UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

LUCIANA BATISTA

**Elaboração de roteiro de sistematização da assistência de enfermagem
na atenção à gestante: proposta de utilização da CIPESC®**

Ribeirão Preto
2017

LUCIANA BATISTA

**Elaboração de roteiro de sistematização da assistência de enfermagem
na atenção à gestante: proposta de utilização da CIPESC®**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da
Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em
Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional em
Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Tecnologia e Inovação no Cuidado em
Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dra. Silvia Matumoto

Ribeirão Preto
2017

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Batista, Luciana

Elaboração de roteiro de sistematização da assistência de enfermagem na atenção à gestante: proposta de utilização do CIPESC®. Ribeirão Preto, 2017.

179 p. : il. 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Mestrado Profissional: Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Orientadora: Matumoto, Sílvia.

1. Cuidado de Enfermagem. 2. Pré-Natal. 3. Enfermagem em Saúde Pública. 4. Saúde da Mulher. 5. Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Nome: BATISTA, Luciana

Título: Elaboração de roteiro de sistematização da assistência de enfermagem na atenção à gestante: proposta de utilização da CIPESC®

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Julgamento: _____

Assinatura: _____

DEDICATÓRIAS

A **Deus**, por todas as graças concedidas.

A **Terezinha**, mãe excepcional, pelas orações, apoio e amor incondicional.

Aos meus **amigos e familiares**, pela compreensão e apoio durante todos os momentos.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a **todos** que contribuíram para realização deste estudo, em especial:

A **Márcia Lima da Silva Costa e Andreia Guimarães Andrade Vaz**, pela valiosa idealização e ajuda na elaboração do roteiro inicial.

À minha orientadora **Silvia Matumoto**, pela paciência, carinho e ajuda para trilhar mais uma etapa na minha vida.

À **Secretária Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**, pelo apoio ao Mestrado Profissional.

À equipe do **Programa da Saúde da Mulher da Secretária Municipal de Ribeirão Preto**, **Rita de Cássia Canesin Dourado**, **Fátima Aparecida de Bonifácio Heck** e **Dr.^a Suzy Volpato Fábio** pela oportunidade de participar da equipe de Sistematização da Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher.

"Não sabendo que era impossível, ela foi lá e fez"

Jean Cocteau

RESUMO

BATISTA, L. **Elaboração de roteiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à gestante: proposta de utilização da CIPESC®**. 2017. 179f. Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto. 2017.

A sistematização da assistência de enfermagem tornou-se um instrumento valioso no trabalho do enfermeiro, por nortear as consultas, produzir registro de suas práticas por meio de processo organizado com linguagem padronizada, pensamento crítico e habilidades lógicas. Na Atenção Básica, para o enfermeiro realizar a SAE, necessita de classificação voltada não apenas para o modelo fisiopatológico, mas que contemple o ser humano de forma integral, respeitando os princípios do SUS de universalidade, equidade, integralidade, resolutividade e de qualidade. A Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva, CIPESC®, atende a essas características, constituindo a opção de classificação para esta elaboração. Assim, o presente estudo teve como objetivo reformular e validar roteiro para primeira consulta de enfermagem à gestante de baixo risco utilizando a CIPESC®. A pesquisa buscou consistência teórica no histórico das classificações das práticas de enfermagem para contribuir no aprimoramento do conhecimento, assim como, na consulta de enfermagem e da saúde da mulher para entendermos a evolução do atendimento à gestante, grupo populacional escolhido como foco do roteiro. Trata-se de Estudo Metodológico realizado em duas fases. A primeira constituiu-se no desenvolvimento de revisão integrativa, analisando as produções científicas sobre Cuidados de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Pública, Atenção Primária à Saúde, Saúde da Mulher, Classificação Internacional de Atenção Primária, Gestante e Pré-Natal para fundamentar a reconstrução do roteiro em uso em uma unidade básica de saúde. Foram utilizadas três bases de dados: Lilacs, Pubmed e Cinahl. Obteve-se nove publicações que possibilitaram extrair evidências das informações para aprimorar o roteiro. O resultado da Revisão Integrativa acrescido de análise de documentos oficiais do Ministério da Saúde sobre o tema forneceram os elementos para a formulação do roteiro, que também foi apreciado pelo grupo de trabalho sobre a SAE, constituído de enfermeiras da rede de Atenção Básica, gerando a versão para a próxima fase. Na segunda fase, foi realizada validação por oito *experts* que, após duas apreciações com incorporação das observações e sugestões, obteve-se como produto final, o roteiro de SAE para primeira consulta da gestante na Atenção Básica. Conclui-se que o roteiro validado oferece subsídios para direcionar os enfermeiros a documentarem a consulta de enfermagem, permitindo além da adequação das exigências do Conselho de Enfermagem espaço para novos estudos relacionados à sua aplicabilidade. O roteiro reformulado e validado, de sistematização de assistência de enfermagem da primeira consulta à gestante na Atenção Básica visa, como finalidade, à sua aplicação prática, para tanto, será apresentado à Secretária Municipal de Saúde do município de Ribeirão Preto para ser incorporado aos protocolos municipais, propondo-se a substituição da Versão inicial atualmente em uso.

Palavras-chave: Cuidados de Enfermagem. Enfermagem em Saúde Pública. Atenção Primária à Saúde. Saúde da Mulher. Pré-Natal. Classificação Internacional de Atenção Primária.

ABSTRACT

BATISTA, L. **Development of the Nursing Care Systematization guide in care for pregnant women: proposal to use CIPESC®**. 2017. 179p. Master's Dissertation, presented to the University of São Paulo at Ribeirão Preto College of Nursing. Ribeirão Preto. 2017.

The Nursing Care Systematization (NCS) has become a valuable tool in the nurses' work for guiding the consultations and producing a record of their practices through an organized process with standardized language, critical thinking and logical skills. In Primary Care, to perform the NCS, nurses need of the classification not only for the pathophysiological model, but also to contemplate the human being integrally, respecting the SUS principles of universality, equity, integrality, problem solving and quality. The International Classification of the Nursing Practices in Collective Health – CIPESC® meets these characteristics, constituting the option of classification for this development. Thus, this study aimed to reformulate and validate a guide for the first nursing consultation of the low-risk pregnant women using the CIPESC®. The research sought theoretical consistency in the history of the classification of nursing practices to contribute to the improvement of knowledge as well as of the nursing consultation and women's health to understand the evolution of care to pregnant women, a population group chosen as the focus of the guide. This is a Methodological Study carried out in two phases. The first was the development of an integrative review, analyzing the scientific productions on Nursing Care, Public Health Nursing, Primary Health Care, Women's Health, International Classification of Primary Care, Pregnant Women and Prenatal Care to support the reconstruction of the guide which was being used in a basic health unit. Three databases were used: Lilacs, Pubmed and Cinahl. There were 9 articles that made it possible to extract evidence of the information to improve the guide. The result of the Integrative Review and the analysis of official Ministry of Health documents on the theme provided the elements for the development of the guide, which was also appreciated by the work group on NCS composed by nurses from the Primary Care network, generating the version for the next phase. In the second phase, the validation was performed by 8 experts, and after two evaluations with incorporation of the observations and suggestions, it was obtained as final product, the NCS guide for the first consultation of the pregnant women in Primary Care. It was concluded that the validated guide offers subsidies to help nurses to document the nursing consultation, allowing the adequacy of the requirements of the Nursing Board and the opportunity for further studies related to its applicability. The revised and validated guide of the systematization of first nursing consultation of the pregnant woman in Primary Care aimed at its practical application. For this purpose, it will be presented to the Municipal Health Secretary of the city of Ribeirão Preto to be incorporated into the municipal protocols with the proposal to replace the initial version, which is currently in use.

Keywords: Nursing Care. Public Health Nursing. Primary Health Care. Women's Health. Prenatal Care. International Classification of Primary Care.

RESUMEN

BATISTA, L. Elaboración de un guión de Sistematización de la Asistencia de Enfermería en la atención a las mujeres embarazadas: propuesta de utilización del CIPESC®. 2017. 179h. Disertación de Maestría, presentada a la Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto de la Universidad de São Paulo. Ribeirão Preto. 2017.

La Sistematización de la Asistencia de Enfermería (SAE) se ha convertido en un instrumento valioso en el trabajo del enfermero, por orientar las consultas, producir registro de sus prácticas por medio de proceso organizado con lenguaje estandarizado, pensamiento crítico y habilidades lógicas. En la Atención Básica, para el enfermero realizar la SAE, necesita una clasificación no sólo para el modelo fisiopatológico, sino que contemple al ser humano de forma integral, respetando los principios del SUS de universalidad, equidad, integralidad, resolución y calidad. La Clasificación Internacional de Prácticas de Enfermería en Salud Colectiva – CIPESC® atiende a esas características, constituyendo la opción de clasificación para esta elaboración. Así este estudio objetivó reformular y validar el guión para primera consulta de enfermería a las mujeres embarazadas de bajo riesgo utilizando la CIPESC®. La investigación buscó consistencia teórica en el histórico de las clasificaciones de las prácticas de enfermería para contribuir al perfeccionamiento del conocimiento, así como en la consulta de enfermería y de la salud de la mujer para entender la evolución de la atención a las mujeres embarazadas, grupo poblacional elegido como foco del guión. Se trata de un estudio metodológico realizado en dos fases. La primera se constituyó en el desarrollo de revisión integrativa, analizando las producciones científicas sobre Atención de Enfermería, Enfermería en Salud Pública, Atención Primaria de Salud, Salud de la Mujer, Clasificación Internacional de Atención Primaria, Mujeres Embarazadas y Atención Prenatal para fundamentar la reconstrucción del guión para el uso en una unidad básica de salud. Se utilizaron tres bases de datos: Lilacs, Pubmed y Cinahl. Se obtuvieron 9 publicaciones que han posibilitado extraer evidencias de las informaciones para perfeccionar el guión. El resultado de la Revisión Integrativa y el análisis de documentos oficiales del Ministerio de Salud sobre el tema proporcionaran los elementos para la formulación del guión, que también fue apreciado por el grupo de trabajo sobre la SAE, constituido por enfermeros de la red de Atención Básica, generando la versión para la próxima fase. En la segunda fase se realizó la validación por 8 expertos, que después de dos apreciaciones con incorporación de las observaciones y sugerencias, se obtuvo el guión de la SAE para primera consulta de las mujeres embarazadas en la Atención Básica. Se concluye que el guión validado ofrece subsidios para ayudar a los enfermeros a documentar la consulta de enfermería, permitiendo la adecuación de las exigencias del Consejo de Enfermería y la oportunidad para nuevos estudios relacionados a la su aplicabilidad. El guión reformulado y validado, de sistematización de asistencia de enfermería de la primera consulta a las mujeres embarazadas en la Atención Básica tiene como finalidad su aplicación práctica, y para tanto, será presentado a la Secretaria Municipal de Salud del municipio de Ribeirão Preto para ser incorporado a los protocolos municipales proponiéndose la sustitución de la versión inicial actualmente en uso.

Palabras clave: Atención de Enfermería. Enfermería en Salud Pública. Atención Primaria de Salud. Salud de la Mujer. Atención Prenatal. Clasificación Internacional de Atención Primaria.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Estratégia de busca em base de dados selecionadas	61
Quadro 2	Nível de evidência segundo a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011)	67
Quadro 3	Estudos primários selecionados para Revisão Integrativa	68
Quadro 4	Síntese do estudo primário 01.....	70
Quadro 5	Síntese do estudo primário 02	72
Quadro 6	Síntese do estudo primário 03	74
Quadro 7	Síntese do estudo primário 04	76
Quadro 8	Síntese do estudo primário 05	78
Quadro 9	Síntese do estudo primário 06	79
Quadro 10	Síntese do estudo primário 07	81
Quadro 11	Síntese do estudo primário 08	83
Quadro 12	Síntese do estudo primário 09	85
Quadro 13	Exposição dos dados relevantes para construção do roteiro da SAE	86
Quadro 14	Itens incorporados ao roteiro inicial (versão 0), após Revisão Integrativa	88
Quadro 15	Itens inclusos no formulário para validação de acordo com a numeração	90
Quadro 16	Itens validados na primeira rodada com 100% de aprovação pelos validadores	93
Quadro 17	Itens aprovados na primeira rodada com índices de até 75% da aprovação dos validadores	94
Quadro 18	Itens considerados imprecisos e inadequados após avaliação pelos validadores	96
Quadro 19	Itens inclusos no roteiro após primeira rodada de avaliação pelos validadores	97
Quadro 20	Sugestões finais e modificações	98

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Versões da CIPE® de 1996 – 2009	28
Figura 2	Arquitetura da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem apresentada na versão Alfa da CIPE®	30
Figura 3	Modelo de sete eixos da CIPE® versão 1.0	32
Figura 4	Comparação entre eixos propostos pela CIPE®, versão Beta, e o modelo de sete eixos da versão 1.0	33
Figura 5	Etapas da Revisão Integrativa	53
Figura 6	Fluxograma das fases e etapas do estudo	57
Figura 7	Estratégia PICOT/PICO	60
Figura 8	Demonstrativo de busca nas bases de dados, com aplicação de critérios de inclusão e exclusão	64

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	Roteiro inicial - Versão 0	135
Apêndice B	Instrumento utilizado para coleta de dados (readaptado de URSI, 2005)	136
Apêndice C	Roteiro reestruturado após Revisão Integrativa - Versão 1	137
Apêndice D	Carta de Apresentação aos Especialistas Participantes ..	139
Apêndice E	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	141
Apêndice F	Formulário de avaliação, primeira rodada de validação	143
Apêndice G	Ficha de identificação dos juízes	147
Apêndice H	Roteiro reestruturado após primeira rodada de avaliação dos validadores - Versão 2	148
Apêndice I	Formulário de avaliação, segunda rodada de validação	151
Apêndice J	Roteiro final - Versão 3	157

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	Protocolo de atendimento da SMS/RP no atendimento do enfermeiro na consulta de pré-natal	160
Anexo B	Projeto Meu Bem-Querer – SMS/RP	163
Anexo C	Protocolo de atendimento da SMS/RP no atendimento do enfermeiro pré-natal do parceiro	168
Anexo D	Parecer do comitê de ética em pesquisa da escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP	172
Anexo E	Parecer da comissão de avaliação de projetos de pesquisa da Secretária Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto	176
Anexo F	Instrumento URSI, 2005	177

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
ABEn	Associação Brasileira de Enfermagem
ANA	<i>American Nurses Association</i>
BIREME	Centro Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde
CAAE	Certificado de apresentação para apreciação ética
CE	Consulta de Enfermagem
CE	Ceará
CEBRAP	Centro Brasileiro de Análise E Planejamento
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CEPEN	Centro de Estudos e Pesquisas em Enfermagem
CID	Classificação Internacional de Doenças
CIE	Conselho Internacional de Enfermagem
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CIPE®	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem
CIPEsc®	Classificação Internacional para Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CNS	Cartão Nacional de Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
CS	Centro de Saúde
DAP	Diretoria de Assuntos Profissionais
DATASUS	Departamento de Informática do SUS
DE	Diagnóstico de Enfermagem
DESC	Descritores em Ciências da Saúde
DHEG	Doença Hipertensiva Específica da Gestação
DM	Diabetes Mellitus
DPP	Data Provável do Parto
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUM	Data da Última Menstruação
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
FACINTER	Faculdade Internacional de Curitiba
FCI	Família das Classificações Internacionais
GO	Goiás
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
HIV	Vírus da Imuno Deficiência Humana
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ICM	Confederação Internacional das Parteiras
ICN	<i>International Council of Nursing</i>
ICPN	<i>International Classification for Nursing Practice</i>
IMC	Índice de Massa Corpórea
INTA	Instituto Superior de Teologia Aplicada
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LHAHM	Liga de HAS do Hospital de Messejana
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System On-Line</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings da U.S. National Library of Medicine</i>
MID	Membro Inferior Direito
MIE	Membro Inferior Esquerdo
MMII	Membros Inferiores
MS	Ministério da Saúde
MT	Mato Grosso
NANDA	<i>North American Nurses Diagnosis Association</i>
NCBI	<i>National Center for Biotechnology Information</i>
NLM	<i>U.S. National Library of Medicine</i>
NOC	<i>Nursing Outcomes Classification</i>
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
OMS	Organização Mundial da Saúde

PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PBE	Prática Baseada em Evidência
PE	Processo de Enfermagem
PE	Pernambuco
PEN	Programa de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PI	Piauí
PN	Pré-Natal
PNAISM	Política Nacional de Assistência e Saúde da Mulher
PNDS	Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGENF	Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Maria
PR	Paraná
PSF	Programa de Saúde da Família
PUBMED	Serviço de <i>U.S. National Library of Medicine</i>
ODM	Objetivo de Desenvolvimento do Milênio
RI	Revisão Integrativa
RN	Rio Grande do Norte
SAE	Sistematização de Assistência de Enfermagem
SISPRENATAL	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMS	Secretária Municipal de Saúde
SP	São Paulo
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TB	Tuberculose
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFBA	Universidade Federal da Bahia
UFC	Universidade Federal do Ceará

UFES	Universidade Federal do Espírito Santo
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNASUS	Universidade Aberta do Sistema Único de Saúde
UNIFOR	Universidade de Fortaleza
UNIVASF	Universidade Federal do Vale de São Francisco
USG	Ultrassonografia
USP	Universidade de São Paulo
WEB	Rede Mundial de Computadores

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	20
1.1 Breve histórico da sistematização da Prática de Enfermagem	22
1.1.1 Construção da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)	26
1.1.2 Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva - CIPESC®	33
1.2 A Consulta de Enfermagem como cenário da prática das classificações.....	36
1.2.1 Primeira Consulta de Enfermagem à gestante	40
2 OBJETIVO	50
3 MÉTODO	51
4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	58
5 FASE 1	59
5.1 Revisão Integrativa	59
5.1.1 Questão norteadora da Revisão Integrativa	59
5.1.2 Busca dos estudos nas bases de dados	60
5.1.3 Extração de dados dos estudos primários	66
5.1.4 Avaliação dos estudos primários incluídos	66
5.1.5 Análise e síntese dos resultados.....	67
5.1.6 Apresentação da Revisão Integrativa	67
5.2 Resultados	68
6 REESTRUTURAÇÃO DO ROTEIRO INICIAL	88
7 FASE 2.....	90
7.1 Validação do Instrumento	90
8 DISCUSSÃO	99
9 APRESENTAÇÃO DO ROTEIRO	118
10 CONCLUSÃO.....	122
REFERÊNCIAS	125
APÊNDICES	135
ANEXOS	160

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos, identificaram-se mudanças nas ações do enfermeiro em função das necessidades dos serviços de saúde e inseridas gradativamente nas atividades de gerenciamento do cuidado. Ações que visam à prática integral na realização dos cuidados de enfermagem, utilizando a integralidade da atenção como finalidade e eixo norteador da mudança almejada, alterando, dessa maneira, a desigualdade na assistência prestada (CASTILHO, RIBEIRO, CHIRELLI, 2009).

Este processo, que toma a integralidade como eixo, tem demonstrado potencialidades e dificuldades nos serviços de saúde, tendo em vista que faz parte da reorganização da prática em saúde. Outrossim, traz desafios aos enfermeiros de reverem suas práticas, para que estas contribuam para a melhoria da qualidade de atenção às pessoas. Dentre os desafios, aponta-se o exercício da competência por meio de um conjunto de saberes, habilidades e atitudes profissionais para o alcance da integralidade (BARROS; LOPES, 2010).

Um dos instrumentos utilizados para essa reorganização das práticas do atendimento do enfermeiro é a realização da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) ou Processo de Enfermagem (PE) que pode representar uma abordagem ética e humanizada no processo de cuidar, dirigido à resolução de problemas atendendo as necessidades de cuidados de enfermagem (COFEN, 2009).

