde esse sistema irá captar uma vaga para o serviço obstétrico que pode ser captada para a maternidade municipal de Barreiras ou até mesmo para o HO, dependendo é claro, da lotação que esteja nessas unidades.

Tal serviço de regulação, na maioria das vezes, demora muito, pois as unidades estão cada vez mais lotadas e quando uma vaga é aceita, isso significa que há leitos disponíveis para aquele setor hospitalar. Já houve casos, em que as gestantes acabaram sem tendo seus filhos em locais que não são especializados como o caso de Baianópolis, pois não havia vinculação com a maternidade tampouco conseguiu vaga no HO, por decorrência de superlotação. (Afirmam colaboradores da Casa de Saúde Senhor do Bonfim).

A enfermeira obstétrica tem autonomia para atuar como membro da equipe multiprofissional, no nascimento e no arquivo de nascimento, independentemente do risco. No que diz respeito à realização do parto, a lei afirma que a enfermeira obstétrica está autorizada a apoiar a entrega normal da evolução fisiológica (sem distinção).

O desenvolvimento de trabalho de monitoramento e o trabalho de nascimento são realizados por enfermeira obstétrica e viveiros hospedados (sob supervisão). A reclassificação do risco deve ser realizada em todas as quatro horas de trabalhadores ativos ou na presença de intercativos. Na presença de desaparecimentos, o enfermeiro (a) obstetras deve comunicar o médico e trazer a província na chegada para garantir a segurança da mãe e do recém-nascido;

Os partos que não são classificados como um risco habitual são acompanhados pelo obstetra, sem contar que essa gestante requer um nível de atenção secundária ou terciária a reclassificação deve ser realizada dentro de duas horas, para avaliar a evolução do trabalho de parto bem como se há presença de sinais de sofrimento fetal.

A assistência pré-natal, adicionada à precaução inclui a qualidade do enfermeiro, que deve ser competente, humana e dedicada. Competentes para conduzir convenientemente tarefas, reconhecem os primeiros problemas que podem surgir e resolvê-los corretamente certificados para evitar ou minimizar suas consequências (FREITAS, 2007).

Portanto, os cuidados médicos das mulheres devem ser organizados de uma forma que possa participar das necessidades das mulheres durante a gravidez e puerpério, através do uso de meios e recursos e recursos existentes (humanos e físicos) e recursos adequados para cada caso que ele garante a humanização de assistência e este formato . Morbidade materna e mortalidade (BRASIL, 2006).

A saúde da mãe é um determinante importante durante o período gestacional e é um determinante para o bem-estar da sua futura criança. Por esta razão, é necessário que durante o pré-natal seja orientado e encoraja as mulheres a buscarem medidas que exijam qualquer qualidade que possa danificar o crescimento e o desenvolvimento da criança.

O cuidado pré-natal é de fundamental importância para preparar as mulheres para o excesso e não deve ser considerado como uma simples assistência médica e sim, como prevenção da intercorrência obstétrica clínica e assistência emocional.

Deve-se notar que o cuidado básico oferece maior proximidade à população, o que facilita a promoção da proteção e saúde da saúde (Santos et al., 2012). A sala

de espera para unidades de saúde, para ser uma posição pública, fornece a oportunidade de saúde de saúde para desenvolver ações educacionais, permite, portanto, uma melhoria na qualidade de assistência e pode melhorar a relação entre o usuário, o sistema e o trabalhador, e também garantir uma comissão de boas-vindas (Rodrigues et al. , 2009).

De acordo com Santos et al. (2012), a sala de espera é o espaço em que os usuários que pagam o cuidado dos profissionais de saúde e como o espaço dinâmico que ocorre de pessoas diferentes, mas não constantemente usadas pelos profissionais são dignos. Durante a condução da educação em saúde na sala de espera, pretende promover a importância menos humanizada e permitir a aproximação entre a população e o serviço de saúde.

Eles ainda tornaram a abordagem da mulher grávida para o serviço de saúde, o que torna o princípio do processo e impulsiona também em relação ao seu partido. Coma a educação participativa, em que mulheres grávidas, profissionais de saúde e trabalho familiar. Percebemos a realização de cuidados de enfermagem em saúde coletiva.