A SAE, como é conhecida e divulgada, é sinônimo de PE, Consulta de Enfermagem, Processo do Cuidado, Metodologia do Cuidado e Processo de Assistência (SILVA et al., 2011).

Na prática clínica observa-se que o enfermeiro utiliza o processo de enfermagem como instrumento de trabalho. No entanto, o registro sistematizado desse processo, muitas vezes não é realizado adequadamente devido à falta de ferramentas e protocolos, entre outros, para realizar este processo (BARROS; LOPES, 2010).

Desta forma, conforme esses autores, sob a ótica da organização do trabalho em saúde, o uso de sistemas de classificação de enfermagem ainda constitui um desafio para os enfermeiros e estudantes de enfermagem, sobretudo na saúde coletiva, seja pelo aumento da complexidade do processo saúde doença e da consolidação dos serviços de atenção primária como porta de entrada do Sistema

Único de Saúde (SUS), seja pela carência de modelos institucionalizados que sustentem o uso de classificações de enfermagem ou mesmo pela falta de domínio de referenciais teóricos e metodológicos.

Apesar dos benefícios da sistematização, observa-se que apenas alguns serviços adotam a Metodologia da Assistência de Enfermagem, estando esta prática mais presente no discurso dos profissionais do que no fazer cotidiano (MENDES; BASTOS, 2003).

Os profissionais de enfermagem têm se deparado com obstáculos externos, como escassez da mão de obra, falta de tempo para realização de documentação escrita, assim como outros obstáculos internos à Enfermagem para utilização da Metodologia da Assistência como instrumento científico de seu trabalho (BARROS; LOPES, 2010).

Segundo Carraro, Kletemberg e Gonçalves (2003), isso tem sido demonstrado pela própria prática assistencial, pois mesmo reconhecendo o PE como instrumento de cuidado individualizado, frequentemente, o enfermeiro não o utiliza.

Como fatores de dificuldade, ressaltam-se questões institucionais, bem como habilidades específicas do profissional. Essa prática, hoje, é mais observada na área hospitalar do que na assistência em saúde coletiva (BARROS; LOPES, 2010).

Além disso, vivenciei a visita de fiscalização do Conselho Regional de Enfermagem (COREN) em minha unidade de trabalho e recebi, do representante do referido órgão, cobrança do registro da SAE como parte do meu trabalho cotidiano. O COREN é o órgão de controle da enfermagem que realiza fiscalização do exercício profissional de forma regular nas unidades de saúde.

O fato ampliou o incômodo já existente e me mobilizou ao uso de conhecimentos e habilidades de domínio trazidas da área hospitalar baseada nos diagnósticos segundo a *North American Nurses Diagnosis Association* (NANDA) para realizar a sistematização. Assim, em parceria com as enfermeiras da unidade em que trabalho elaboramos roteiros para as consultas de enfermagem que realizamos no âmbito da atenção básica.

Nesta busca, deparei-me com a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva – CIPESC®. Percebi essa classificação mais adequada ao contexto atual de trabalho e também como uma prática inovadora e, até então, desconhecida por mim. Para experimentar o uso da CIPESC® em minha

prática, percebi a necessidade de eleger um foco para aplicação. Dessa forma, sendo uma constante em minha unidade a Consulta de Enfermagem (CE) no primeiro atendimento à gestante e, sendo esta a que pessoalmente me proporciona maior amplitude nas orientações e cuidados, convencionou-se que a gestante em sua primeira consulta seria o grupo específico para a aplicação dessa classificação.

Assim, surgiu-me o questionamento para esse estudo: como montar um roteiro baseado no CIPESC® para nortear as consultas de enfermagem que realizo na unidade básica de saúde?

1.1 Breve histórico da sistematização da Prática de Enfermagem

A literatura descreve evidências de que a primeira classificação importante para a prática da Enfermagem foi desenvolvida nos Estados Unidos, em 1960, com o propósito do ensino de enfermagem (NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Esse modelo de classificação ficou conhecido como os 21 problemas de Abdellah que “descreve os objetivos terapêuticos da Enfermagem e seu desenvolvimento, tendo como foco às necessidades do cliente (terapêutica das necessidades) e os problemas de enfermagem (terapêutica de problemas)” (NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000, p. 2).

Em 1966, Henderson publicou o que identificara como a lista das 14 necessidades humanas básicas, “que tem como objetivo descrever os cuidados de que qualquer pessoa necessita independentemente do diagnóstico e do tratamento prescrito pelo médico” (NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000, p. 2), teorizando a abordagem funcional das necessidades humanas.

Segundo Nóbrega e Gutiérrez (2000), essas classificações foram precursoras na sistematização da assistência de enfermagem, na medida em que se preocupavam em identificar os problemas dos clientes e as áreas que elas podem afetar em suas vidas (ambiente) e, dessa forma, a partir do diagnóstico de enfermagem atingir o cuidado integral através de um cuidado organizado, culminando, assim, no desenvolvimento do Sistema de Classificação de Diagnóstico de Enfermagem da NANDA em 1970. Ainda segundo os mesmos autores, estas listas foram publicadas pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE) em 26 idiomas e tornaram-se base para muitos modelos de classificação de enfermagem no mundo.

A SAE constitui uma importante ferramenta de trabalho dos enfermeiros, trabalho este compreendido pelas fases do processo de cuidar que Horta (2005, p. 35) caracteriza como “a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, caracterizando-se pelo dinamismo e inter-relacionamento de seus passos”.

Horta (2005) define as fases da sistematização como: **histórico** (roteiro sistematizado para a coleta de dados significativos); **diagnóstico** (identificação das necessidades básicas afetadas do ser humano e o grau de dependência em relação à enfermagem); **planejamento** (determinação global da assistência de enfermagem ao ser humano a partir do diagnóstico); **plano de cuidados ou prescrição** (roteiro diário ou aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados); e **evolução** (relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano, avaliação global do plano de cuidado).

Tal processo, apesar de descrito em fases para facilitar a exposição das ideias, não é linear. Outrossim, suas fases não são fechadas nelas mesmas, não sendo possível definir quando termina a coleta de dados e começa sua interpretação (LIMA; KURCGANT, 2006).

Esse processo aponta vários aspectos positivos para a profissão: contribui no delineamento da prática do enfermeiro perante o usuário e as demais profissões; aumenta a satisfação e acentua o aperfeiçoamento profissional; além do desenvolvimento de relações significativas entre enfermeira e usuários. Ainda é capaz de favorecer a inovação e criatividade na solução de problemas referentes ao cuidado e estimula o desenvolvimento de habilidades cognitivas, técnicas e interpessoais, proporcionando ambiente seguro e terapêutico. Desta forma, desenvolve nas diferentes etapas suas habilidades e ainda possibilita a continuidade do cuidado por meio da documentação escrita (ALBUQUERQUE; CUBAS; MARTINS, 2005).

Trata-se também de um processo que é regulamentado pela Resolução nº 272/2002 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) que estabelece a implantação, planejamento, organização, execução e avaliação do processo de enfermagem privativamente pelo enfermeiro, em toda instituição de saúde, pública e privada. Posteriormente, foi revogada pela Resolução COFEN nº 358/2009 que, além das considerações impostas na anterior, incumbe ao enfermeiro a liderança na execução e avaliação do processo de enfermagem em um dado momento do

processo saúde e doença (COFEN, 2009).

Assim, o enfermeiro torna-se responsável pela prescrição das ações a serem realizadas e pela definição das atribuições dos técnicos e auxiliares de enfermagem na participação e execução do processo de cuidado de enfermagem. Desta forma, buscou-se resultado e melhora efetiva da qualidade da assistência de enfermagem, sendo todos os dados coletados formulados e registrados em prontuários dos pacientes (COFEN, 2009).

A aplicação do PE no campo da Atenção Básica (AB) leva à necessidade de conhecer essa área por um “conjunto de ações de saúde no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, e a manutenção da saúde” (SANTOS; MURAI, 2010, p. 43).

É na visão de saúde coletiva desses autores que se faz necessário sistematizar o cuidado levando-se em conta as necessidades biológicas articuladas às necessidades sociais do indivíduo que são distintas entre si e que têm suas origens na reprodução da vida em sociedade, sem esquecer-se da necessidade de criar um elo de confiança entre o enfermeiro e o paciente. Esse vínculo favorece a abordagem e possibilita o desenvolvimento de ações de educação e saúde, buscando a mudança social e não apenas alvos isolados focados na doença.

A sistematização em âmbito mundial mais conhecida é a NANDA que surgiu na década de 1970 e conceitua a classificação de enfermagem como:

um julgamento clínico sobre as respostas de um indivíduo, família ou comunidade a problemas de saúde/processos da vida real ou potenciais. Um diagnóstico de enfermagem fornece a base da seleção das intervenções de enfermagem tendo em vista alcançar os resultados que são responsabilidades do enfermeiro (JOHNSON et al., 2012, p. 2).

A *Nursing Interventions Classification* (NIC), que teve seu início em 1987 na Universidade de Iowa, Estados Unidos da América (EUA), diferentemente da NANDA, os diagnósticos de enfermagem enfocam no comportamento da enfermagem que ajudam o paciente a progredir em direção ao resultado esperado. Baseiam-se em uma assistência individualizada, é atualizada continuamente, possui mais de cinco edições e pode ser utilizada em qualquer cenário da assistência.

A *Nursing Outcomes Classification* (NOC) também surgiu na Universidade de

Iowa, EUA, em 1991, com o objetivo de desenvolver uma classificação relacionada à assistência de enfermagem. Todas essas classificações são usualmente direcionadas para o paciente hospitalizado (JOHNSON et al., 2012).

Com o intuito de universalizar a linguagem de enfermagem descrevendo as atividades exercidas pela profissão, de forma clara e concisa, surge na década de 1980 a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem (CIPE®) que mesmo podendo ser utilizadas em diversos cenários, é, no entanto, mais específica para o contexto hospitalar (MESQUITA; RAMOS, 2014).

Essa classificação permite uma linguagem científica e unificada, comum à enfermagem mundial, que foi organizada e definida como uma classificação de fenômenos, ações e resultados, usando uma terminologia combinatória para a prática de enfermagem, facilitando o mapeamento cruzado entre termos e as classificações existentes, podendo ser suficientemente ampla. A CIPE® tem como desafio universalizar a linguagem em enfermagem, sendo capaz de descrever e comunicar as atividades de enfermagem de forma clara e concisa. Portanto, durante o Congresso Quadrienal da CIE, realizado em Seul, Coreia do Sul, em 1989, foi votada e aprovada a proposta para seu desenvolvimento (CARRARO; KLETEMBERG; GONÇALVES, 2003).

Entretanto, foi observado que os fenômenos encontrados na CIPE® eram voltados para o contexto hospitalar, deixando à parte ou pouco enfatizando a realidade da assistência extra-hospitalar (MESQUITA; RAMOS, 2014).

Neste cenário, a partir dessa constatação da CIPE®, com o intuito de atender a demanda da Atenção Básica, visando à ampliação das práticas de enfermagem no contexto do SUS, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) assumiu o propósito de realização de um novo projeto no país. Foi, então, delineado e executado o projeto CIPESC® que se configura como uma estratégia técnica e política da ABEn para o desenvolvimento da enfermagem brasileira (ANTUNES; CHIANCA, 2002).

A formulação deste projeto contou com grande representatividade das universidades brasileiras e com o apoio da Fundação Kellogg que, em 1996, promoveu a primeira oficina de trabalho no Brasil que deu origem ao projeto. A CIPESC® possibilita o raciocínio clínico e a tomada de decisão por meio de diagnóstico de enfermagem e plano de cuidado, uma vez que por meio da descrição das diferenças culturais revela a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas

de enfermagem na saúde coletiva (CRUZ, 2002).

A CIPESC® como método científico sistematizado do processo da enfermagem objetiva o cuidado. Foca a pessoa e não a doença, através da relação interativa do enfermeiro cliente/família/comunidade, ao mesmo tempo em que é uma forma de garantir reconhecimento profissional, visibilidade das práticas e humanização da assistência (MESQUITA; RAMOS, 2014).

1.1.1 Construção da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem (CIPE®)

A Classificação de Enfermagem teve seu início, segundo Cubas et al. (2006), em 1950, com modelos que tentavam identificar os conceitos próprios da profissão. Em 1970, as autoras destacam que surge então o processo de enfermagem favorecendo esse modelo de classificação.

Chianca e Antunes (1999) relatam que a partir de 1980, foram acatadas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) que decidiu acrescentar a Classificação de Problemas/Diagnóstico de Enfermagem às Classificações Internacionais de Diagnósticos e Procedimentos Médicos (CID), por meio do qual a OMS criou o conceito de família de classificações durante a revisão da CID-10 para incluir outras informações diagnósticas. Isso motivou alguns enfermeiros a formular um esquema de classificação dos diagnósticos de enfermagem visando à sua incorporação na CID-10, usando como referência o trabalho da NANDA, da Associação de Enfermeiras Visitantes de Omaha do trabalho do Conselho de Enfermagem Psiquiátrica e da *American Nurses Association* (ANA). No entanto, a OMS não as considerou para inclusão, recomendando a formulação de um sistema internacional para enfermagem (CHIANCA; ANTUNES, 1999; NOBREGA; GUTIÉRREZ, 2000).

Essa recomendação foi apresentada para a CIE durante o Congresso Quadrienal em Seul no ano de 1989, com a justificativa de que a impossibilidade de designar fenômenos específicos da enfermagem impedia o reconhecimento da sua contribuição para saúde (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Os autores relatam que a partir de 1991, a CIE iniciou estudos objetivando a criação de um sistema classificatório internacional para a prática de enfermagem para ser compartilhado pelos profissionais de enfermagem de todo mundo. Foi

realizado um estudo bibliográfico e uma pesquisa junto aos membros do CIE para levantar os sistemas usados por esses profissionais, sendo que os Estados Unidos apresentaram o maior número de classificações desenvolvidos, norteados pelos princípios básicos de Henderson (NÓBREGA; COLER; GARCIA, 1996).

Em 1993, a CIE apresentou o documento intitulado *Nursing Next Advance: An Internacional Classification for Nursing Practice* – ICPN (Próximo Avanço da Enfermagem: uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE®), estabelecendo uma linguagem comum para aumentar a comunicação entre enfermeiros e descrever os cuidados de enfermagem prestados a pessoa (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Esse projeto propôs vocabulário com linguagem unificada descrevendo a prática da enfermagem. Desde sua idealização, foram publicadas seis versões da CIPE® sendo: três preliminares (ALFA, BETA e BETA 2); e versão 1.0 (2005), versão 1.1 (2008) e versão 2. Tais versões foram publicadas no período que compreende de 1996 a 2009, ilustrado de forma clara na Figura 1 e embasado no texto de Cubas, Silva e Rosso (2010, p. 188), sendo que as duas últimas versões estão disponíveis apenas pela Rede Mundial de Computadores (WEB). Assim, a CIPE® é um sistema unificado com terminologia funcional com o intuito de aprimorar a assistência de enfermagem descrevendo a prática de enfermagem (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Esses autores descrevem a versão Alfa como marco unificador que teve como finalidade incentivar críticas, sugestões e comentários para seu melhoramento nas versões seguintes.

Segundo Chianca e Antunes (1999, p. 33), “a construção dessa versão foi realizada em três etapas: a identificação de termos, o agrupamento desses termos e a hierarquização dos termos dentro dos grupos estabelecidos”. Dessa forma, a CIPE® consiste em descrever, intervir e avaliar os resultados dos fenômenos de enfermagem em complementação às Classificações da CID-10 existentes de doenças e de Deficiências, Incapacidade e Desvantagens. Essas classificações representam o domínio das ações realizadas pelo enfermeiro em relação aos fenômenos de enfermagem, complementarmente à Classificação de Procedimentos Médicos.

Figura 1 - Versões da CIPE® de 1996 - 2009.

Fonte: Baseado em Cubas, Silva e Rosso (2010, p. 188).

A primeira etapa dessa construção foi a revisão para identificação de termos usados internacionalmente. A identificação desses termos resultaram em quatorze sistemas de classificação que foram agrupados. Na segunda fase, foram reunidos os conceitos para, na terceira fase, ser formado o projeto de classificação da prática apresentado em 1993.

Após estudos, foi proposta a divisão dos 14 sistemas de classificação encontrados na versão Alfa em duas categorias: Classificação dos Fenômenos de Enfermagem e a Classificação das Intervenções de Enfermagem. A primeira

representa o domínio do cliente enquanto a segunda representa o domínio das ações realizadas pela enfermagem (ICN, 1993).

Optou-se, naquela oportunidade, pela nomenclatura Fenômeno, pois o termo Diagnóstico carrega consigo problemas conceituais e linguísticos, sendo que em alguns países esse termo aplica-se apenas à prática médica. Outro fator refere-se ao fato de que o termo associa-se ao capítulo XXI da CID-10 que não tem vinculação ao campo da enfermagem (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Chianca e Antunes (1999, p. 15) citam que o termo Fenômeno foi considerado como a condição de saúde relacionada ao cliente, assim como os fenômenos ambientais que interferem na saúde dos mesmos, “o que pode ser observado”, ficando definido como “os fenômenos que são diagnosticados pelas enfermeiras e expressa o foco da prática de enfermagem”, termo que não foi muito aceito por alguns profissionais.

Os mesmos autores relatam que tão polêmico quanto o termo acima, a expressão Intervenção de Enfermagem – que se conceitua como as ações realizadas em resposta aos fenômenos diagnosticados pelas enfermeiras –, abrange a diversidade das atividades de enfermagem que incluem a prevenção, a promoção e restauração da saúde.

Chianca e Antunes (1999) ainda descrevem que os fenômenos de enfermagem são, nessa versão, subdivididos em grupos: o ser humano e o meio ambiente. O grupo ser humano é subdividido em funções e pessoa. Nessa versão, função tem relação com as funções fisiológicas, incluindo também aleitamento materno e crescimento e desenvolvimento, assim como as funções psicológicas de dor, sede e fome. A pessoa significa as características do ser humano, comportamentos, ações e atitudes, como autocuidado, autodesenvolvimento, interação social e ação sexual. O grupo de meio ambiente está subdividido em meio ambiente humano e meio ambiente natureza, considerando meio ambiente humano: família, comunidade e sociedade. Meio ambiente natureza estaria relacionada ao físico, biológico e artificial.

A Figura 2, embasada por Chianca e Antunes (1999, p. 21), exemplifica a arquitetura da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem na versão Alfa.

Figura 2 - Arquitetura da Classificação dos Fenômenos de Enfermagem apresentada na versão Alfa da CIPE®.

Fonte: Baseado na figura de Chianca e Antunes (1999, p. 21).

A classificação nessa versão é monoaxial, ou seja, composta de um índice de 293 termos e suas respectivas definições (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010).

Para as classificações subdivididas, foram utilizadas combinações de conceitos, chegando a sete princípios de divisão, denominados eixos (ICN, 1996), que são:

Eixo A - Ações: intervenções divididas de acordo com a prática; Eixo B - Objetos: intervenções divididas de acordo com o objetivo da prática; Eixo C - Métodos: intervenções de acordo com o método da prática, situacionais; Eixo D - Meios (julgamento): intervenções divididas de acordo com os meios da prática, instrumentos e recursos humanos; Eixo E - Lugar do Corpo (localização): intervenções divididas de acordo com o lugar do corpo da prática, localização anatômica; e Eixo F - Tempo/Local: Intervenções divididas de acordo com o tempo e local da prática (CHIANCA; ANTUNES, 1999, p. 25).

Cubas, Silva e Rosso (2010) relatam que, em março de 1998, a CIE propôs uma nova versão, multiaxial, ou seja, em que “o termo do vértice subdivide-se

seguindo mais de um princípio geral de divisão e, segundo, que a classificação é matricial, isto é, alguns conceitos não são primitivos e existem combinações de conceitos primitivos” (CHIANCA; ANTUNES, 1999, p. 25) com suporte ampliado. Desta forma, em comemoração aos seus 100 anos, em 1999, é lançada a versão Beta.

Nessa versão, as intervenções fazem-se mediante a vinculação ao fenômeno utilizando a percepção clínica dos enfermeiros, através de seus conhecimentos prévios, identificando os diagnósticos e prescrevendo as intervenções necessárias para alcançar os resultados esperados (ICN, 1996).

A CIPE®, versão Beta, possibilita maior liberdade de combinações de conceitos, utilizando a sua realidade e experiência, tendo o poder expressivo da linguagem de enfermagem. Nessa versão, fenômeno de enfermagem significa fator que influencia o estado de saúde e consiste no objeto de ação da enfermagem e diagnóstico, uma decisão sobre os fenômenos que é o foco das intervenções. Outra mudança importante é que as subdivisões foram reestruturadas, passando a existir nos fenômenos a categoria família, comunidade e sociedade e, na subdivisão de ser humano, as categorias indivíduo e grupo (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Seus eixos, então, passaram a totalizar oito: Tipo de ação, Alvo, Meio, Tempo, Topologia, Localidade, Via e Beneficiário.

Também foram revisados os resultados passando a ser “a mensuração da mudança de um diagnóstico de enfermagem em um determinado tempo, após a execução das intervenções de enfermagem”, assim os resultados refletiriam a classificação dos fenômenos (CHIANCA; ANTUNES, 1999, p. 30).

Em 2002, segundo Cubas, Silva e Rosso (2010), foi divulgada a versão Beta 2, multiaxial, mas com os mesmos conceitos da versão anterior. Para composição do diagnóstico de enfermagem, eram utilizados os termos dos eixos da classificação dos fenômenos de enfermagem e, para compor as intervenções, termos dos eixos da Classificação das Ações, fornecendo descrição do resultado como diagnóstico de enfermagem. Essa versão foi submetida a várias análises após respostas dos enfermeiros do mundo todo surgindo, em 2005, a versão 1.0, lançado pela CIE em Genebra.

A versão 1.0 utilizou a ontologia que é uma especificação formal de uma conceitualização compartilhada e propôs um novo agrupamento de eixo em um modelo de sete eixos: Foco, Julgamento, Cliente, Ação, Meios, Localização e Tempo

(CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010), como ilustra a Figura 3, extraída do trabalho de Cavalcante (2014).

Figura 3 - Modelo de sete eixos da CIPE®, versão 1.0.

Fonte: CAVALCANTE, 2014, p. 33.

A versão 1.0 só foi publicada no Brasil em junho de 2007. A nova estruturação dos eixos resolveu a redundância e ambiguidade da versão Beta 2. Cavalcante (2014) nos traz a diferenciação dos eixos das referidas versões, como ilustra a Figura 4.

Em 2008, a CIE apresenta sua nova versão, CIPE® 1.1, disponível apenas na WEB e tendo como grande novidade a inclusão de declarações de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem nas classificações, construindo catálogos de enfermagem. Essa versão foi incluída em outubro do mesmo ano na FCI (Família das Classificações Internacionais) da OMS, onde iniciou um movimento para adequação da CIPE® às outras classificações mundiais, o que resultou na Versão 2.0, em Junho de 2009, com mais de 400 novos conceitos (CAVALCANTE, 2014).

Figura 4 - Comparação entre os eixos propostos pela CIPE®, versão Beta, e o modelo de sete eixos da versão 1.0.

Fonte: CAVALCANTE, 2014, p. 35.

Cavalcante (2014, p. 33) ainda traz que:

foram divulgadas mais duas versões da CIPE®: a Versão 3 (2011) e a Versão 2013 (2013). Nessas novas versões, manteve-se a representação multiaxial do Modelo de Sete Eixos [...]. Há, atualmente, um total de 3.894 conceitos incluídos na CIPE® Versão 2013.

1.1.2 Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem na Saúde Coletiva - CIPESC®

Após a criação da CIPE® em suas versões Alfa e Beta e, vislumbrando a necessidade de adaptação à realidade brasileira por sua extensa área territorial, diferenças regionais e de distribuição da população, a ABEn e a CIE, em 1996, iniciaram a construção da CIPESC® Brasil. O país apresenta diversidade de

padrões de mortalidade, com magnitudes diversificadas no viver e adoecer nas distintas regiões, tendo a enfermagem que praticar diferentes formas de agir dependendo da realidade histórica, ideológica, política e econômica de cada região. O projeto CIPESC® objetivou contribuir para as transformações dessa prática tendo como referência a Reforma Sanitária que trouxe em suas propostas modificações significativas no âmbito da saúde e a implantação do SUS (EGRY et al., 1999).

Trata-se de um inventário vocabular no campo da saúde coletiva que considerou a qualificação e requalificação da força de trabalho em enfermagem, no qual se expressa a prática de enfermagem ancorada na sociedade, grupos sociais, vida e trabalho (ANTUNES; CHIANCA, 2002).

Segundo esses autores, a decisão da realização do projeto foi tomada no 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem, em Goiânia/GO, sendo lançado em 1996, na X Conferência Nacional de Saúde.

O Projeto contou com grande representatividade das universidades brasileiras na sua formulação e com financiamento da Fundação Kellogg que, no mesmo ano, promoveu a primeira oficina de trabalho no Brasil que deu origem ao projeto (CUBAS; SILVA; ROSSO, 2010) e que envolveu enfermeiros assistenciais, educadores e 115 pesquisadores (CHIANCA, 2003).

O projeto CIPESC® estava subordinado às Diretorias de Assuntos Profissionais (DAP) e ao Centro de Pesquisa em Enfermagem (CEPEN), ambos da ABEn, com cronograma para três anos: de 1997 a 2000. Neste período, foram realizadas coletas de dados quantitativos e qualitativos, assim como encontros com vários profissionais, principalmente pesquisadores (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Os autores relatam que os dados para realização do projeto foram coletados por instrumentos de pesquisa em 15 cenários diferentes em todo país, dentre eles Ribeirão Preto/SP e São Paulo capital. No total, além dos instrumentos foram utilizados 90 grupos focais e a participação de 720 componentes da equipe de enfermagem.

A CIPESC® possibilita o raciocínio clínico, a avaliação e a tomada de decisão por meio de diagnóstico de enfermagem e plano de cuidado, descrevendo as diferenças culturais e revelando a dimensão, a diversidade e a amplitude das práticas de enfermagem na saúde coletiva (SILVA; MALUCELLI; CUBAS, 2008; CUBAS et al., 2006).

Egry et al. (1999) descrevem que o propósito central da CIPESC® é o estabelecimento da classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país, reavaliando-as de acordo com os princípios do SUS e construindo um sistema de informação das práticas de enfermagem em saúde coletiva que permita a troca de experiência e interlocuções em níveis nacional e internacional.

Para atender as considerações das diferenças de regionalidade do país, foram adotados critérios para tipificar as diversidades, como polarização urbana *versus* rural, municipalização intensa *versus* incipiente, predominância do serviço público com privado e renda per capita elevada e baixa (EGRY et al., 1999).

Esses autores ainda destacam que o projeto objetivou arquitetar as práticas de enfermagem no país, unindo duas vertentes: a saúde coletiva e o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, antes da identificação e definição dos fenômenos e intervenções de enfermagem, o enfermeiro necessita realizar o levantamento do perfil socioepidemiológico e demográfico do paciente.

Para caracterização dos fenômenos e intervenções, foram realizados entrevistas e grupos focais com enfermeiros que resultaram na identificação e análise de novos fenômenos e intervenções ainda não existentes na CIPE®. Da mesma forma, resultaram na caracterização do processo de enfermagem articulado a outros profissionais, sendo esta a contribuição específica do projeto brasileiro: a inter-relação com outros trabalhos de saúde, caracterizando, assim, a saúde coletiva com os princípios do SUS (CHIANCA; ANTUNES, 1999).

Para explorar a Classificação de Enfermagem, a CIPESC® utiliza a integração de fenômenos, diagnósticos e ações de enfermagem com o uso de eixos direcionados, determinados pela versão Beta da CIPE®: foco, juízo, grau, caráter crônico e probabilidade (PONTES, 2003).

A CIPESC®, como método científico sistematizado do processo da enfermagem, objetiva o cuidado, foca a pessoa e não a doença, através da relação interativa do enfermeiro cliente/família/comunidade, ao mesmo tempo em que é uma forma de garantir reconhecimento profissional, visibilidade das práticas e humanização da assistência (MESQUITA; RAMOS, 2014).

Curitiba, em 2004, foi o primeiro município do Brasil a utilizar os resultados da CIPESC® como instrumento sistematizado da prática de enfermagem em saúde coletiva onde, após vários estudos, foi implementado o prontuário eletrônico da rede informatizada na atenção básica municipal (ALTINO et al., 2006).

1.2 A Consulta de Enfermagem como cenário da prática das classificações

Pereira e Ferreira (2014, p. 100) definem a Consulta de Enfermagem como “a prestação da assistência realizada pelo profissional de enfermagem, tanto para o indivíduo sadio quanto para aquele que se encontra hospitalizado”, por meio da qual são identificados seus problemas de saúde. É o primeiro contato do enfermeiro com o cliente e tem como objetivo prestar assistência sistematizada, identificando os problemas e dando respostas às complexidades do indivíduo, com base em um saber acumulado que desvenda também relações humanas.

A denominação Consulta de Enfermagem foi criada em 1968 por enfermeiros que participaram de um Curso de Planejamento de Saúde da Fundação de Ensino Especializado de Saúde Pública no Rio de Janeiro. Em fevereiro de 1972, no Estado do Rio Grande do Sul, a consulta de enfermagem é implantada no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (COREN/PI, s/d).

Em junho de 1986, o COFEN legaliza a Consulta de Enfermagem com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Lei nº 7.498, regulamentando o exercício da enfermagem. No Artigo 11 da referida lei, é atribuída ao enfermeiro a função privativa da consulta e prescrição da assistência de enfermagem em todos os níveis da assistência independente de ser pública ou privada. Essa lei foi fortalecida pela Resolução COFEN nº 159/93, que impõe a Consulta de Enfermagem como obrigatoriedade (COREN/SP, 2015).

Pereira e Ferreira (2014) traçam um segmento histórico da Consulta de Enfermagem onde, mesmo surgindo no Brasil em 1960, ela já se fazia presente desde a década de 20. Para ser desenvolvida sem restrições e, dessa maneira, ganhar espaço e aceitação pelos enfermeiros, a consulta de enfermagem passou por quatro fases.

A primeira, datada em 1923, coincide com a criação da Escola Ana Néri, época em que o enfermeiro de saúde pública foi valorizado pela atuação junto ao paciente. Naquela ocasião, a consulta não era oficial e era direcionada às crianças e gestantes sadias. Posteriormente, passou a ser estendida a pessoas com tuberculose e a outros programas de saúde pública, sendo muito importante o apoio dos médicos brasileiros e dos enfermeiros americanos, responsáveis pela implantação da consulta em seu país.

A segunda fase associa-se a um período de grandes modificações no cenário brasileiro. Nessa época foi regulamentada a profissão de enfermagem e houve o surgimento do Ministério da Educação e da Saúde. Na oportunidade, o país passava por mudanças governamentais e políticas significativas. Os enfermeiros no Rio de Janeiro, em 1938, conseguiram conquistar para a profissão a organização dos serviços de saúde públicos. No entanto, no ano posterior, perderam seus cargos e, por conseguinte, o espaço na atuação direta ao paciente.

A terceira fase, ainda segundo os autores, correspondeu ao período pós-guerra e caracteriza-se pela criação e aperfeiçoamento de escolas de enfermagem e criação do Serviço Especial de Saúde Pública. Mesmo o profissional de enfermagem sendo minoria nos estabelecimentos de saúde, havia uma movimentação para conquista de espaço.

De acordo com Pereira e Ferreira (2014), em 1956 inicia-se a quarta fase trazendo novas perspectivas para a profissão. Através das primeiras pesquisas em enfermagem, da reforma do ensino em enfermagem e da inclusão dos enfermeiros nas equipes de planejamentos de saúde consolida-se o trabalho da enfermagem com a conquista da implantação da consulta de enfermagem. Os autores encerram o processo histórico relatando que, após essa implantação, a consulta evoluiu e passou a ser mais difundida até os dias atuais.

Segundo as diretrizes do COREN/SP (2015), a Consulta de Enfermagem compreende ações realizadas de forma ordenada, por meio das quais o enfermeiro coleta informações, observa, examina a situação de saúde antes de decidir sobre o diagnóstico de enfermagem e intervenções necessárias, executando a SAE e utilizando as nomenclaturas das classificações como instrumento de trabalho. Para tanto, existe a necessidade de o profissional conhecer e entender as demandas de sua clientela, aceitar valores e núcleo familiar de forma integral, sem deixar de atentar que a saúde é resultado de necessidades humanas atendidas. A consulta de enfermagem deve ter objetivos claros e metodologia própria. Sua sistematização favorece a organização da abordagem ao paciente e define a atuação do enfermeiro em programas de saúde.

Mesmo Silva et al. (2011) trazendo a SAE como sinônimo de PE e de CE, Codogno, Toledo e Duran (2011, p. 1060), trazem de forma bem sintetizada e atual a diferenciação dessas terminologias, sendo as três inter-relacionadas dentro de um processo contínuo desenvolvido pelo enfermeiro, onde a consulta pressupõe o

processo de Enfermagem na Sistematização. Desta forma, Processo de Enfermagem seria a “adoção de um método que corresponde os três elementos de cuidar – julgamento das necessidades, [...] resultados a serem atingidos e as intervenções”. A Consulta de Enfermagem é a “aplicação individual do Processo de Enfermagem, constituindo-se em uma dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas” e a Sistematização da Enfermagem “organiza o trabalho profissional quanto ao método, pessoal e instrumental, tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem”.

A consulta de enfermagem é regida e organizada pela Resolução do COFEN nº 358/2009 que discorre sobre o processo de enfermagem e que norteia as ações dos enfermeiros. Esse processo deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em quaisquer instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar, ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, fábricas, entre outros (COFEN, 2009).

Segundo a mesma resolução, o Processo de Enfermagem é um método sistematizado para avaliar e diagnosticar suas necessidades de cuidados, formular ações, implantá-las e, após avaliar sua efetividade, organizado segundo o órgão em cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes e recorrentes, descritas como:

I. Coleta de dados de Enfermagem (Histórico de enfermagem): Processo deliberado, sistemático e contínuo, realizado com o auxílio de métodos e técnicas variadas, que tem por finalidade a obtenção de informações sobre a pessoa, família ou coletividade humana e sobre suas respostas em um dado momento do processo saúde e doença.

II. Diagnóstico de Enfermagem (DE): Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que culmina com a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença; e que constituem a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados.

III. Planejamento de Enfermagem: Determinação dos resultados que se espera alcançar; e das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas face às respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde e doença, identificadas na etapa de Diagnóstico de Enfermagem.

IV. Implementação: Realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem

V. Avaliação de Enfermagem: Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo

saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2009, Art. 1, §2º, itálico nosso).

O processo de enfermagem, embora descrito em etapas e fases bem distintas, para facilitar a exposição de ideias, não é linear, e suas fases não são fechadas, sem possibilidade de definição do início ou fim das suas fases. Deve ser construída a partir da concepção das necessidades humanas, das básicas e das necessidades de saúde, todas articuladas às necessidades sociais. A falta de linguagem universal que estabeleça a definição e a descrição da prática profissional tem comprometido o desenvolvimento da enfermagem como ciência (SAPAROLI, s/d).

Nóbrega e Garcia (2005) afirmam que o processo de enfermagem fornece linguagem uniformizada para a comunicação entre enfermeiros, permite a documentação da informação, contribui para o cuidado do paciente e mostra a efetividade do cuidado da enfermagem.

A Resolução nº 358/2009 rege que é de incumbência privativa do enfermeiro a execução e avaliação do Processo de Enfermagem, bem como o diagnóstico de enfermagem, a prescrição das ações e as intervenções de enfermagem, que devem ser registrados formalmente (COFEN, 2009).

A Consulta de Enfermagem como incumbência privativa do enfermeiro ainda tem como parte fundamental a prescrição de medicamentos, que está garantida no Decreto nº 94.406/87 que regulamenta a Lei nº 7.498/86 e estabelece, em seu Artigo 8º, a prescrição de medicamentos previamente estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (COREN/SP, 2015).

A AB tem um amplo espaço de desenvolvimento para a atuação do enfermeiro nas consultas de enfermagem, que podem ser realizadas no consultório ou no domicílio, de forma a exercer os princípios do SUS de integralidade, universalidade, equidade e resolutividade, como relatam Felipe et al. (2011). Outrossim, promove atividades de educação, prevenção e promoção da saúde, em nível individual ou coletivo, produzindo forte impacto no atendimento as necessidades de saúde da população ao propiciar a construção de vínculos entre o enfermeiro e indivíduos, sua família e comunidade (DA SILVA et al., 2015).

A Consulta de Enfermagem ainda é realizada nos moldes biomédicos. Na Atenção Básica, segundo Santos et al. (2008), a consulta tem sido vista como uma oportunidade de atenção diferenciada, ultrapassando o modelo biológico e estabelecendo ligação com o social, cultural e familiar. Desta forma, a CIPESC® mostra-se, dentre todas as classificações, a mais adequada para as consultas de enfermagem na AB. Dessa maneira, o enfermeiro tem diversas oportunidades de usá-la, devido à flexibilidade tanto na unidade como em visitas domiciliares, em atendimentos individualizados ou em grupos, pensando no indivíduo com integralidade e não apenas no processo saúde doença.

A temática da Consulta de Enfermagem vem se destacando como estratégia tecnológica do cuidado de enfermagem e busca consolidar a profissão como ciência. As pesquisas sobre o tema vêm crescendo de forma significativa nos últimos anos, sendo vista como uma forma de contribuir e mostrar o trabalho da enfermagem (OLIVEIRA et al., 2012).

Oliveira et al. (2012) trazem em seu trabalho fatos interessantes a serem considerados: a necessidade de ter instrumento para nortear as consultas de enfermagem para que não fujam do foco; a necessidade da comunicação verbal e não-verbal como premissa das habilidades a serem desenvolvidas pelo enfermeiro; e o registro de enfermagem correto para serem usados pela equipe multiprofissional. Os mesmos autores enumeram os fatores intervenientes da consulta de enfermagem, como falta de tempo, custo das consultas, capacitação profissional, falta de agendamento das consultas, espaço físico, assim como os ruídos da comunicação, interrupções, falta de privacidade e demanda aumentada. Elencam, ainda, os benefícios como redução das complicações, promoção do autocuidado, aumento do conhecimento das patologias pelos usuários, redução de fatores de riscos, resolutividade dos diagnósticos encontrados em cada consulta, acolhimento, entre outros.

1.2.1 Primeira Consulta de Enfermagem à gestante

Antecedendo o enfoque na consulta de enfermagem à gestante, enquanto grupo específico a ser trabalhado, é importante compreender o processo histórico da atenção à saúde da mulher, desde a década de 50 até a atualidade.

Segundo o Censo 2010, a população brasileira totaliza 190.755.799 habitantes no Brasil, dentre os quais 51% são mulheres. No Brasil, o número de mulheres supera o de homens em 3.941.819, tendo a região Sudeste o maior número de mulheres, principalmente no estado de São Paulo (IBGE, 2013). Ainda segundo o IBGE (2013), as mulheres são as principais usuárias do Sistema Único de Saúde: frequentam os serviços de saúde para o seu próprio atendimento e também acompanhando familiares e amigos.