As diretrizes recebidas por mulheres grávidas durante o acompanhamento pré-natal, como objetivo facilitar a compreensão da gravidez como um processo fisiológico para permitir que os fatores condicionem uma experiência positiva e gratificante.

No processo de ação educacional, um modelo de coruja deve ser realizado nos seguintes tópicos: a importância de realizar a qualidade pré-natal; Os desconforto comuns durante a gravidez e como aliviá-los; Importância de defeitos e nutrição para uma boa saúde materna e fetal; auto cuidado durante a gravidez; Os do benefícios do aleitamento exclusivo até que a criança seja completada seis meses; Sinais de gestação de alerta e que as mulheres devem procurar serviço de saúde; Sinais que indicam a abordagem e início do trabalho e a prática de atividades físicas durante o período.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Com o presente trabalho, foi observado o quanto é importante o profissional enfermeiro estar buscando cada vez mais alternativas para instruir as suas gestantes quanto os meios em que esta irá passar até estar em uma unidade de saúde especializada, pois sabemos que quando a gestante entra em trabalho de parto, principalmente em gestantes primigestas, a emoção, insegurança, medo e angústia tomam conta do momento.

Uma vez que esta gestante realize seu pré-natal em uma unidade em que a equipe multiprofissional a oriente e a encaminhe para os passos corretos a serem percorridos até chegar a unidade recebedora desta gestante, evitará transtornos durante todo o trajeto até ter o seu filho em seus braços bem como esta gestante estará ciente de quais tramites ela será submetida até chegar na maternidade de Barreiras ou no Ho, onde estes são as referencias em parto próximas de Baianópolis, local onde foi realizado o vigente estudo.

Durante todas visitas realizadas no ESF senhor do Bonfim de Baianópolis, foram acompanhadas as consultas de pré-natal com todas as gestantes desta área, e com todas realizamos as orientações cabíveis e protocoladas pelo programa, bem como na oportunidade orientamos a estas gestantes tanto quanto os sinais de trabalho de parto quanto quais os tramites que são realizados pela equipe plantonista do hospital de Baianópolis até estas chegarem a unidade referenciada.

Todas as gestantes no período da realização deste trabalho se enquadravam em pré-natal de risco habitual, sendo assim, nenhuma havia patologias de base que comprometeria o trabalho de parto e que havia necessidade de realizar o pré-natal no CAM, assim sendo, a cada consulta que nossa equipe realizava era ofertado todas as informações necessárias para que esta gestante estivesse ciente de quando ela estaria realmente em trabalho de parto bem como o momento ideal para procurar a unidade de saúde.

Diante da realidade pandêmica que estamos enfrentando, algumas das propostas iniciais deste trabalho não puderam ser realizadas, dentre elas o acompanhamento das gestantes para a vinculação na maternidade de Barreiras e palestras sobre a importância da realização do pré-natal associadas com orientações de sinais de início de trabalho de parto e salas de espera com tal temática.

A maternidade municipal de Barreiras não está realizando a vinculação das gestantes devido a situação epidemiológica que estamos vivenciando, porém foi

orientado a cada gestante como acontece a regulação para a maternidade e para o hospital do Oeste, a cada consulta, sanávamos todas as perguntas e foi criando um vínculo entre a equipe de enfermagem e as gestantes, vínculo este de confiança e de lealdade para que as mesmas ficassem a vontade para perguntar, sanar as dúvidas e mostramos no computador como funciona o sistema de regulação, para que todas ficassem cientes de que infelizmente não depende da equipe plantonista da unidade hospitalar de Baianópolis a vaga nas unidades em Barreiras.

Em uma dessas consultas de pré-natal em gestantes do terceiro trimestre, realizamos o atendimento a uma gestante com 41 semanas e 3 dias secundigesta com queixa sangramento vaginal discreto e metrossístoles irregulares, iniciamos todo o exame físico, coleta de dados, análise de exames realizados durante toda gestação e identificamos que esta estava entrando em trabalho de parto, preenchemos a ficha de referencia para a unidade hospitalar mais próxima que é a Casa de Saúde Senhor do Bonfim, orientamos de todas as burocracias que seria realizada e como funciona o sistema de regulação e a acompanhamos até a unidade hospitalar.