A AB tem entre suas propostas o atendimento da mulher em suas diversas fases de vida, abordando desde os aspectos da biologia e anatomia do corpo da mulher até seus aspectos mais amplos que interagem entre cidadania e direitos humanos, visualizando a mulher de forma integral, com toda sua subjetividade (BRASIL, 2004).

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher de 2004, as mulheres ainda são vistas de forma restrita apenas com as funções reprodutiva e de maternidade, limitando-a à saúde materna ou à ausência de enfermidades relacionadas a ela (BRASIL, 2004).

No Brasil, segundo a PNAISM, a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais de saúde no século XX, limitadas a ações voltadas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004). Em 1994, na Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, chegou-se a conceituar a saúde da mulher como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social em todas as matérias concernentes ao sistema reprodutivo, suas funções e processos, e não apenas mera ausência de doença ou enfermidade” (BRASIL, 2004, p. 11).

Atualmente existe

enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004, p. 5).

Assim, a saúde reprodutiva implica em ter uma vida sexual segura e satisfatória, com liberdade de decidir sobre quando e quantas vezes reproduzirão (BRASIL, 2004).

Nessa vertente, a humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para a identificação das demandas relacionadas à mulher, respeitando seus direitos e auxiliando no autocuidado. Contempla questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais, estabelecendo relações interpessoais entre usuário e serviços de saúde (BRASIL, 2004).

A saúde da mulher, em sua evolução histórica, mostra que na década de 50 o objetivo dos cuidados relativos à mulher era transformar as mulheres em “melhores mães”, sendo a maternidade o seu papel mais importante na sociedade. Na mesma década, foram iniciadas ações voltadas ao combate à desnutrição e ao planejamento familiar à saúde pública (UNASUS, 2013).

A década de 70 teve seu enfoque nas questões relacionadas à equidade, tema que norteou a Conferência do Ano Internacional da Mulher em 1975 e o Plano da Década da Mulher, em 1976, com objetivos de integrar as mulheres no processo de desenvolvimento, de forma a reduzir a desigualdade em relação aos homens. Década de grande importância para saúde da mulher, em 1975 é criado o programa materno-infantil, norteado pelos cuidados ao período pré-concepcional, pré-natal, parto e puerpério, porém o programa demonstrou baixo impacto positivo nos indicadores da saúde da mulher (UNASUS, 2013).

Ainda no que concerne ao documento da Universidade Aberta do SUS (2013), durante a década de 80, em meio aos movimentos feministas brasileiros, os programas referentes à saúde da mulher foram fortemente criticados, devido ao fato de serem voltados apenas à parte materna da mulher, restando os outros períodos de vida sem assistência.

Moura e Rodrigues (2003) discorrem em seus estudos que na década de 80 as mulheres passaram a reivindicar direitos relacionados à saúde reprodutiva, como o planejamento familiar, a sexualidade, a democratização da informação em saúde, além de outras medidas entendidas na esfera da saúde pública e não mais, na esfera biomédica. Assim, em 1984, inicia-se a distribuição pelo Ministério da Saúde de documentos técnicos que norteariam as “Ações Básicas de Assistência Integral à Saúde da Mulher”.

Na literatura, a documentação referente ao período entre a década de 80 e os anos subsequentes é escassa, voltando-se à apresentação de relatos significativos da área técnica de Assistência à Saúde da Mulher, em 2003. A partir de então, o MS visando a ampliar o atendimento à saúde da mulher identificou a necessidade de

articular com outras áreas de forma a propor novas ações, contemplando ações voltadas para as mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas (BRASIL, 2011).

Em 2004, atendendo a reivindicações de diversos segmentos sociais, emergiu a Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher (PNAISM), dando ênfase nos campos dos direitos sexuais e reprodutivos e na melhoria da atenção obstétrica (BRASIL, 2004). Nesse contexto da atenção integral à saúde da mulher, é recomendado que a atenção ao pré-natal e puerpério devesse ser organizada para atender as reais necessidades das mulheres durante a gestação através dos conhecimentos técnico-científicos e dos recursos disponíveis (BRASIL, 2006).

No ano de 2006, o documento Pacto pela Vida – Consolidação do SUS contempla o pacto que firma, entre os gestores do SUS, dimensões relativas à Vida, Defesa do SUS e Gestão. No pacto pela Vida, na parte que tange à mulher, discorre sobre a sua saúde e o impacto sobre a situação da saúde da população com metas nacionais, estaduais, regionais ou municipais, pactuando ações globais para o alcance das metas estabelecidas neste referido pacto. Segundo o documento publicado pelo Ministério da Saúde em 2006, foram pactuadas seis prioridades ligadas à saúde da mulher: saúde do idoso; controle do câncer do colo de útero e de mama; redução da mortalidade infantil e materna; promoção da Saúde; fortalecimento da capacidade de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; e o fortalecimento da AB (BRASIL, 2006).

Alguns objetivos pactuados estão intimamente ligados à saúde da mulher: cobertura de 80% para o exame preventivo do câncer de colo de útero, com incentivo para a realização da cirurgia de alta frequência em colo uterino comprometidos; ampliação para 60% da cobertura de mamografia com punção de 100% dos casos necessários; redução de 5% da mortalidade materna; garantir insumos e medicamentos para o tratamento das síndromes hipertensivas no parto; e qualificação dos pontos de distribuição de sangue para as maternidades (BRASIL, 2006). A cada biênio, as pactuações são revistas e definidos novos objetivos e metas a serem alcançados (UNASUS, 2013).

Em 2011, o Ministério da Saúde, em parceria com setores da sociedade ligados a movimentos feministas, organizações não governamentais, gestores do SUS e agência de cooperações internacionais, reelabora o documento para 2ª

impressão da Política Nacional de Assistência à Saúde da Mulher, intensificando a promoção da melhoria das condições de vida e saúde das mulheres, com a intenção de contribuir para a redução da mortalidade feminina por causas evitáveis (BRASIL, 2011).

No transcorrer das últimas décadas, a cobertura da atenção à mulher foi intensificada e concretizada em forma de leis e cadernos de saúde, que visavam a proteger, qualificar, unificar o atendimento e assegurar a atenção à mulher em todo ciclo de vida, com mudanças sensíveis nas atitudes dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços realizados. Como exemplo, faz-se oportuno mencionar: o manual “Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério” que normatiza as ações da equipe de atenção no atendimento à mulher desde a descoberta da gestação ao atendimento no puerpério; “Manual de Atenção à Mulher no Climatério e Menopausa” que engloba ações na fase biológica da vida da mulher que transita entre o período reprodutivo e o não reprodutivo, com ações a considerar, de forma humanizada e ética, os aspectos psicossociais, de sexualidade e avaliação das manifestações clínicas pertinentes a este período de vida (BRASIL, 2011).

A Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, regula o parágrafo 7º do Artigo 226 da Constituição Federal e que trata do planejamento familiar diz respeito a ações voltadas às pessoas que querem ter filhos ou aquelas que preferem adiar o aumento da família. Dessa forma, disponibiliza métodos anticoncepcionais de acordo com a opção do casal ou da mulher, dando oportunidade de escolha sem discriminação, coerção ou violência, o que gerou forte impacto na redução no número de gravidezes indesejadas, abortos inseguros e na mortalidade materna (BRASIL, 2006). A referida lei ainda engloba o apoio aos casais com dificuldade de engravidar, infertilidade, com aberturas de polos especializados para tratamentos que, em sua grande parte, é de custo muito elevado (UNASUS, 2013).

De acordo com o documento anterior, outra lei de forte impacto na saúde da mulher vem ao encontro da proteção contra a violência, importante causa de mortalidade feminina, constituindo, junto às razões externas, a segunda maior causa de mortalidade. Em 2006, a Lei nº 11.430, “Lei Maria da Penha”, começa a vigorar com ações de prevenção, assistência e proteção às mulheres em situação de violência (OLIVEIRA; FONSECA, 2007). Complementando a Lei Maria da Penha, a Lei nº 10.778, de novembro de 2003, estabelece a notificação compulsória de todos

os casos de violência contra a mulher que for atendida em serviços de saúde, sejam eles públicos ou privados (UNASUS, 2013).

A mortalidade materna, ainda presente na atualidade brasileira, não conseguiu atingir a meta estipulada e pactuada na Declaração do Milênio de 2000. Dessa forma, tendo em vista a abrangência da temática da saúde da mulher e considerando, por conseguinte, a importância da fase gestacional nesses índices de mortalidade, o presente trabalho dedica-se a focar a primeira consulta da gestante, considerando ser uma ação estratégica para o enfrentamento do problema dos altos índices de mortalidade materna. Trata-se de um momento transformador no âmbito da saúde da mulher, tendo em vista não só as alterações fisiopatológicas, como sociais, ambientais e emocionais, necessitando, assim, de classificações mais amplas como aquelas contempladas na proposta da CIPESC®. Destaca-se, nesse contexto, o 5º Objetivo de Desenvolvimento do Milênio sobre a mortalidade materna (ODM 5) que estabelece como meta reduzir, até 2015, a mortalidade materna em 75%, em relação ao ano 2000, época em que o país mantinha um índice de 43% (UNASUS, 2014).

A gestação é um evento essencialmente fisiológico na vida da mulher, porém, caracteriza-se por várias e profundas transformações físicas e emocionais em sua vida, colocando-a no limite do patológico e exigindo um acompanhamento dos profissionais da saúde para não transformar em situação de alto risco para mãe e o feto (BRASIL, 2012).

Geralmente, o diagnóstico de gravidez é presumido pela presença de sinais e sintomas, como náuseas, vômitos, aumento da sensibilidade e do volume das mamas, azia, cólicas abdominais, tonturas, dor em baixo-ventre. Os referidos sinais e sintomas configuram as queixas mais comuns relatadas no dia a dia em unidade de saúde, assim como o atraso menstrual e o aumento do volume abdominal, o que leva à realização de testes de gravidez, sejam eles realizados nas unidades através da urina, por teste rápido, ou laboratorial, por sorologia (BRASIL, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), em seu Caderno 32 sobre Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, de 2012, o acesso ao Pré-Natal (PN) no primeiro trimestre tem sido incorporado como indicador da qualidade da AB. Nessa abordagem, faz-se necessária uma escuta adequada por meio da qual se identifique a história de vida da mulher, sentimentos, medos, desejos e ansiedades. Esse momento caracteriza-se por intensas transformações, descobertas e momentos que

devem ser trabalhados pelos profissionais através de estratégias visando à qualidade para a mãe e para a criança, além de atentar para a inclusão familiar nesse cuidado. Da mesma maneira, torna-se imprescindível trabalhar as questões legais de direito da mulher, direitos sexuais, trabalhistas e sociais (BRASIL, 2016).

Segundo o protocolo do MS, o pré-natal objetiva assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, considerados os aspectos psicossociais, as atividades educativas e preventivas. Segundo a OMS e o MS, o número adequado de consultas de pré-natal seria igual ou superior a seis, iniciando o mais precoce (BRASIL, 2012).

Por captação precoce da gestante entende-se que a primeira consulta deve ser realizada antes da décima segunda semana de gestação, com a primeira consulta cabendo ao enfermeiro, responsável pelo cadastramento nos Sistemas do Ministério da Saúde. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde (BRASIL, 2012).

A Política Nacional de Humanização (PNH) toma o acolhimento como postura prática nas ações de atenção à saúde. Para tal, as equipes de saúde têm a responsabilidade pela integralidade do cuidado, com escuta qualificada, criando vínculos com a gestante (BRASIL, 2012).

É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, participação fundamental para apoio da mulher durante as consultas e atividades de grupo, favorecendo e preparando o casal para o parto e planejamento familiar. Acolher o acompanhante de escolha da mulher, está assegurado pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005 (BRASIL, 2005).

A integralidade na assistência à saúde da mulher está interligada às reais necessidades da população de gestantes, com o objetivo de promover ações de saúde e melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2005).

Segundo a Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde e deve ter uma escuta qualificada e interessada (BRASIL, 2016).

Em 2016, foi lançado o Protocolo da Atenção Básica que fortalece as orientações do Caderno 32 do Ministério da Saúde do Pré-Natal de Baixo Risco, que dita as orientações a serem seguidas. Preconiza-se no documento que o acolhimento e a escuta, após a confirmação da gestação, deve iniciar-se a primeira

consulta do Pré-Natal, cabendo ao enfermeiro a avaliação global da gestante através da entrevista, com avaliação do histórico de saúde da gestante e de seus familiares. Dessa forma, viabilizaria a avaliação de doenças prévias, uso de medicações, patologias recentes ou em suspeitas, situação vacinal, fatores de risco como tabagismo, etilismo ou drogadição e obesidade (BRASIL, 2016).

No exame físico geral e específico, deve-se atentar para alterações de sinais vitais e avaliação do estado nutricional, avaliação das queixas relatadas e sinais de alerta como cefaleia, febre, edemas e sangramentos vaginais (BRASIL, 2000).

Segundo o referido protocolo (BRASIL, 2016), no que se refere ao plano de cuidado, compete ao enfermeiro o cadastramento da gestante no SISPRENATAL, *software* desenvolvido para acompanhamento adequado das gestantes inseridas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), do SUS, que apresenta os procedimentos mínimos para uma assistência pré-natal adequada (DATASUS, s/d). Outro sistema informatizado a ser alimentado é o SISVAN, que realiza a avaliação do estado nutricional da população atendida na AB. O preenchimento do cartão de gestante, contendo todas as informações relativas ao cuidado, também faz parte dessa rotina (BRASIL, 2016).

Durante a consulta, segundo o mesmo protocolo, ainda se faz a solicitação de exames laboratoriais e ultrassonografia obstétrica (USG), embasada no protocolo de cada município, assim como a prescrição de ácido fólico. Ainda de acordo com os protocolos municipais, a gestante deve ser encaminhada para avaliação e seguimento odontológico.

As orientações nessa primeira consulta são extensas e de suma importância, devendo ser repetida pela cliente para avaliação de sua compreensão. Devem-se orientar quanto à/ao: alimentação eficaz, seguindo os dez passos para alimentação saudável da gestante; ingestão hídrica adequada; necessidade de uso de protetor solar para evitar alterações de pigmentação da pele, comum nessa fase; importância do pré-natal ser seguido corretamente respeitando os intervalos orientados pelo obstetra; período de descanso regular; risco do tabaco, álcool e drogas na gestação e; comprometimento do feto e orientações sexuais para o casal (BRASIL, 2000).

A gestante deve sair da primeira consulta com todos os agendamentos realizados, ser informada das maternidades às quais ela terá acesso, referência para possíveis intercorrências, e suas dúvidas devem ser respeitadas e sanadas de acordo com sua compreensão (BRASIL, 2016).

No município de Ribeirão Preto/SP, a mulher, ao ter seu resultado de exame de gravidez positivo, é acolhida imediatamente pelo enfermeiro que inicia o Pré-Natal. A consulta é regida por protocolo municipal (ANEXO A), que consiste em todos os passos citados acima determinados pelo MS. Ela também é encaminhada para odontologia, através do Projeto Meu Bem-Querer, (ANEXO B) e ofertado o Pré-Natal do Parceiro (ANEXO C), que possibilita, além das sorologias, a solicitação de exames do parceiro, tais como tipagem sanguínea e a avaliação da situação vacinal. A gestante é ainda orientada a agendar consulta para avaliação dos exames pela Obstetra de sua escolha, que atenderá o casal, a quem compete incentivar a participação ativa do homem no processo de gestação, além de assegurar acolhimento e atendimento na saúde pública. Ainda são realizadas orientações relativas à atividade sexual na gestação, cuidados com a alimentação da gestante, ressaltando a importância de seu papel durante a gestação, bem como seus direitos na maternidade e direitos trabalhistas. Tais orientações visam a aproximar esse parceiro do núcleo da Atenção Básica e gerar vínculo, o que tem demonstrado de grande importância no período gestacional e no auxílio no pós-parto (SMS, s/d).

Segundo o protocolo municipal, o casal é convidado a participar do grupo de gestante realizado na Unidade, assim como convidar outros familiares que estarão envolvidos no cuidado do Recém-Nascido, dando oportunidade de iniciar reflexão acerca do planejamento familiar.

A gestante termina a consulta de enfermagem com as consultas obstétrica e odontológica agendadas, orientações para coleta dos exames, para agendamento do USG, opções de maternidades, datas do grupo de gestante e orientações sobre fluxo para urgências, sem esquecer-se da sua vinculação com a equipe de atendimento local (SMS, s/d).

Embora esse atendimento esteja regido por protocolo municipal, a sistematização do atendimento do profissional de enfermagem, cobrado legalmente pelo COREN, não conta um modelo no município que todos os enfermeiros pudessem seguir, ficando a critério de cada profissional a sua realização. Em visitas informais a algumas unidades de atenção básica do município e ao discutir o caso com alguns enfermeiros, verificou-se que a sistematização vem sendo feita de fato, porém a maioria segue NANDA, NIC, NOC ou Carpenito, classificações voltadas para patologias e sem englobar a especificidade da atenção básica, o que justifica a inquietação da realização desse trabalho.

Diante do exposto, espera-se, por meio deste estudo, validar um roteiro com o auxílio de *experts* no atendimento à gestante, que dê maior qualidade na Consulta de Enfermagem e que ainda seja utilizado como documento padronizado no município.

2 OBJETIVO

O estudo tem por objetivo:

Reformular e validar roteiro para primeira consulta de enfermagem à gestante em sua primeira consulta na Atenção Básica, utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.

3 MÉTODO

Trata-se de pesquisa metodológica para elaboração de roteiro para consulta de enfermagem. Esta modalidade de estudo adota como método “a investigação e obtenção da organização de dados e condução de pesquisas rigorosas, e tratam do desenvolvimento, da validação e da avaliação de ferramentas e métodos de pesquisa” (POLIT; BECK, 2011, p. 330).

Para tanto, utiliza-se como estratégia o conhecimento existente para elaboração de uma nova intervenção ou melhora significativa da intervenção existente, analisando o grau de precisão do roteiro e permitindo a análise das opiniões dos especialistas, validando o roteiro pela importância para o público-alvo (NASCIMENTO, 2012).

Destaque-se que a pesquisa tomou como ponto de partida o roteiro inicialmente elaborado pelos enfermeiros da UBS, versão 0 (APÊNDICE A), elaborado com base em Albuquerque, Cubas e Martins (2005), NANDA (2010) e Cadernos do Ministério da Saúde, contendo os protocolos de sistematização da assistência de enfermagem à gestante (BRASIL 2006; 2010; 2012; 2013; 2016). Este mesmo roteiro foi apresentado, discutido e trabalhado no grupo municipal de enfermeiros para implantação da SAE da SMS do município de Ribeirão Preto, com a utilização de classificação única, a CIPESC®.

O grupo municipal é composto por enfermeiros convidados pela Divisão de Enfermagem para estudar e formular a sistematizações da assistência de enfermagem no município, para facilitar a realização e implantação da SAE. Para tanto, o grupo foi dividido em áreas de atendimento, sendo: saúde da criança, da mulher, do adulto, urgência e emergência e doenças infecto sexualmente transmissíveis/TB/hanseníase. O grupo teve reuniões ordinárias mensais ou quinzenais, de acordo com a demanda a ser estudada, permanecendo a critério do grupo.

O projeto foi apresentado durante as reuniões ordinárias ao grupo de sistematização da Saúde da Mulher, Oportunidade em que os enfermeiros participantes, dentre eles a presente autora, tiveram liberdade de apreciar e sugerir mudanças e adequações ao atendimento municipal, aprimorando o roteiro para posterior reformulação através dos métodos científicos.

O estudo foi realizado em duas fases: 1 – revisão integrativa e; 2-

aprimoramentos de roteiro de SAE em uso no serviço, por meio de validação por *experts* na área de conhecimento.

Na primeira fase, realizou-se uma revisão integrativa (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011) que possibilitou a síntese do arcabouço científico produzido e o raciocínio crítico orientado pela prática, sendo “um método muito valioso para enfermagem, pois muitas vezes os profissionais não têm tempo para realizar a leitura de todo o conhecimento científico disponível devido ao volume alto” (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008, p. 759).

Esta forma de investigação é capaz de criar uma ampla compreensão do conhecimento, com oportunidades para surgirem novas pesquisas sobre um assunto específico, incluindo a avaliação quanto à qualidade da pesquisa, que assim contribua para o aprofundamento da questão investigada (BOTELHO; CUNHA; MACEDO, 2011).

Para o desenvolvimento da presente revisão integrativa, foram utilizadas as seguintes etapas: estabelecimento da questão norteadora a partir do problema a ser estudadas e descritas às definições operacionais; seleção dos artigos segundo critérios de inclusão, definindo-se as publicações para compor a amostra; extração dos dados sobre a sistematização dos artigos incluídos; interpretação e discussão dos resultados aprofundando-se o conhecimento, de forma a preencher lacunas existentes e propiciar o levantamento de temas para estudos futuros (MONCAIO, 2010).

Souza, Silva e Carvalho (2010) resumem essas fases da revisão como mostra a Figura 5. Para a elaboração da questão norteadora, utilizou-se o método de PICOT, que leva em consideração paciente ou população de interesse (P), a intervenção ou área de interesse (I), intervenção de comparação ou grupo (C), resultado (O) e o tempo (T) (GARCIA; NÓBREGA, 2000). Foi realizada a busca dos estudos primários em três bases de dados escolhidas por suas relevâncias: *Lilacs* (*Literatura Latino-Americana en Ciencias de la Salud*) que, produzida pela BIREME desde 1982, indexa artigos de periódicos, livros, teses, trabalhos apresentados em eventos, relatórios científicos e outros documentos não convencionais de 37 países da América Latina e do Caribe; *CINAHL* (*Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature*), base de dados que indexa centenas de periódicos na área de enfermagem e assuntos correlatos a partir de 1982, oferece acesso ao texto completo de mais de 400 publicações e; *PUBMED* (Serviço de U.S. National Library of

Medicine), inclui aproximadamente 17 milhões de citações da *Medline* e artigos de biomedicina desde 1950 e possui periódicos na área de enfermagem e assuntos correlatos desde 1982. Todas apresentam forte impacto nas pesquisas em enfermagem (GRAZIOSI; LIBEANO; NAHAS, 2012).

Figura 5 - Etapas da Revisão Integrativa.

Fonte: Souza, Silva e Carvalho (2010).

Após escolhidas as bases de dados, analisaram-se os descritores controlados de cada base, selecionando aqueles que apresentavam correlação com a questão a ser estudada. Para a busca dos artigos primários, foram combinados os descritores controlados entre si com descritores não controlados, utilizando os boleadores para ampliar a busca (*AND* e *OR*). Da mesma forma, foram utilizados *Limits* (filtros) para a realização da busca, sendo delimitados como período de tempo, artigos publicados nos últimos dez anos, nos idiomas inglês, português e espanhol.

Realizada a busca, foram então selecionados os estudos primários através da leitura dos títulos e dos resumos, seguindo os critérios de inclusão e exclusão. Os critérios de inclusão dos artigos definidos foram: artigos de estudos primários que abordavam o tema classificação e sistematização da assistência de enfermagem à

gestante na AB. Os critérios de exclusão adotados foram: produção duplicada, teses e dissertações, artigos de revisão, de opinião e ensaios teóricos, cartas ao editor, boletins e resumos.

Para a coleta de dados, utilizou-se o instrumento proposto por Ursi (2005), adaptado para o presente estudo (APÊNDICE B), o qual foi preenchido para cada artigo da amostra final da revisão, extraindo as informações relevantes para a realização da síntese e integração dos estudos primários apresentados como análise descritiva.

O roteiro foi reformulado a partir dos resultados da revisão integrativa da experiência profissional da presente autora na realização da consulta de enfermagem à gestante no primeiro atendimento do pré-natal e a partir da leitura mais detalhada da CIPESC®, principalmente no que se refere aos diagnósticos e intervenções de enfermagem, assim como os cadernos do MS, chegando à Versão 1 (APÊNDICE C) do roteiro.

Na segunda fase da pesquisa foi então realizada a adequação e validação da Versão 1 do roteiro, sendo esta última, segundo Polit e Beck (2011), um importante critério para avaliação de um roteiro.

Segundo Ribeiro et al. (2013, p. 219):

O termo validar também é definido como o grau em que ele é apropriado para medir o verdadeiro valor daquilo que se propõe a medir, possibilitando inferir o quanto os resultados que foram obtidos, por meio da utilização do instrumento, representam a verdade ou quanto se afastam dela.

Ribeiro et al. (2013) e Polit e Beck (2011) ainda citam que existem três tipos principais de validade que variam de acordo a informação oferecida e com o objetivo do pesquisador: validade de conteúdo, validade de construto e validade relacionada ao critério.

Para essa fase da pesquisa, foi utilizado como embasamento a validade de conteúdo que indica em que medida o roteiro possui uma amostra apropriada de itens para medir o constructo específico e cobrir adequadamente seu domínio (POLIT; BECK, 2011), ou seja, a validação do conteúdo do roteiro consiste no julgamento, por profissionais capacitados para tal, dos elementos presentes a fim de averiguar se estes são compatíveis com o que se deseja mensurar (VIANA; PIRES 2014). Raymundo (2009) enfatiza que a validade de conteúdo não é determinada

estatisticamente, ou seja, não é expressa por um coeficiente de correlação, mas resulta do julgamento de diferentes examinadores especialistas, que analisam a representatividade dos itens em relação às áreas de conteúdo e à relevância dos objetivos a medir.

Para a validação a nova versão do roteiro foi submetida a avaliação de enfermeiros *experts*/especialistas, de serviços de saúde ou Universidades, que trabalham com a SAE e/ou uso da Classificação Internacional das Práticas em Saúde Coletiva – CIPESC®, constituindo, dessa forma, uma comissão de juízes.

O convite aos juízes foi realizado a partir da aprovação do CEP, através de contato telefônico ou *e-mail*, respeitando a livre decisão de cada convidado, sem proporcionar constrangimento sobre sua decisão.

Também foram convidados a participar enfermeiros da rede de atenção básica do município de Ribeirão Preto que realizam consultas de enfermagem à gestante, município ao qual destina-se a implantação do instrumento assim que finalizado.

A comissão de juízes/especialistas selecionados foi composta por participantes que atenderam aos seguintes critérios:

- Ser enfermeiro(a);
- Ter experiência na Atenção Básica ou ter estudado o tema;
- Possuir conhecimento e experiência com o CIPESC®.

Os convidados que aceitaram a participação na validação, não aplicaram o roteiro em suas unidades, tendo apenas realizadas sua a avaliação e pontuação.

A validação aconteceu em duas rodadas, no período de fevereiro a junho de 2017, totalizando um tempo aproximado total de uma hora para a realização.

Coura e Enders (2013) descrevem que existe uma divergência na literatura quanto ao número de especialistas para validação, podendo variar entre cinco e dez ou seis a vinte *experts*. Para o presente trabalho, convencionou-se a versão de Lynn (1986), citado por Alexandre e Coluci (2011), que compreende entre cinco e dez especialistas.

Foram selecionados quarenta e sete profissionais para serem convidados a participar do estudo. O contato inicial deu-se por *e-mail*, pessoalmente ou por telefone. Para todos os convidados foram enviados *e-mails*-convite, com a Carta de Apresentação aos Especialistas Participantes (APÊNDICE D) anexa, com a

identificação da pesquisadora e as formas de envio do material em caso de aceitação: via correio ou *e-mail*.

Doze convidados responderam positivamente ao convite aceitando participar do estudo. Todos optaram pelo envio do material por via eletrônica (*e-mail*). Cinco convidados recusaram, apresentando como justificativa não estar mais atuando na área de estudo e do tema. Não responderam ao *e-mail* dezesseis convidados e os outros quatorze não se obteve sucesso no contato, pois o endereço eletrônico não existia mais.

Aos convidados que aceitaram participar, foi enviado novo *e-mail* contendo TCLE (APÊNDICE E), ficha de identificação dos juízes (APÊNDICE G) e o formulário de avaliação (APÊNDICE F). Estipulou-se um prazo de quinze dias para devolução do material. Conforme descrito no TCLE, foram considerados assinados os *e-mails* com a afirmativa na participação.

Após o período estipulado, *e-mails* foram enviados solicitando devolução do material a cada quinze dias. As avaliações de apenas oito juízes retornaram após dois meses, com a análise dos itens do formulário, sugestões de alteração, de acréscimo e também a caracterização dos mesmos.

A ficha de identificação dos juízes foi baseada naquela utilizada por Viana e Pires (2014) e continha dados tais como o nome, idade, tempo de experiência, área de atuação (assistência ou docência) e se já havia participado de outro estudo de validação de instrumento/roteiros.

Assim, a comissão de juízes foi composta finalmente por oito membros, com predominância do sexo feminino (sete participantes do sexo feminino e apenas um do sexo masculino). Dentre eles, um com idade entre vinte e trinta anos, quatro entre trinta e um e quarenta anos, um entre quarenta e um e cinquenta e dois relataram ter mais de cinquenta e um anos.

Considerando ao tempo de graduação em enfermagem, um juiz relatou ser formado de dois a dez anos de formação, cinco entre onze e vinte anos e dois entre vinte e um e trinta anos de formação na enfermagem. No que se refere à titulação, um respondeu ser especialista, dois mestres e cinco possuem doutorado.

Foi informado ainda que uma enfermeira trabalha nas áreas Atenção Básica e universidade, duas apenas na Atenção Básica e cinco na área universitária.

O Sudeste e o Nordeste brasileiro foram as regiões de atuação dos juízes.

O tempo de utilização do PE e da CIPESC® variou entre um mês e 20 anos

de uso. Três juízes possuem publicações sobre o tema estudado, um validador não especificou a quantidade, um relatou ter apenas uma publicação e um relatou ter mais que 20 publicações com o tema estudado. Naquela oportunidade, seis juízes já haviam participado de estudos de validação, com uma média de quatro trabalhos.

Alexandre e Coluci (2011) afirmam que não existe um consenso na literatura para avaliar o instrumento, coadunando com o Índice de Validade de Conteúdo, que mede a proporção ou porcentagem de juízes/especialistas que estão em concordância sobre determinados itens ou aspectos do roteiro. Polit e Beck (2011) recomendam que os pesquisadores devem descrever como realizaram o cálculo. Dessa forma, seguindo os preceitos de Viana e Pires (2014), foi utilizado o formulário de avaliação do roteiro com escala de +1, 0, -1. Cada item foi avaliado por essa escala de pontuação, em que: -1 corresponde a inadequado; 0 a impreciso e; +1 a adequado. Os itens que receberam a classificação como inadequado ou impreciso foram modificados seguindo as sugestões dos especialistas, registradas no verso da folha em espaço apropriado para justificativa de cada item. Os itens que obtiveram até 75% da aprovação foram considerados validados (VIANA; PIRES, 2014).

O trabalho dos especialistas ocorreu por meio de duas avaliações, sendo que, a cada uma, o roteiro foi reformulado considerando o parecer dos mesmos. Dessa forma, ao final da segunda avaliação, chegou-se à versão final, não havendo necessidade de realizar uma terceira fase de avaliação pelos juízes, em virtude do alcance do percentual de adequação do conjunto de itens do formulário.

Para melhor compreensão do estudo, apresenta-se o fluxograma das fases e das etapas do presente estudo de acordo com a Figura 6.

FIGURA 6 - Fluxograma das fases e etapas do estudo.

Fonte: Elaborada pela autora.

4 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

As Normas do Conselho Nacional de Saúde (CNS), atendendo a Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, dispõem sobre a ética na pesquisa e o respeito aos participantes quanto à sua dignidade e autonomia, sendo assegurada sua vontade de contribuir por intermédio de manifestação livre e esclarecida, ponderando os riscos e benefícios e a relevância social da pesquisa.

Dessa forma, o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto, de forma a preservar a liberdade de escolha dos participantes, garantindo aos mesmos o fornecimento de todos os esclarecimentos que se fizessem necessários para a livre iniciativa de participar, ao assinarem o termo de consentimento livre e esclarecido (CNS, 2012).

Os riscos da participação no projeto foram mínimos, caracterizados como risco leve, de desconforto ao avaliar o formulário, podendo suscitar questões pessoais e/ou gerar reflexões de ordem pessoal/profissional, assim como o incômodo do contato com o pesquisador. De forma a minimizar os possíveis riscos, foi devidamente expresso ao participante a total liberdade em desistir da pesquisa se assim o desejasse.

Da mesma maneira, os participantes foram esclarecidos quanto à não existência de benefícios materiais, restando claro o benefício relativo à importante contribuição ao realizarem a validação de um roteiro visando a ofertar maior qualidade no atendimento à gestante na Atenção Básica.

O projeto de pesquisa foi apreciado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, protocolo CAAE: 60761816.7.0000.5393 (ANEXO D), assim como pela Comissão de Avaliação de Projetos de Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto, através do Ofício 3524/16-GS (ANEXO E) para realização do estudo, bem como para a divulgação das informações relativas ao município relacionadas à pesquisa.

5 FASE 1

5.1 Revisão Integrativa

Em busca de evidências científicas na literatura sobre a SAE no atendimento à gestante na AB, com rigor científico utilizou-se a revisão integrativa como método para conduzir a primeira fase do presente estudo metodológico, integrando os conhecimentos existentes da pesquisadora, apropriando-se do referencial já existente para aprofundar no tema e reescrever o roteiro da SAE, pautada na Prática Baseada em Evidência (PBE).

Assim, a revisão teve como objetivo analisar as evidências disponíveis na literatura sobre a sistematização da assistência de enfermagem à saúde de gestantes na AB, com o uso de linguagem padronizada de classificação, com a finalidade de, a partir dos resultados obtidos, analisar as informações contidas no roteiro já existente e adaptá-lo às evidências científicas.

O detalhamento das etapas descritas por Souza, Silva e Carvalho (2010) e apresentadas no Método da presente dissertação, são as seguintes: elaboração da pergunta norteadora; busca ou amostragem na literatura; coleta de dados; análise crítica dos estudos incluídos; discussão dos resultados; e apresentação da revisão integrativa.

5.1.1 Questão norteadora da Revisão Integrativa

Para a elaboração da questão norteadora utilizou-se a estratégia PICO/PICOT, com o propósito de aumentar a probabilidade de a melhor evidência para informar a prática clínica ser encontrada rapidamente e de forma efetiva, com rigor metodológico, atingindo o objetivo proposto. Esta estratégia está descrita conforme a Figura 7. De acordo com a referida figura: P (População de pacientes): gestante; I (Intervenção): sistematização de enfermagem; C (comparação); O (resultado): consulta de enfermagem; T (tempo): pré-natal. Ressalte-se que o item Comparação (C) é utilizado para comparar artigos com a mesma proposta metodológica para se afirmar ou não uma determinada ação. Na presente revisão integrativa, a comparação não se aplica a seus propósitos.

Figura 7 - Estratégia PICOT/PICO.

Fonte: Elaborada pela autora.

Dessa forma, formulou-se a seguinte questão para guiar a revisão integrativa:
Quais são as evidências da aplicação da SAE durante a Consulta de Enfermagem à gestante no pré-natal?

5.1.2 Busca dos estudos nas bases de dados

Bases de dados são conjuntos de dados que se relacionam entre si, permitindo reunir e organizar eletronicamente artigos de revista, livros, teses, entre outros documentos, permitindo conhecer as publicações da comunidade científica, provenientes de diversos tipos de documentos e editoras, sendo atualizados com muita regularidade (GRAZIOSI; LIEBANO; NAHAS, 2012).

Para a realização da busca, foram selecionadas três bases de dados, *Lilacs*, *Pubmed* e *Cinahl*, de relevância na área da saúde, vislumbrando o cenário nacional e internacional, conforme descrito no Método.

Os descritores controlados e não controlados foram combinados com operadores booleanos (delimitadores), representados pelos conectores *AND* e *OR*.

Para delimitar e refinar a pesquisa foram aplicados os filtros idioma (inglês, português e espanhol) e tempo, convencionando-se um período de 10 anos (entre 2005 a 2016), observados os critérios de inclusão e exclusão.

A amostra final foi constituída de artigos indexados que preenchiam os critérios acima estabelecidos, conforme demonstra o Quadro 1.

Quadro 1 - Estratégia de busca em bases de dados selecionadas.

BASE DE DADOS	LILACS	
BUSCA	ESTRATÉGIA DE BUSCA	ARTIGOS
#9	(Consulta OR sistematização) AND (instrumento OR roteiro OR coleta de dados) AND (enfermagem OR cuidado de enfermagem) AND (gestante OR prenatal OR gravidez) AND (instance:"regional") AND (la:("pt" OR "en" OR "es") AND year_cluster:("2013" OR "2010" OR "2006"OR "2007" OR "2012" OR "2008" OR "2009" OR "2011" OR "2014" OR "2015"))	104
#8	(Consulta OR sistematização) AND (instrumento OR roteiro OR coleta de dados) AND (enfermagem OR cuidado de enfermagem) AND (gestante OR pre natal OR gravidez)	170
#7	(Consulta OR classificação internacional das práticas de enfermagem OR sistematização) AND (instrumento OR roteiro OR coleta de dados) AND (enfermagem OR cuidado de enfermagem) AND (gestante OR pre natal OR gravidez)	3
#6	(Classificação internacional das práticas de enfermagem) OR (consulta) OR (sistematização) AND (instrumento) OR (roteiro) OR (coleta de dados) AND (enfermagem) OR (cuidado de enfermagem) AND (gestante) OR (gravidez) AND (pre natal) AND (cuidado pre natal)	1
#5	(Classificação internacional das práticas de enfermagem OR sistematização OR assistência) AND (gravidez OR gestante OR prenatal) AND (enfermagem OR enfermagem obstétrica) AND	0
#4	(Sistematização OR assistência) AND (roteiro OR instrumento OR coleta de dados) AND (enfermagem) AND (cuidado pre natal OR pré-natal OR gravidez OR gestante)	1239
#3	(Classificação internacional das práticas de enfermagem OR classificação OR assistência) AND (cuidado pre natal OR gravidez OR gestante OR pre natal) AND (enfermagem)	1
#2	(Classificação internacional das práticas de enfermagem) AND (cuidado pre natal) AND (enfermagem)	1
#1	Classificação internacional das práticas de enfermagem AND enfermagem	55

BASE DE DADOS	CINAHL
#3	(consultation OR systematization OR classification) AND (instrument OR script OR questionnaire) AND (pre-natal OR pregnancy OR gravidite) AND (nursing OR nursing care) - Data de publicação: 20050101-20161231. Idioma: English, Portuguese, Spanish. 32
#2	(consultation OR systematization OR classification) AND (instrument OR script OR questionnaire) AND (pre-natal OR pregnancy OR gravidite) AND (nursing OR nursing care)- Data de publicação: 20050101-20161231 33
#1	(consultation OR systematization OR classification) AND (instrument OR script OR questionnaire) AND (pre-natal OR pregnancy OR gravidite) AND (nursing OR nursing care) 57
BASE DE DADOS	PUBMED
#10	(consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) and ("last 10 years"[pdat] and (english[lang] or portuguese[lang] or spanish[lang])) 109
#9	(consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) 191
#8	((((consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) and ("last 10 years"[pdat] and (english[lang] or portuguese[lang] or spanish[lang])) and ((hasabstract[text] and full text[sb] and free full text[sb])) 38
#7	((((consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) and ("last 10 years"[pdat] and (english[lang] or portuguese[lang] or spanish[lang])) and ((hasabstract[text] and full text[sb])) 103
#6	((((consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) and ("last 10 years"[pdat] and (english[lang] or portuguese[lang] or spanish[lang])) and (hasabstract[text]) 107
#5	((((consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or 109

	<i>questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) and ("last 10 years"[pdat] and (english[lang] or portuguese[lang]))</i>	
#4	<i>((((consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) and ("last 10 years"[pdat] and english[lang])</i>	108
#3	<i>(((((consultation or systematization or classification)) and (instrument or script or questionnaire)) and (pre-natal or pregnancy or gravidite)) and (nursing or nursing care) and ("last 10 years"[pdat])</i>	115
#2	<i>(nursing consultation or systematization)) and (instrument or script or data collect)) and (nursing or nursing care)) and (pregnancy or gravidity or prenatal) and ("last 10 years"[pdat])</i>	9
#1	<i>(nursing consultation or systematization)) and (instrument or script or data collect)) and (nursing or nursing care)) and (pregnancy or gravidity or prenatal)</i>	13

O levantamento bibliográfico foi realizado no período de fevereiro a outubro de 2016, sendo a última pesquisa realizada em 8 de outubro do mesmo ano, utilizando a *Internet* para acessar bases de dados.