Chegando na unidade hospitalar, essa paciente deu entrada pela emergência, foi triada pela equipe de enfermagem, e em seguida encaminhada para o pré-parto para ser avaliada pelo médico plantonista. Ainda pela equipe de enfermagem do plantão, foi auscultado os BCFs, altura uterina, dinâmica uterina e com a chegada do médico, realizado o toque vaginal que estava em 4cm de dilatação, em seguida, inserida no sistema de regulação, não saímos da unidade a partir desse momento, para enriquecer nosso trabalho e nossa experiência profissional.

A enfermeira do plantão do plantão muito pró ativa, nos orientou e ensinou como se insere o paciente na regulação e com o seu auxílio e permissão inserimos a paciente na regulação, a cada atualização da central de regulação (CER), a mesma nos chamava e mostrava, com 2 horas após a paciente ser inserida a mesma teve uma vaga aceita na maternidade municipal de Barreiras, e foi encaminhada para Barreiras acompanhada pela enfermeira da unidade.

No período em que permanecemos no hospital, a enfermeira plantonista relatou e o sistema de regulação na maioria das vezes atrasa muito a encaminhamento do paciente, pois a vaga só é liberada se houver disponibilidade de leitos nas unidades receptoras e a realidade infelizmente é que as unidades

hospitalares estão superlotadas e as regulações acabam sendo negadas, muitas das vezes para pacientes que necessitam muito de tratamentos especializados e de uma assistência que um hospital de pequeno porte não oferece, e acabam esperando longos dias por uma aceitação no hospital de destino e postergando seu tratamento, prejudicando mais ainda sua saúde.

Segundo relatos da equipe de plantão do dia, já houve vezes em que as gestantes foram inseridas na regulação, a vaga negada inúmeras vezes e esta evoluiu para um parto natural com distorcias e acabou custando a vida da criança, somando assim mais um caso de óbito para as taxas de óbitos neonatais.

Segundo relatos, algumas gestantes optam por quando entrar em trabalho de parto, ir até o hospital de Baianópolis, ser avaliada e por meios próprios ir para Barreiras, porém depende muito do estágio de parto que esta gestante se encontra e das condições dela mesma, se possui carro e recursos para tal ato.

Essa escolha é tomada pela família e quando esta é tomada, é assinado um termo de responsabilidade pela paciente onde ela assume toda e inteira responsabilidade sobre este ato. Muitas das vezes ao fazer isso, a gestante vai para o HO, dá entrada pela porta de entrada e é atendida, porém, nem todas as gestantes possuem essas condições e acaba esperando a resposta da regulação.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao desenvolver o presente estudo, possibilitou realizar uma análise panorâmica da vivência das gestantes de Baianópolis para terem seus filhos em uma unidade especializada bem quais meios os profissionais atuantes da ESF e no hospital articulam para encaminharem estas gestantes, uma vez que o município não dispõe de serviços obstétricos e neonatológicos.

Lidamos com diversos perfis de público, desde as gestantes mais instruídas referente aos meios de regulação e tramites burocráticos para o parto seguro e sobre a importância de cuidados especializados na hora do parto bem como mulheres que não sabiam que existia o processo de regulação via SUREM e que achavam que dependia apenas de questões políticas municipais para encaminhar ou não a gestante.

Assim sendo, considerando que devido o perfil hospitalar do município não dispor suporte adequado para a assistência obstétrica, os profissionais da atenção primária já preparam e realizam educação em saúde para essas gestantes sobre as alternativas que são adotadas pelo município para encaminhamento de pacientes, seja ela via SUREM ou via vinculação. Frisando que é de suma importância a gestante estar em uma unidade de suporte adequado para que possa ser ofertado uma assistência completa ao RN e a puérpera, minimizando assim, danos adjacentes a essa família.