Após busca, os artigos foram selecionados através de duas leituras. A primeira seleção dos estudos foi realizada por leitura de título e resumo; a segunda, por leitura criteriosa dos artigos na íntegra, ambas orientadas pela questão norteadora, assim como de acordo com os critérios de inclusão e exclusão para compor a amostra da revisão, como demonstra a Figura 8.

Figura 8 - Demonstrativo de busca nas bases de dados, com aplicação de critérios de inclusão e exclusão.

Fonte: Elaborada pela autora.

Na base de dados *Lilacs*, a busca foi realizada em português, utilizando os descritores controlados: **enfermagem**, **coleta de dados**, **cuidado de enfermagem**, **gestantes** e **gravidez**, de acordo com o DESC, assim como os não controlados: **consulta**, **sistematização**, **instrumento**, **roteiro** e **pré-natal**, combinados com os

boleadores *OR* e *AND*, totalizando 170 artigos. Ao serem aplicados os filtros idioma e intervalo de tempo, restaram 104 artigos. Após a primeira leitura, analisando títulos e resumos, e aplicando os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados 16 artigos.

Na base de dados *Pubmed*, o idioma para a realização da busca foi o inglês, visto que compreende uma base internacional. Foram utilizados os descritores controlados: ***referral and consultation, classification, surveys and questionnaires, pregnancy, nursing, breast feeding e nursing care***, de acordo com o *MeSH Terms*, assim como os não controlados: ***referral, consultation, systematization, classification, instrument, script, surveys, questionnaire, pre-natal, pregnancy, gravidite, nursing, breast e nursing care***, combinados com os boleadores *OR* e *AND*, totalizando 191 artigos. Ao serem aplicados os mesmos filtros, restaram 109. Após a primeira leitura, analisando títulos e resumo, aplicados os critérios de inclusão e exclusão, foram selecionados onze artigos.

Na base de dados *Cinahl*, Base de Dados internacional, o idioma também foi o inglês e utilizaram-se os descritores controlados e descritores não controlados: ***consultation, classification, systematization, instrument, script, questionnaire, pregnancy, nursing, nursing care, pre-natal, pregnancy e gravidite***, combinados com os boleadores *OR* e *AND*, totalizando 57 artigos e depois de aplicados os filtros, restaram 32 artigos. Realizada a primeira leitura, analisando títulos e resumo, e aplicando-se os critérios de inclusão e exclusão foram selecionados cinco artigos.

Os artigos excluídos na primeira leitura totalizaram 213 artigos dispostos nas seguintes categorias de assunto: “uso de medicação” (oito artigos), “acolhimento” (três artigos), “pesquisa de opinião” (16 artigos), “gravidez na adolescência” (seis artigos), “patologias” (40 artigos), “distúrbios psiquiátricos” (doze artigos), “violência” (14 artigos), “parto/puerpério” (92 artigos), “aborto” (quatro artigos) e 18 artigos repetidos nas bases de dados, restando para segunda leitura 32 artigos.

Ao final da leitura dos textos completos, 15 artigos foram excluídos pois tratavam de temas não pertinentes ao estudo: “implantação de sistema de informação no atendimento” (dois artigos), “acolhimento” (dois artigos), “pesquisa de opinião” (quatro artigos), “patologias” (cinco artigos), “parto/puerpério” (quatro artigos). Para compor a amostra final desta RI, foram selecionados nove artigos, sendo dois da base *Cinahl*, zero da base *Pubmed* e sete da *Lilacs*.

5.1.3 Extração de dados dos estudos primários

Esta fase do estudo busca definir as informações a serem extraídas dos estudos selecionados com o objetivo de organizá-las sucintamente. Os dados extraídos dos estudos primários incluídos foram registrados com o auxílio do instrumento proposto e validado por Ursi (2005), (ANEXO F), e adaptado para o presente estudo (APENDICE B).

Ursi (2005) submeteu seu instrumento à validação de face e conteúdo. Para adaptação, utilizou as informações: identificação do artigo (Título, autores, local, idioma, ano de publicação); características metodológicas do estudo (objetivo, amostra, critérios de inclusão e exclusão, análise dos dados, resultados e conclusões); e avaliação do rigor metodológico (identificação das limitações e vieses).

5.1.4 Avaliação dos estudos primários incluídos

Para a identificação da abordagem metodológica dos estudos primários incluídos na RI, utilizou-se a terminologia indicada pelos autores e, quando não apontada, foram adotadas as descrições de métodos apresentadas por Polit e Beck (2011).

Em relação à força de evidência, empregou-se a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011), uma vez que o nível de evidência deve ser considerado, determinando a confiança dos resultados e fortalecendo a conclusão do estado do conhecimento como mostra o Quadro 2.

Quadro 2 - Nível de Evidência segundo a classificação de Melnyk e Fineout-Overholt (2011).

Sistema de Classificação para a Hierarquia de Evidências para Intervenção / Tratamento	
Nível I	Evidências de uma revisão sistemática ou metanálise de todos os ECAs relevantes
Nível II	Evidências obtidas de ECAs bem desenhados
Nível III	Evidências obtidas a partir de ensaios controlados bem concebidos sem aleatorização
Nível IV	Evidências de estudos de caso controle e de coorte bem concebidos
Nível V	Evidências de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos
Nível VI	Evidências de estudos descritivos ou qualitativos únicos
Nível VII	Evidências do parecer de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas

Fonte: Melnyk e Fineout-Overholt, 2011.

5.1.5 Análise e síntese dos resultados

A análise e síntese dos resultados foram realizadas de forma descritiva e relatados de forma sucinta e coerente as características e resultados de cada estudo primário, apresentando para cada estudo quadro-síntese contendo os seguintes dados: número do estudo, título, título do periódico, autores, fonte, país, idioma, ano de publicação, objetivo, amostra, detalhamento metodológico, resultados, conclusão, nível de evidência e identificação das limitações e vieses. Os quadros serão apresentados nos resultados.

5.1.6 Apresentação da Revisão Integrativa

A apresentação da Revisão Integrativa (RI) permite ao leitor a compreensão das etapas percorridas no estudo, assim como a síntese do conhecimento sobre o tema trabalhado, fornecendo subsídios para a tomada de decisão do enfermeiro no planejamento da assistência de enfermagem, na prática clínica, assim como identificação de lacunas no conhecimento favorecendo novas pesquisas.

5.2 Resultados

Conforme mencionado, a amostra da RI foi composta por nove estudos primários, apresentados no Quadro 3 através da caracterização geral.

Quadro 3 - Estudos primários selecionados para Revisão Integrativa.

Nome do Estudo	Ano	Idioma	Periódico	Base de Dados
Sistematização da assistência de enfermagem em centro obstétrico	2009	Português	Revista Brasileira de Enfermagem	Cinahl
Instrumento de apoio ao atendimento de gestante na estratégia de saúde da família	2008	Português	Revista Paulista de Enfermagem	Cinahl
Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal	2015	Português	Enfermagem em foco	Lilacs
Perfil da gestante assistida no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde	2013	Português	Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (online)	Lilacs
Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá.	2013	Português	Ciencia y Enfermería	Lilacs
Prevalência do diagnóstico de enfermagem: nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais em gestantes	2012	Português	Acta Paulista de Enfermagem	Lilacs
Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem	2011	Português	Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (online)	Lilacs
Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros	2009	Português	Escola Anna Nery de Enfermagem	Lilacs
Diagnóstico de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso	2006	Português	Revista Nursing	Lilacs

Fonte: Elaborado pela autora.

Das três bases de dados, a *Pubmed* não teve artigos selecionados para a amostragem, a *Lilacs* apresentou maior número de publicação com sete estudos e a *Cinahl* apresentou dois artigos em sua base. Os periódicos foram bem diversificados, sendo oito periódicos distintos. A Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (*online*), apresentou dois estudos.

As publicações são todas nacionais, sendo predominantes as instituições do Nordeste e Sudeste brasileiro, com quatro estudos de cada. A região Sul apresentou apenas um estudo e as demais regiões brasileiras não foram citadas. Todos os periódicos são da área da enfermagem.

No decorrer da pesquisa observou-se que não houve um aumento de pesquisas relacionadas ao tema durante os anos mantendo um padrão contínuo de publicações. Constataram-se duas publicações em 2009 e em 2013. Nos demais anos, 2000, 2008, 2011, 2012 e 2015 tiveram uma publicação registrada, permanecendo 2007, 2010, 2014 e 2016 sem registros encontrados.

Das universidades sede dos estudos, a Universidade de São Paulo e a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) predominaram com duas publicações cada, as demais tiveram apenas uma publicação sendo elas da: Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), Universidade Federal do Vale do São Francisco (UNIVASF), Universidade Federal do Espírito Santo (EFES), Faculdade da Associação Caruaruense de Ensino Superior, Universidade Federal do Ceará (UFC) e Associação Monte Azul.

Em relação à Força de Evidência, dos nove estudos, um (1) foi classificado com nível III, dois (2) com Nível V, cinco (5) com Nível VI e um (1) com Nível VII.

Os quadros-resumos dos estudos serão apresentados a seguir:

Quadro 4 - Síntese do estudo primário 01.

Estudo: 01
Título do artigo: Perfil da gestante assistida no pré-natal de enfermagem de uma unidade básica de saúde
Título do periódico: Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)
Autores: Nome: Camila N. Alves, Enfermeira. Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM. Nome: Lúcia B. Ressel, Enfermeira. Doutora em Enfermagem pela USP. Professora Associada do Departamento de Enfermagem / UFSM. Nome: Cheila Sanfelice, Enfermeira. Mestre em Enfermagem pela UFSM. Nome: Priscila Bisognin, Graduanda em Enfermagem na UFSM. Nome: Laís A. Withelm, Enfermeira. Mestranda do PPGENF / UFSM. Nome: Roselaine R. Zanini Doutora em Epidemiologia pela UFRGS. Professora Adjunta do Departamento de Estatística / UFSM.
Fonte: Lilacs
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2013
Instituição sede do estudo: Universidade Federal de Santa Maria – PPGENF/UFSM
Objetivo ou questão de investigação: Identificar o perfil socioeconômico e comportamental de gestantes assistidas em Consulta de Enfermagem no pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde do interior do Rio Grande do Sul.
Amostra: 88 históricos de enfermagem dos prontuários de gestantes atendidas no período de janeiro de 2009 a novembro de 2010.
Detalhamento metodológico: Pesquisa quantitativa, documental e retrospectiva.
Análise: A coleta de dados ocorreu entre os meses de fevereiro e março de 2011. Foi criado e utilizado formulário para coleta de dados semelhante ao do próprio histórico de enfermagem e compreendeu a busca das seguintes informações: dados de identificação (idade, estado civil, ocupação, escolaridade da mulher e a renda familiar); quem realizou o encaminhamento da gestante para o serviço; condições de moradia (situação, tipo, luz elétrica, lixo, dejetos e água); hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool e drogas, tipo de alimentação, acompanhamento odontológico e atividade física); atividades de lazer; antecedentes pessoais; antecedentes familiares; antecedentes ginecológicos (menarca, idade na primeira relação sexual, tipo de método contraceptivo utilizado, ocorrência de Doença Sexualmente Transmissível e realização de exame citopatológico do colo uterino); tipo de ciclo menstrual; antecedentes obstétricos (número de gestações, paridade, abortamentos, tipo do parto, intervalo interpartal, intercorrências anteriores, complicações no puerpério e aleitamento materno exclusivo); gestação atual (se foi planejada e como está sendo vivenciada pela família), realização da

vacina antitetânica, queixas atuais relativas à gestação e idade gestacional na primeira consulta de enfermagem. Com o objetivo de sintetizar informações foi utilizado análise descritiva.

Resultados: Predominam gestantes jovens, casadas, com baixa escolaridade e do lar; renda familiar de até dois salários-mínimos; saneamento básico presente; negação de uso de álcool, drogas e cigarro; alimentação variada; atividade física restrita; visita odontológica regular; necessidade de reforço da vacina antitetânica; início do pré-natal com menos de 20 semanas; e gestação planejada.

Conclusão: Identificar as características das gestantes possibilita reconhecer suas principais necessidades e trabalhar na promoção da saúde, qualificando o pré-natal.

Nível de evidência: V

Identificação de limitações ou vieses: Ausência de registros ou registros incompletos

Quadro 5 - Síntese do estudo primário 02.

Estudo: 02
Título do artigo: Perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em consulta de enfermagem
Título do periódico: Revista de pesquisa: cuidado é fundamental (Online)
Autores: Nome: Illyane A. Carvalho, Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pelas Faculdades INTA. Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Nome: Viviane E. P. Santos, Enfermeira. Doutora em Enfermagem/PEN/UFSC. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Vale do São Francisco/ UNIVASF- Petrolina/PE. Nome: Djane Da S. Teixeira, Enfermeira. Especialista em Saúde Pública pela FACINTER. Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF. Nome: Juliana A. Carvalho, Enfermeira. Enfermeira da Secretaria Municipal de Saúde de Petrolina.
Fonte: Lilacs
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2011
Instituição sede do estudo: Universidade Federal do Vale do São Francisco/UNIVASF
Objetivo ou questão de investigação: Identificar o perfil ginecológico-obstétrico de gestantes atendidas em Consulta de Enfermagem em uma Estratégia de Saúde da Família Rural de Petrolina.
Amostra: 90 gestantes
Detalhamento metodológico: abordagem quantitativa, do tipo descritiva exploratória, através de análise documental.
Análise: Utilizaram-se as fichas das Consultas de Enfermagem de gestantes que iniciaram o pré-natal com o enfermeiro a partir do mês de janeiro de 2009 até aquelas que iniciaram o pré-natal em junho de 2009. Para o fichamento, foi utilizada a própria ficha de acompanhamento de pré-natal que está sendo utilizada pelos enfermeiros no serviço. Foram analisados aspectos para compor o perfil ginecológico/obstétrico como: idade da menarca, número de filhos, tipo de parto, utilização de métodos contraceptivos, história de aborto e ISTs. Após a coleta, utilizou-se um banco de dados elaborado no programa Epi-info, versão 3.5.1. Os dados foram analisados com emprego da estatística descritiva.
Resultados: A distribuição das mulheres em relação à idade da menarca evidenciou que a maioria, ou seja, 74 mulheres (82,2%), teve o início do ciclo menstrual entre 11 e 15 anos. Em relação ao número de filhos vivos, pôde-se observar que 23 (25,6%) possuem apenas 1 filho; 14 (15,6%) possuem dois filhos; três (3,3%) possuem três filhos; e dez (11,1%) possuem quatro filhos ou mais. Quanto ao tipo de parto anterior, observa-se que a maioria delas teve filho através de parto normal. Sobre a realização de aborto, no mínimo uma vez pelas gestantes, verificou-se que 24,4% já tiveram aborto espontâneo; 1,1% já provocaram no mínimo um aborto; e 72,2% não tiveram nenhum tipo de aborto. Em relação às Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), foi possível

identificar que 90% nunca tiveram DST; 3,3% apresentaram DST; e 6,7% foram não informados.

Conclusão: Concluíram que o período gestacional é um período complexo com mudanças biológicas, psicológicas, sociais e culturais e que a adequação do pré-natal se faz necessário, assim torna-se imprescindível investigar o perfil populacional para contextualizar a qualidade do atendimento. Através dos dados coletados, conclui-se que o atendimento ao pré-natal pode ser qualificado, bem como possibilita o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção da saúde, ofertando qualidade de vida para população local.

Nível de evidência: VI

Identificação de limitações ou vieses: falta de registros ou registro incompletos

Quadro 6 - Síntese do estudo primário 03.

Estudo: 03
Título do artigo: Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá
Título do periódico: Ciencia y Enfermería
Autores: Nome: Sebastião J. H. Duarte, Enfermeiro – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, <i>campus</i> Três Lagoas. Nome: Marli V. Mamede, Enfermeira – Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.
Fonte: Lilacs
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2013
Instituição sede do estudo: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto
Objetivo ou questão de investigação: Descrever as ações realizadas pela equipe de enfermagem na atenção pré-natal no município de Cuiabá, MT.
Amostra: Participaram do estudo 182 profissionais de enfermagem: 108 do nível médio, onde 60 são da ESF e 48 dos CS; e 74 enfermeiros, sendo 55 da ESF e 19 dos CS. Esses números correspondem ao quantitativo de profissionais que atuava no pré-natal, excluindo as perdas de cinco enfermeiros da ESF e treze dos CS.
Detalhamento metodológico: Estudo descritivo, exploratório, transversal, de abordagem quantitativa.
Análise: Os procedimentos para a coleta dos dados foram de duas formas: a) observação sistemática da atenção pré-natal oferecida pelos profissionais de enfermagem, tipo não participante, a qual foi subsidiada por um instrumento tipo <i>check-list</i> ; b) entrevista semiestruturada com os profissionais de enfermagem que assistiram as gestantes durante as observações, com vistas a colher dados de caracterização e a experiência profissional na atenção pré-natal. O instrumento tipo <i>check-list</i> foi construído tomando por base o documento sobre as competências essenciais na atenção pré-natal da ICM, bem como manuais de atenção ao pré-natal do Ministério da Saúde do Brasil. Os dados foram analisados utilizando-se o <i>software Statistical Package for Social Sciences</i> (SPSS). Os resultados foram organizados através de estatística descritiva por meio de índices absolutos e percentuais, e apresentados em tabelas.
Resultados: Foram avaliados 74 atendimentos. Das ações realizadas pelos enfermeiros, as mais frequentes foram preenchimento do cartão de gestante e realização de exame físico e obstétrico. Porém, os autores constataram baixa frequência de ações recomendadas pelo MS, como orientações sobre alimentação, local e serviço de atendimento ao parto, orientações em caso de urgências, uso de medicações, sinais de perigo na gestação, cuidados com as mamas e aleitamento materno, sinais de trabalho de parto, atividade física durante a gestação, sono e repouso, planejamento familiar, modificações corporais, fumo, álcool e drogas, higiene, sexualidade atividade

laboral e uso de preservativo. Constatou-se que das 74 gestantes atendidas, 24 atendimentos condiziam à primeira consulta da gestante. Dessas, todos os exames foram solicitados pelo enfermeiro, como preconizado pelo MS, assim como a indicação de ultrassonografia, medicamentos como ácido fólico e sulfato ferroso foram prescritos, porém com um número reduzido, devido à situação da prescrição por enfermeiros no município não estar claramente definida. O estudo mostrou ainda que, como desfecho da consulta, o enfermeiro também encaminhou as gestantes para avaliação da sala de vacina, agendou consultas subsequentes, realizou anotações no prontuário da paciente e no cartão, orientou sobre puerpério, encaminhou para dentista e nutricionista e indicou atividades em grupo de gestantes.

Conclusão: concluiu-se sobre a necessidade de haver protocolos para guiar e respaldar uma atenção qualificada por parte dos profissionais de enfermagem e que as gestantes que realizaram a primeira consulta nas unidades os profissionais enfermeiros tiveram suas ações bem conduzidas. Dessa forma, chegaram à conclusão de que apesar de toda dificuldade e fragilidade, os profissionais de enfermagem foram efetivos no desempenho das competências essenciais na atenção ao pré-natal. O estudo mostrou ainda a falta de padronização do atendimento, o que compromete uma atenção qualificada ao pré-natal.

Nível de evidência: V

Identificação de limitações ou vieses: não foram identificados pelos autores

Quadro 07 - Síntese do estudo primário 04.

Estudo: 04
Título do artigo: Assistência pré-natal: Competências essenciais desempenhadas por enfermeiros
Título do periódico: Escola Anna Néry de Enfermagem
<p>Autores: Nome: Margarida de Aquino Cunha, Enfermeira Obstétrica, Doutora em Enfermagem, Professora Adjunta da Universidade Federal do Acre.</p> <p>Nome: Marli Villela Mamede, Enfermeira Obstétrica, Professora Titular da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.</p> <p>Nome: Leila Maria Geromel Dotto, Enfermeira Obstétrica, Doutora em Enfermagem em Saúde Pública, Professora Adjunta da Universidade Federal do Acre.</p> <p>Nome: Fabiana Villela Mamede, Enfermeira Obstétrica, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.</p>
Fonte: Lilacs
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2009
Instituição sede do estudo: Universidade de São Paulo (USP)
Objetivo ou questão de investigação: analisar as competências essenciais desenvolvidas, na prática por enfermeiros que atuam na atenção ao pré-natal.
Amostra: 61 gestantes
Detalhamento metodológico: estudo com delineamento descritivo com abordagem quantitativa com amostragem aleatória simples.
<p>Análise: O roteiro com o formato de <i>check-list</i> observacional foi baseado no Manual Técnico do MS de 2000, Assistência ao pré-natal, e aplicado através de observação sistemática e não participante do desempenho das atividades desenvolvidas pelos profissionais de enfermagem na atenção ao pré-natal. Os autores constataram que apenas uma pequena porcentagem dos enfermeiros que atuavam no pré-natal eram obstetrizes, os demais apenas receberam capacitação pela própria Secretaria de Saúde.</p>
<p>Resultados: Identificou-se na presente pesquisa que a anamnese, na primeira consulta, foi realizada na maioria das circunstâncias. Das competências essenciais descritas, a coleta da história inicial na primeira consulta foi praticamente realizada atingindo uma porcentagem média de 90%, ocasião em que foram levantadas variáveis como: antecedentes pessoais, familiares, obstétricos, data da última menstruação e idade gestacional. O exame físico consistiu na avaliação do estado nutricional, inspeção de pele e mucosas, exame de membros inferiores, pesquisa de edema e palpação da tireoide, porém com baixa porcentagem. Entretanto, o que chamou a atenção dos autores foi a baixa frequência de avaliação das mamas, muito embora os exames laboratoriais tenham sido solicitados em</p>

100% das primeiras consultas realizadas. As consultas foram realizadas de forma integral clínico-ginecológica e educativa.

Conclusão: Concluiu que a capacitação dos profissionais é de suma importância na qualidade prestada à população, necessitando de investimentos maiores na formação de pessoal qualificado. No entanto, constatou-se que as competências essenciais preconizadas pelo Manual de Normas Técnicas para Assistência ao Pré-Natal do MS e pela Confederação Internacional das Parteiras (ICM) foram desenvolvidas, porém algumas com baixa frequência.

Nível de evidência: III

Identificação de limitações ou vieses: não identificada pelos autores

Quadro 8 - Síntese do estudo primário 05.

Estudo: 05
Título do artigo: Classificação internacional para a Prática de enfermagem na assistência pré-natal
Título do periódico: Enfermagem em foco
Autores: Nome: Candida C. Primo, Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente da Universidade Federal do Espírito Santo - UFES. Nome: Chalini c. Trevizani, Enfermeira. Graduada pela UFES. Nome: Jaodethe C. Tedesco, Enfermeira. Graduada pela UFES. Nome: Franciele M. C. Leite, Enfermeira. Doutoranda em Epidemiologia. Docente da UFES. Nome: Marcia V. S. Almeida, Enfermeira. Doutoranda em Enfermagem. Docente da UFES. Nome: Eliane F. A. Lima, Doutora em Enfermagem. Docente da UFES.
Fonte: Lilacs
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2015
Instituição sede do estudo: Universidade Federal do Espírito Santo - UFES
Objetivo ou questão de investigação: caracterizar o perfil das gestantes atendidas na consulta pré-natal de enfermagem; identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequente; e elaborar as intervenções utilizando a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem - CIPE®/Versão1. 0.
Amostra: 84 prontuários
Detalhamento metodológico: estudo descritivo, retrospectivo. Fonte de dados: prontuários.
Análise: Foi realizada uma leitura criteriosa e minuciosa de todos os prontuários de gestantes atendidas pelos acadêmicos e professores de enfermagem da disciplina de Atenção à Saúde da Mulher, Criança e Adolescente no ambulatório, no período de janeiro de 2007 a outubro de 2008. Foram levantados todos os termos relacionados aos focos da prática de enfermagem. Para a construção das afirmativas de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem, o CIE recomenda que se utilize o Modelo de Sete Eixos da CIPE®. A coleta de dados ocorreu em 2009 e realizou-se análise descritiva dos resultados.
Resultados: foram elaborados 84 diagnósticos de enfermagem, sendo os mais frequentes: 52,38% ingestão de alimentos prejudicada; 50% ingestão de líquidos baixa; 46,42% risco para hipertensão; 34,52% risco para hiperglicemia; 33,33% edema nas pernas; 30,95% dor pélvica; e 30,95% eliminação urinária aumentada.
Conclusão: utilizar a CIPE® pode colaborar na autonomia da enfermagem ao planejar as ações do cuidado com a gestante, por meio de uma linguagem específica, realizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem, de forma a proporcionar a integralidade no atendimento.
Nível de evidência: VI
Identificação de limitações ou vieses: não foram identificados pelos autores

Quadro 9 - Síntese do estudo primário 06.

Estudo: 06
Título do artigo: Sistematização da assistência de enfermagem em centro obstétrico
Título do periódico: Revista Brasileira de Enfermagem
Autores: Nome: Raquel Bezerra Santos, Enfermeira, Maternidade Jesus Nazareno, Faculdade da Associação Caruaruense de Ensino Superior, Curso de Bacharelado em Enfermagem. Caruaru-PE, Brasil. Nome: Karla S. Ramos, Enfermeira, Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira. Faculdade Pernambucana de Saúde, Curso de Enfermagem. Recife-PE, Brasil.
Fonte: Cinahl
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2009
Instituição sede do estudo: Faculdade da Associação Caruaruense de Ensino Superior
Objetivo ou questão de investigação: propor um protocolo para a Sistematização da Assistência de Enfermagem para parturientes no Centro Obstétrico de um hospital público em Recife – PE.
Amostra: 40 parturientes admitidas no centro obstétrico da referida instituição, com diagnóstico médico de Gestação Única Tópica a Termo e Trabalho de Parto, sem nenhuma outra patologia associada a elas e idade superior a 18 anos, no período de outubro de 2007 a janeiro de 2008.
Detalhamento metodológico: estudo descritivo exploratório, com abordagem quantitativa.
Análise: O protocolo foi realizado em três etapas. A primeira consistiu na coleta de dados por entrevista e, na sequência, avaliação do formulário. Na segunda etapa, as informações foram digitalizadas em banco de dados próprio e levantados os diagnósticos de enfermagem, posteriormente classificados pela CIPE® como classificação. Na terceira etapa do processo, foram constituídas as intervenções com apoio de revisão da literatura.
Resultados: No pré-parto, a proposta de assistência à parturiente consiste inicialmente em uma consulta de enfermagem. O instrumento para consulta de enfermagem contempla os dados de identificação da parturiente, os dados relacionados à gestação, exame físico da parturiente, exames laboratoriais e dados do parto. A segunda etapa do protocolo consiste na identificação dos diagnósticos de enfermagem. Para tanto, um formulário específico foi elaborado a partir dos dados coletados com as participantes da pesquisa. O referido formulário contempla sete diagnósticos de enfermagem com suas respectivas intervenções e resultados esperados. A SAE permite que o enfermeiro obstetra concentre-se no campo de conhecimento peculiar à enfermagem em busca do nível de qualidade compatível com as necessidades da parturiente.
Conclusão: Os autores concluíram que a visão e experiência do enfermeiro associadas ao processo de enfermagem favorecem a assistência individualizada fundamentada em conhecimentos científicos. A partir do estudo realizado, foi elaborado um protocolo para o desenvolvimento da sistematização da assistência

de enfermagem que possibilita ao enfermeiro obter melhores resultados na qualidade da assistência prestada, uma vez que ele usa uma classificação reconhecida, de linguagem internacional, facilitando, dessa forma, a comunicação com a equipe de saúde.

Nível de evidência: VI

Identificação de limitações ou vieses: não foi identificado pelos autores

Quadro 10 - Síntese do estudo primário 07.

Estudo: 07
Título do artigo: Prevalência do diagnóstico de enfermagem – nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais em gestantes
Título do periódico: Acta Paulista de Enfermagem
Autores: Nome: Escolástica Rejane Ferreira Moura, Doutora em enfermagem, UFC - Universidade Federal do Ceará. Nome: Mayenne Myrcea Quintino Pereira Valente, Pós-graduando de doutorado em enfermagem, UNIFOR - Universidade de Fortaleza. Nome: Marcos Venícios de Oliveira Lopes, Doutor em enfermagem, UFC - Universidade Federal do Ceará. Nome: Ana Kelve de Castro Damasceno, Doutora em enfermagem, UFC - Universidade Federal do Ceará. Nome: Danielle Rosa Evangelista, Pós-graduando (Doutorado) em Enfermagem, UFC - Universidade Federal do Ceará.
Fonte: Lilacs
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2012
Instituição sede do estudo: Universidade Federal do Ceará - UFC, Fortaleza/CE
Objetivo ou questão de investigação: Verificar a prevalência de gestantes com DE nutrição desequilibrada, mais que as necessidades corporais, e verificar a associação entre esses DE com idade da gestante, escolaridade, renda familiar, ocupação, condição de união, paridade e idade gestacional
Amostra: 146 gestantes acompanhadas por equipes da Estratégia Saúde da Família de seis unidades do município da região metropolitana de Fortaleza (CE), entre abril e setembro de 2009.
Detalhamento metodológico: Estudo transversal, descritivo, exploratório.
Análise: Os dados foram coletados através de entrevista semiestruturadas, abordando as variáveis pré-estabelecidas. O estado nutricional foi avaliado através do exame físico, cálculo do IMC (índice de massa corporal) e medição da dobra da pele do tríceps. Uma ou ambas as características definidoras presentes determinaram o diagnóstico. Os dados foram analisados em programa próprio.
Resultados: A idade das gestantes variou entre 14 e 39 anos, com escolaridade variando entre não letrada e ensino superior completo, predominando o ensino fundamental incompleto. A renda familiar variou entre zero e cinco salários-mínimos, com maior porcentagem de gestantes do lar, casadas ou que viviam em união consensual. Gestante com sobrepeso/obesidade apresentaram idade maior quando comparada a gestantes com peso normal ou baixo, porém não foi constatado associação entre nível de escolaridade, renda familiar, ocupação e condição de união, com a classificação de peso das gestantes. As gestantes com maior paridade apresentam maior taxa de sobrepeso/obesidade. Quanto ao peso pré-gestacional, houve maior índice de eutrofia e baixo peso, sendo modificado na gestação para maior porcentagem de sobrepeso e obesidade.
Conclusão: Concluíram com o estudo que 68,4% das gestantes avaliadas estavam com o diagnóstico presente e que a consulta de enfermagem, além de ser um meio de identificar o diagnóstico, pode inferir durante o pré-natal para evitar ou diminuir

sua prevalência e, conseqüentemente, seus malefícios na gestante e no concepto.
Nível de evidência: VI
Identificação de limitações ou vieses: não identificados pelos autores

Quadro 11 - Síntese do estudo primário 08.

Estudo: 08
Título do artigo: Diagnóstico de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso
Título do periódico: Revista <i>Nursing</i>
<p>Autores: Nome: Zélia Maria de Sousa Araújo Santos, Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Enfermeira da Liga de HAS do Hospital de Messejana-LHAHM.</p> <p>Nome: Angela Regina de Vasconcelos Silva. Mestre em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza - UNIFOR, Enfermeira do Núcleo de Assistência Médica Integrada.</p> <p>Nome: Raimunda Magalhães da Silva. Doutora em Enfermagem. Professora da Universidade de Fortaleza – UNIFOR.</p> <p>Nome: Karen Sabóia Aragão. Enfermeira especialista em enfermagem cardiovascular.</p>
Fonte: Lilacs
País/Idioma: Brasil / Português
Ano de Publicação: 2006
Instituição sede do estudo: Universidade de Fortaleza - UNIFOR
Objetivo ou questão de investigação: Identificar os diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG e a proposição de um plano de cuidados.
Amostra: Participaram três gestantes admitidas na unidade de internação obstétrica para gestantes de alto risco de uma instituição pública de saúde do SUS, em Fortaleza, Ceará.
Detalhamento metodológico: Estudo descritivo, do tipo estudo de caso.
Análise: Os dados foram coletados durante as consultas de enfermagem através de entrevista, utilizando-se dois roteiros específicos: um para entrevista clínica e outro para o exame físico.
<p>Resultados: os dados obtidos foram agrupados em três categorias, sendo: 1 - Caracterização das gestantes: através das variáveis identificaram que as gestantes apresentavam fatores de risco para DHGE como, raça negra, idade cronológica, sobrepeso/obesidade, história pregressa e familiar, multiparidade e baixa condição socioeconômica; 2 - identificação dos diagnósticos de enfermagem: foram identificados 15 diagnósticos de acordo com a classificação NANDA: Constipação, Volume excessivo de líquido, Mobilidade física prejudicada, Manutenção ineficaz da saúde, Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais, Risco para infecção, Ansiedade, Dor aguda, Fadiga, Intolerância à atividade, Medo, Padrão de sono perturbado, Náusea e Percepção sensorial visual perturbada; 3 - Elaboração do plano de cuidado: foram levantadas intervenções individualizadas e indicação de resultados esperados.</p>
<p>Conclusão: Com os resultados das entrevistas identificaram-se, por meio da consulta de enfermagem, os diagnósticos de forma a operacionalizar o processo de enfermagem, contribuindo significativamente para a prática profissional do enfermeiro e para o atendimento integralizado às necessidades da clientela e da família. Revelou-se com este estudo a importância da consulta de enfermagem para o planejamento dos cuidados às gestantes com DHEG, bem como para as</p>

peessoas em geral.
Nível de evidência: VI
Identificação de limitações ou vieses: Não identificado pelo autor

Quadro 12 - Síntese do estudo primário 09.

Estudo: 09
Título do artigo: Instrumento de apoio ao atendimento de gestante na estratégia de saúde da família
Título do periódico: Revista Paulista de Enfermagem
Autores: Nome: Abel Silva de Menezes, Enfermeiro de Unidade Básica de Saúde de Chácara Santana – Associação Monte Azul.
Fonte: Cinahl
País/Idioma: Brasil/Português
Ano de Publicação: 2008
Instituição sede do estudo: Associação Monte Azul
Objetivo ou questão de investigação: Apresentar um instrumento que consolida as principais informações/ações consistentes de diferentes programas e protocolos de atendimento à gestante, com uma versão para gerenciamento de consultas de pré-natal.
Amostra: instrumento (Gestograma).
Detalhamento metodológico: proposta de intervenção.
Análise: Foram avaliadas as dificuldades de operacionalização de protocolos e manuais e montado um gestograma disponibilizado em duas versões: impresso e eletrônico.
Resultados: Apresentação do Gestograma, composto por 87 campos, que possibilita uma visão panorâmica das principais ações a ser implementadas no atendimento à gestante de baixo risco.
Conclusão: A utilização de um instrumento de apoio e gerenciamento das ações de enfermagem pode impactar de forma positiva na prevenção de riscos e agravos a saúde que, além de potencializar o conceito de vigilância em saúde, também gera conteúdo para ações de enfermagem baseadas em evidências.
Nível de evidência: VII
Identificação de limitações ou vieses: não identificado pelos autores

O Quadro 13 aponta os estudos de acordo com sua numeração e os itens que foram captados para utilização na reestruturação do instrumento.

Quadro 13 - Exposição dos dados relevantes para a construção do instrumento da SAE.

ESTUDO	QUADRO	INFORMAÇÕES RELEVANTES
01	04	Idade, estado civil, ocupação, escolaridade da mulher, renda familiar, quem realizou o encaminhamento da gestante para o serviço; condições de moradia (situação, tipo, luz elétrica, lixo, dejetos e água); hábitos de vida (tabagismo, consumo de álcool e drogas, tipo de alimentação, acompanhamento odontológico e atividade física); atividades de lazer; antecedentes pessoais; antecedentes familiares; antecedentes ginecológicos (menarca, idade na primeira relação sexual, tipo de método contraceptivo utilizado, ocorrência de Doença Sexualmente Transmissível e realização de exame citopatológico do colo uterino); tipo de ciclo menstrual; antecedentes obstétricos (número de gestações, paridade, abortamentos, tipo do parto, intervalo interpartal, intercorrências anteriores, complicações no puerpério e aleitamento materno exclusivo); gestação atual (se foi planejada e como está sendo vivenciada pela família), realização da vacina antitetânica, queixas atuais relativas a gestação e idade gestacional na primeira consulta de enfermagem
02	05	Idade da menarca, número de filhos, tipo de parto, utilização de métodos contraceptivos, história de aborto e ISTs
03	06	Preenchimento do cartão da gestante e anotação em prontuário, alimentação, agendamento de consultas e exames, uso de medicamentos, medidas de conforto, cuidados com as mamas, atividade física durante a gestação, sono e repouso, modificações corporais, fumo, álcool e drogas ilícitas, higiene materna, sexualidade, ocupação, sintomas. Solicitação de exames e USG, prescrição de medicamentos, planejamento familiar e sinais de alerta, encaminhamento para sala de vacina, encaminhamento para dentista e orientação de atividades em grupo de gestantes.
04	07	Anamnese na primeira Consulta de Enfermagem, antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos, data da última menstruação, idade gestacional, data provável do parto, exame físico que constituiu de avaliação do estado nutricional, inspeção de pele e mucosas, exame de membros inferiores, pesquisa de edema e palpação da tireoide, avaliação das mamas e exames laboratoriais USG.