6 BIBLIOGRAFIA SELECIONADA

- Portaria nº1.459 de 24 de junho de 2011.
- Physis; revista de saúde coletiva; um modelo lógico da rede cegonha.
- Portaria nº650 de 5 de outubro de 2011.
- Assistência pré-natal: manual de orientação: federação brasileira de ginecologia e obstetrícia.
- O parto na maternidade vinculada: um direito ainda não alcançado
- Contribuições da rede cegonha para o acompanhamento do pré-natal
- Caderno de atenção básica nº32: Atenção ao pré-natal de baixo risco
- Manual prático para implementação da rede cegonha
- Ministério da saúde: lei nº1634 de 27 de dezembro de 2007
- Métodos do trabalho científico
- Novas leis e saúde moderna
- Federação brasileira das associações de ginecologia e obstetrícia
- Novas leis e a saúde materna
- Revista cubana de enfermagem
- Métodos e técnicas de pesquisa social
- Assistência pré-natal no programa saúde da família

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Balaskas J. **Parto Ativo: guia prático para o parto natural**. 2th ed. São Paulo: Ground; 2012. 19-100 p.

Barreto 2013. **AÇÕES DO PRÉ-NATAL REALIZADAS PELA EQUIPE DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**, CUIABÁ. Disponível em: <https://www.redalyc.org/pdf/3704/370441812011.pdf>. Acesso em 28/10/2020.

Basso JF, Monticelli M. **Expectativas de participação de gestantes e acompanhantes para o parto humanizado**. Rev. Latino-Am Enfermagem 2010; 18(3): [09telas].

BRASIL 2006. **Ministério da saúde. Manual técnico de pré-natal e puerpério**. Brasília-DF

Brasil 2012. **REDES DE ATENÇÃO A SAÚDE; A REDE CEGONHA**. Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/2445/1/UNIDADE_2.pdf. Acesso em 30/10/2020.

Brasil 2014. **O PARTO NA MATERNIDADE VINCULADA, UM DIREITO AINDA NÃO CONQUISTADO NA REGIÃO NORDESTE**. Disponível em:

https://repositorio.unb.br/bitstream/10482/15223/1/2013_MartaOliveiraBarreto.pdf. Acesso em:30/10/2020

BRASIL et al 2013. **QUALIDADE DO ATENDIMENTO AO PARTO NA REDE PÚBLICA HOSPITALAR EM UMA CAPITAL BRASILEIRA: A SATISFAÇÃO DAS GESTANTES**. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n12/1678-4464-csp-33-12-e00175116.pdf>. Acesso em: 29/10/2020

BRASIL, 2011. **PORTARIA Nº 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011**. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em 30/10/2020.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE. DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS E ESTRATÉGICAS (2011): **ALÉM DA SOBREVIVÊNCIA: PRÁTICAS INTEGRADAS DE ATENÇÃO AO PARTO: BENEFÍCIOS PARA A SAÚDE DE MÃES E CRIANÇAS**. MINISTÉRIO DA SAÚDE, SECRETARIA DE ATENÇÃO A SAÚDE AREA TÉCNICA DE ALEITAMENTO A SAÚDE. BRASÍLIA. Ed. MS. 2011.

BRASIL, 2007. **LEI Nº 11.634, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2007**. Disponível em: <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/lei/2007/lei-11634-27-dezembro-2007-567635-publicacaooriginal-90929>

pl.html#:~:text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20direito%20da,do%20Sistema%20%C3%9Anico%20de%20Sa%C3%BAde.&text=Fa%C3%A7o%20saber%20que%20o%20Congresso,Art. Acesso em 30/10/2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas públicas de saúde.parto.aborto e puorperio.assistencia humanizada a mulher,2ºedicao
Brasília (DF)MS,2003.
Carvalho GM. Enfermagem em obstetrícia. 3ª ed. São Paulo: EPU; 2007.

COREN-SP. Conselho Regional de Enfermagem. Parto Natural. 2010, p. 21-23.
Costa PA, Bustorff LACV, Cunha ARR, Soares MCS, Araújo SV. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. Rev. Rene 2011; 12(3): 548-54.

Davim RMB, Torres GV, Dantas JC. **Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto.** Ver Esc Enferm USP 2009; 43(2): 438-45.

DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. **Introdução: a disciplina e a prática da pesquisa qualitativa.** In: DENZIN, N. K. e LINCOLN, Y. S. (Orgs.). *O planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens.* 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. p. 15-41.

Dias MAB. **Humanização da assistência ao parto: conceitos, lógicas e práticas no cotidiano de uma maternidade pública** [tese]. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz; 2006

Duarte e Andrade 2006. **Não basta gerar, tem que participar? – um estudo sobre a ausência paterna.** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-98932014000100016. Acesso em: 29/10/2020

DUARTE, Sebastião Junior Henrique and ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. **Assistência pré-natal no Programa Saúde da Família.** Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1414-81452006000100016&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 28/10/2020.

FIGUEIREDO, A. M.; SOUZA, S. R. G. **Como elaborara projetos, monografias, dissertações e teses: da redação científica à apresentação do texto final.** 4º ed. Rio de Janeiro: Lumen Juris, 2011

Gayeski 2010: **Métodos não farmacológicos para alívio da dor no trabalho de parto: uma revisão** disponível em:
 sistemáticahttps://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072010000400022&lng=pt&tlng=pt: Acesso em 21/04//2021

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6. ed. – 3. reimpr. – São Paulo: Atlas, 2010.

Hotelling BA. **Teaching Normal Birth Interactively**. The Journal of Perinatal Education. 2004, vol. 13, No 2. 51-56.

MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento**. Pesquisa Qualitativa em Saúde. 12º ed, São Paulo: HUCITEC, 2010.(a)

Nakano MAS, Mamede FV, Monteiro JCS, Stefanello JGK, Mota MLS, Riesco MLG, Mamaede MV, Oliveira SMJV. **PROENF-SMN: Enfermagem baseadas em evidências científicas: um enfoque assistencial** - v 3. p 5-30.

Narchi NZ. **Atenção ao parto por enfermeiras na zona leste do município de São Paulo**. Rev. Bras. Enferm. 2009; 62(4): 546-51.

OPAS/OMS BRASIL disponível em: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. Acesso em 20/04,2021

OSIS e DUARTE.2013. **Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**. Cad. Saúde Pública [online]. 1998, vol.14, suppl. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0102-311X1998000500011&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em 29/10/2020.

SOUZA;SILVA 2010. **HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL**. Disponível em: https://www2.muz.ifsuldeminas.edu.br/attachments/307_HUMANIZA%C3%87%C3%83O%20NO%20ATENDIMENTO%20AO%20PR%C3%89-NATAL.pdf. Acesso em 30/10/2020

PAIVA, M.S. **Conferencia: competências da equipe de enfermagem na obstetrícia.anais do II seminário estadual sobre a qualidade da assistência ao parto: contribuição de enfermagem**, Curitiba (pr); 1999

PEREIRA, A.L.F; ARAÚJO, C.S; GOUVEIA; M.S.F; POTTER, V.M.B; SANTANA, A.L.S. **Resultados maternos e neonatais dos partos normais de baixo risco assistidos por enfermeiras e médicos.** Rev. eletrônica enferm. 2012;14(4):831-40

PROETTI.S. **METODOLOGIA DO TRABALHO CIENTÍFICO.**5 ed. São Paulo: edicion,2006 P.93

Rodrigues 2018: **PRÉ- NATAL HUMANIZADO: ESTRATÉGIAS DE ENFERMAGEM NA PREPARAÇÃO PARA O PARTO ATIVO** disponível em:

https://portal.unisepe.com.br/unifia/wp-content/uploads/sites/10001/2018/06/010_PR%C3%89_NATAL_HUMANIZADO.pdf
acesso em 21/04/2021

Silva et al 2011. **Humanização no pré-natal.** Disponível em:

https://www2.muz.ifsuldeminas.edu.br/attachments/307_HUMANIZA%C3%87%C3%83O%20NO%20ATENDIMENTO%20AO%20PR%C3%89-NATAL.pdf. Acesso em: 28/10/2020

TUMELERO(2018) **Pesquisa descritiva: conceito, características e aplicação;**
Acessado em:09/12,2020 <https://mettzer.com/pesquisa-descritiva/>