05	08	Ingesta de alimentos prejudicada, ingesta de líquidos baixa, risco para hipertensão, edema nas pernas, dor pélvica, eliminação urinária aumentada, náusea, sono diminuído, dispepsia, dor abdominal, ansiedade, ingesta de alimentos aumentada, sangramento vaginal, vômito, bem-estar diminuído, gravidez não planejada, padrão de exercício nenhum, sono aumentado, relacionamento prejudicado, comportamento de busca da saúde prejudicado, sonolência, uso de álcool, dos nas mamas, intolerância a atividades, uso de tabaco, sobrepeso e uso de drogas. Avaliar o estado nutricional da gestante, analisar o peso e a altura com a idade gestacional, explicar a importância do tipo de alimento, quantidade e frequência que uma gestante deve ingerir, estimular o aumento de ingesta de líquidos, estimular a prática de exercícios físicos, explicar quanto ao aparecimento de edema, explicar dinâmica postural correta para evitar edemas e orientar manter membros inferiores elevados para redução de edema.
06	09	Data de nascimento, procedência, estado civil, ocupação, escolaridade, data da última menstruação, idade gestacional, dados da gestação, gestação anteriores, histórico familiar e pessoal. Estrutura do instrumento elaborado.
07	10	IMC, peso atual, peso pré-gestacional, altura, idade menarca, renda familiar, escolaridade, ocupação, condição de união, estado nutricional, paridade. Nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais em gestantes.
08	11	Cor, idade, peso, altura, paridade, antecedentes pessoais e familiares, estado civil, escolaridade, procedência, condições de moradia, ocupação, renda familiar. Constipação relacionada à gravidez, padrão de sono perturbado, volume excessivo de líquidos, manutenção ineficaz da saúde, nutrição desequilibrada (mais que as necessidades corporais), ansiedade, intolerância a atividades, náusea e dor aguda. Discutir posições adequadas para sono e repouso, investigar o nível de ansiedade, orientar sobre hábito alimentar saudável, discutir sobre a ingesta alimentar e o ganho de peso ponderal durante a gestação, orientar a procura do serviço odontológico, estimular pequenas caminhadas diárias, orientar a manutenção das extremidades inferiores elevadas, orientar sobre a ingestão de alimentos ricos em fibras e orientar sobre a ingestão diária adequada de líquidos.
09	12	Data da última menstruação, data provável do parto, peso, sinais e sintomas, solicitação de exames e USG, prescrição de medicação e encaminhamento para sala de vacina

Fonte: Elaborado pela autora.

6 REESTRUTURAÇÃO DO ROTEIRO INICIAL

O roteiro inicial, versão 0, foi elaborado com base em Albuquerque, Cubas e Martins (2005), NANDA (2010), e nos Cadernos do Ministério da Saúde contendo os protocolos de sistematização da assistência de enfermagem à gestante (BRASIL 2006; 2010; 2012; 2013; 2016), assim como na experiência assistencial dos enfermeiros da UBS onde a autora da presente pesquisa desempenha suas funções, de forma a atender a solicitação do conselho de classe após visita fiscalizadora e notificação da ausência da sistematização (SAE).

A revisão integrativa possibilitou identificar itens relevantes para o atendimento à gestante que deveriam constar no roteiro de coleta de dados utilizado por enfermeiros na atenção primária, por seu valor científico. Assim, procedeu-se a comparação entre os itens já existentes, como o resultado da revisão da literatura e, em seguida, reformulou-se a versão 0 (APÊNDICE A) de acordo com os tais achados, formulando nova versão do roteiro, versão 1 (APÊNDICE C), submetido ao processo de validação por profissionais *experts* no assunto.

No quadro a seguir, são apresentados os itens que foram incorporados ao roteiro após comparação da versão 0 com os itens constantes no Quadro 13, anteriormente apresentado.

Quadro 14 - Itens incorporados ao roteiro inicial (versão 0), após Revisão Integrativa.

IDENTIFICAÇÃO/ENTREVISTA	
SISPRENATAL	Antecedentes Ginecológicos
CNS (Cartão Nacional do SUS)	Menarca
Naturalidade	Renda Familiar
Escolaridade	Cirurgias Prévias
Reside com	Atividade Física
Profissão	Risco Para Vulnerabilidade
Estado civil	Mucosas
Gravidez planejada	Pele
Gestação anterior	Abdome
Filhos vivos	Edema
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
Sono adequado	Ingesta hídrica adequada
Sono inadequado	Glândula mamária alterada
Atividade física inadequada	Dor em baixo ventre

Ansiedade decorrente do estado de saúde atual	Vínculo familiar presente
Autoestima prejudicada	Vínculo familiar ausente
Relacionamento familiar conflituoso	Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	
Acolher a gestante conforme suas necessidades	Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes à atividade sexual
Investigar ingesta hídrica	Orientar o uso correto do sutiã
Orientar ingesta hídrica	Reforçar a importância da imunização
Retornar à unidade de saúde se apresentar: diarreia, vômito, pouca urina e diminuição das atividades;	Investigar violência doméstica
Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar	Investigar o uso de medicamentos ou drogas
Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;	Identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária
Incentivar reeducação alimentar	Orientar danos decorrentes do cigarro
Orientar sobre repouso adequado	Agendar consulta com obstetra
Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir	Avaliar história reprodutiva anterior
Vestir roupa confortável e adequada à temperatura	Pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco
Realizar avaliação clínica obstétrica	Orientar a gestante quanto aos seus direitos
Esclarecer dúvidas do paciente	Realizar escuta ativa
Estimular autoestima da paciente	Esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus

Fonte: Elaborado pela autora

7 FASE 2

7.1 Validação do Instrumento

A validade é um dos critérios capazes de avaliar a qualidade de um instrumento/roteiro e definida como a capacidade de um roteiro medir com precisão o que se propõe a medir, ou seja, o fenômeno estudado (RIBEIRO et al., 2013).

Para proceder à validade de conteúdo, optou-se em submeter o roteiro à apreciação de juízes/especialistas com experiência na área, os quais foram convidados e concordaram em participar voluntariamente do estudo como apresentado no Método.

Para a realização da validação foi criado formulário (APÊNDICE F) numerado de 01 (um) a cento e dez (110), correspondendo cada número a um item, como demonstra o Quadro 15. Para cada item, o especialista pontua a sua adequação da seguinte forma: +1 = adequado; 0 = impreciso; -1 = inadequado. Os itens que obtiveram na primeira rodada de avaliação a pontuação +1 = adequado em 75% das opiniões dos juízes, foram considerados validados. Os demais, com pontuação 0 = impreciso, -1 = inadequado, foram revistos, reajustados conforme sugestão dos especialistas e reencaminhados para nova análise. No final do instrumento de avaliação dos juízes, disponibilizou-se espaço em aberto para registro dos comentários e/ou sugestões.

Quadro 15 - Itens inclusos no formulário para validação de acordo com a numeração.

Nº	Item	Nº	Item
01	Data: Hora:	56	Uso de álcool e outras drogas
02	Nome:	57	Tabagismo
03	HYGIA: (número de cadastro no município de Ribeirão Preto)	58	Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis
04	SISPRENATAL:	59	Ansiedade decorrente do estado de saúde atual
05	CNS:	60	Relacionamento familiar conflituoso
06	Natural de:	61	Vínculo familiar presente
07	Idade:	62	Imagem corporal alterada
08	Cor:	63	Constipação

09	Escolaridade:	64	Acolher a gestante conforme suas necessidades
10	Reside com:	65	Investigar ingesta hídrica;
11	Profissão:	66	Orientar ingesta hídrica
12	Renda familiar:	67	Orientar retornar à unidade de saúde caso apresente: diarreia, vômito, pouca urina e diminuição das atividades
13	Estado Civil:	68	Elevar MMII várias vezes ao dia
14	G__ P__ A__ PN__ PC__ PF__	69	Orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema
15	Gravidez Planejada: () Sim () Não	70	Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar
16	Gestação Anterior () sim () não Há () ____	71	Avaliar estado nutricional da gestante
17	Filhos Vivos ()	72	Comer alimentos variados em todas as refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos
18	DUM: __/__/__ DPP: __/__/__	73	Evitar líquidos durante as refeições
19	Peso atual:	74	Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência
20	Peso Anterior:	75	Oferecer pôlder educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez
21	Estatura:	76	Incentivar reeducação alimentar
22	IMC:	77	Orientar a importância da dieta fracionada
23	Estado Nutricional: () Obesa () Emagrecida () Eutrófico () Sobrepeso	78	Incentivar passeios e caminhada
24	Pressão Arterial:	79	Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes à atividade sexual
25	Antecedentes Familiares: () HAS () DM () Outros:	80	Vestir roupa confortável e adequada à temperatura
26	Antecedentes Pessoais:	81	Orientar sobre repouso adequado
27	Antecedentes Ginecológicos:	82	Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir
28	Menarca: anos	83	Orientar sobre atividade sexual na gestação
29	Cirurgias Prévias: () Sim () Não	84	Realizar repouso deitada do lado esquerdo
30	Interação Social: () Com Apoio () Sem Apoio	85	Orientar o uso correto do sutiã

31	Prática Sexual: () satisfatória () insatisfatória	86	Atualizar carteira da gestante
32	Atividade Física: () Sim () Não	87	Reforçar a importância da imunização
33	Risco para vulnerabilidade / violência () sim () não, qual?	88	Encorajar a verbalização, sentimento, percepções e medo
34	Fatores de Risco: () Álcool () Tabaco () Drogas () Café	89	Investigar violência doméstica
35	Uso de Medicação: () Sim () Não	90	Investigar o uso de medicamentos ou drogas
36	Vacinação: () Adequado () Atrasado	91	Estabelecer relação de confiança com paciente
37	Sinais e Sintomas: () edema () Náusea/vômito () Tontura () Sonolência () Constipação () Epigastria () Varizes () Dor em Baixo ventre () Febre () Cefaleia () Perdas vaginais () Outros _____	92	Identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária
38	Mucosas () Corada () Hidratadas	93	Orientar danos decorrentes do cigarro
39	Pele: () Lesão () Hidratado () Manchas	94	Envolver família/pessoa significativa no cuidado
40	Mamas: () Simétricas () Assimétricas _____	95	Avaliar história reprodutiva anterior
41	Mamilos: () Protuso () Plano () Semiplano () Invertido	96	Enfatizar a importância do pré- natal
42	Abdome: () Globoso () Plano () Gravídico () Semiplano	97	Pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco
43	Edema: () MID () MIE () MMII () outro local	98	Realizar avaliação clínica obstétrica
44	() Sono adequado () Sono inadequado	99	Orientar cuidados com as mamas
45	Atividade física inadequada	100	Solicitar exames conforme protocolo
46	() Atividade sexual satisfatória () Atividade sexual insatisfatória	101	Realizar escuta ativa
47	Ingesta hídrica adequada	102	Orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação
48	Edema postural de MMII na gestante	103	Estimular a participação em oficinas

49	Ingesta alimentar inadequada da gestante	104	Estimular autoestima da paciente
50	Glândulas mamárias aumentadas	105	Esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus
51	Gravidez indesejada	106	Orientar a gestante quanto aos seus direitos
52	Gestação 1º trimestre normal	107	Agendar consulta com Obstetra
53	() Estado vacinal adequado () Estado vacinal atrasado	108	Agendar consulta com Dentista
54	Dor em baixo-ventre	109	Cadastrar SISPRENATAL
55	Náusea	110	Cadastrar SISVAN
111	Incentivar presença de familiares nas consultas		

Fonte: Elaborado pela autora.

Na análise da primeira rodada de validação, apenas quarenta e nove (49) dos itens foram considerados por todos os especialistas (100%) como adequados, sendo, portanto, validados, conforme Quadro 16.

Quadro 16 - Itens validados na primeira rodada com 100% de índice de aprovação pelos validadores.

Nº	Item	Nº	Item
01	Data: Hora:	64	Acolher a gestante conforme suas necessidades
02	Nome:	66	Orientar ingestão hídrica
03	HYGIA: (número de cadastro na UBS)	74	Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência
04	SISPRENATAL:	75	Oferecer folheto educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez
05	CNS:	76	Incentivar reeducação alimentar
06	Natural de:	77	Orientar a importância da dieta fracionada
08	Cor:	78	Incentivar passeios e caminhada
09	Escolaridade:	80	Vestir roupa confortável e adequada à temperatura
10	Reside com:	81	Orientar sobre repouso adequado
12	Renda familiar:	82	Orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir
13	Estado Civil:	85	Orientar o uso correto do sutiã

14	G___ P___ A___ PN___ PC___ PF___	87	Reforçar a importância da imunização
15	Gravidez Planejada: () Sim () Não	89	Investigar violência doméstica
18	DUM:___/___/___ DPP:___/___/___	90	Investigar o uso de medicamentos ou drogas
19	Peso atual:	92	Identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária
21	Estatura:	93	Orientar danos decorrentes do cigarro
22	IMC:	95	Avaliar história reprodutiva anterior
24	Pressão Arterial:	96	Enfatizar a importância do pré-natal
28	Menarca: anos	99	Orientar cuidados com as mamas
37	Sinais e Sintomas: () Edema () Náusea/vômito () Tontura () Sonolência () Epigastralgia () Dor em baixo ventre () Febre () Cefaleia () Varizes () Constipação () Perdas vaginais () Outros_____	100	Solicitar exames conforme protocolo
44	() Sono adequado () Sono inadequado	101	Realizar escuta ativa
55	Náusea	105	Esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus
56	Uso de álcool e outras drogas	106	Orientar a gestante quanto aos seus direitos
57	Tabagismo	108	Agendar consulta com Dentista
111	Incentivar presença de familiares nas consultas		

Fonte: Elaborado pela autora.

Conforme descrito anteriormente, os itens que obtiveram até setenta e cinco por cento (75%) de aprovação foram considerados validados, conforme Quadro 17.

Quadro 17 - Itens aprovados na primeira rodada com índices de até 75% da aprovação dos validadores.

Nº	Item	Nº	Item
07	Idade:	63	Constipação
17	() Filhos Vivos	65	Investigar ingestão hídrica
20	Peso Anterior:	67	Orientar retornar à unidade de saúde caso apresente: diarreia, vômito, pouca urina e diminuição das atividades

25	Antecedentes Familiares: () HAS () DM () Outros: _____	68	Elevar MMII várias vezes ao dia
26	Antecedentes Pessoais:	69	Orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema
27	Antecedentes Ginecológicos:	70	Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar
29	Cirurgias Prévias: () Sim () Não	71	Avaliar estado nutricional da gestante
30	Interação Social: () Com Apoio () Sem Apoio	72	Comer alimentos variados em todas as refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos
31	Prática Sexual: () Satisfatória () Insatisfatória	73	Evitar líquidos durante as refeições
32	Atividade Física: () Sim () Não	79	Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes à atividade sexual
34	Fatores de Risco: () Álcool () Tabaco () Drogas () Café	83	Orientar sobre atividade sexual na gestação
35	Uso de Medicação: () Sim () Não	84	Realizar repouso deitada do lado esquerdo
39	Pele: () Lesão () Hidratado () Manchas	88	Encorajar a verbalização, sentimento, percepções e medo
40	Mamas: () Simétricas () Assimétricas _____	91	Estabelecer relação de confiança com paciente
43	Edema: () MID () MIE () MMII () Outro local	94	Envolver família/pessoa significativa no cuidado
46	() Atividade sexual satisfatória () Atividade sexual insatisfatória	97	Pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco
48	Edema postural de MMII na gestante	98	Realizar avaliação clínica obstétrica
50	Glândulas mamárias aumentadas	102	Orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação
53	() Estado vacinal adequado () Estado vacinal atrasado	103	Estimular a participação em oficinas
54	Dor em baixo-ventre	104	Estimular autoestima da paciente
62	Imagem corporal alterada	107	Agendar consulta com Obstetra

Fonte: Elaborado pela autora.

Os demais itens obtiveram respectivamente índices abaixo de setenta e cinco por cento (75%) e foram revistos, readequados conforme sugestões e orientação dos especialistas. Os itens são demonstrados no Quadro 18.

Quadro 18 - Itens considerados imprecisos e inadequados após avaliação pelos validadores.

Nº	Item	Nº	Item
33	Risco para vulnerabilidade/violência () Sim () Não, qual?	38	Mucosas () Corada () Hidratadas
36	Vacinação: () Adequado () Atrasado	58	() Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis
42	Abdome: () Globoso () Plano () Gravídico () Semiplano	60	() Relacionamento familiar conflituoso
51	() Gravidez indesejada	61	() Vínculo familiar presente
16	Gestação Anterior () Sim () Não Há () ____	49	() Ingesta alimentar inadequada da gestante
23	Estado Nutricional: () Obesa () Emagrecida () Eutrófico () Sobrepeso	52	() Gestação 1º trimestre normal
41	Mamilos: () Protuso () Semiplano () Invertido () Plano	59	() Ansiedade decorrente do estado de saúde atual
45	() Atividade física inadequada	109	() Cadastrar SISPRENATAL
47	() Ingesta hídrica adequada	110	() Cadastrar SISVAN
11	Profissão:	86	() Atualizar carteira da gestante

Fonte: Elaborado pela autora.

Todas as sugestões dos validadores foram avaliadas para adequação do roteiro, bem como estudadas as bibliografias sugeridas e realizada releitura de Albuquerque, Cubas e Martins (2005) e dos Cadernos do MS (BRASIL 2006; 2010; 2012; 2013; 2016).

Os itens que tiveram aprovação na primeira rodada, porém com sugestões pelos avaliadores também foram revistos, tais como: ajustes gramaticais, redação mais clara no item (sem alteração de conteúdo), de forma a enriquecer assim o roteiro.

Ao final do estudo das sugestões e das pontuações, cinco itens foram retirados: dois considerados como atribuição dos enfermeiros e não intervenções (110 - Cadastrar SISPRENATAL; 111 - Cadastrar SISVAN); dois por considerarem que as informações já estavam sendo contempladas em outros itens (16 - Gestações Anteriores; 79 - Reforçar orientações acerca das dúvidas referentes a atividade sexual); um por não ter seu significado entendido pelos avaliadores como relevante (86 - Atualizar carteira da gestante).

Para adequação de algumas sugestões, oito itens, listados no Quadro 19, foram incluídos no novo roteiro.

Quadro 19 - Itens inclusos no roteiro após primeira rodada de avaliação pelos validadores.

Nº	Item	Nº	Item
16	Idade na primeira gestação: anos	87	() Encaminhar à sala de vacina caso situação vacinal esteja inadequada
44	Média diária de sono: horas	110	() Agendar retorno com a enfermeira em ____ dias
54	() Gestação 2º trimestre normal	111	() Prescrever ácido fólico, conforme protocolo
55	() Gestação 3º trimestre normal	112	() Solicitar ultrassonografia obstétrica, conforme protocolo

Fonte: Elaborado pela autora.

Uma vez realizados esses estudos, o roteiro foi reformulado, Versão 2. Para segunda rodada de avaliação (APÊNDICE H), de forma a propiciar melhor visualização e identificação dos itens modificados e inclusos para pontuação, foi elaborado sistema de cores.

Os itens aprovados e que não sofreram modificações foram classificados com a cor branca. Os aprovados até setenta e cinco por cento (75%) e que tiveram incorporações e readequações, conforme sugerido pelos validadores, foram classificados com a cor cinza. Os itens inclusos nesse novo roteiro receberam a cor laranja e foram avaliados na segunda rodada com a pontuação: +1 = ADEQUADO; 0 = IMPRECISO; e -1 = INADEQUADO, assim como os itens que foram reformulados e classificados, posteriormente, com a cor amarela.

O sistema de cor foi idealizado visando a acelerar a avaliação dos validadores e facilitar a leitura e a visualização dos itens, sendo incorporado ao final do instrumento legenda de cada cor. Oportuno salientar que mesmo os itens validados na primeira rodada foram passíveis de novas sugestões, críticas e considerações pelos especialistas.

Ao final do formulário, manteve-se o espaço para sugestões e comentários, deixando texto livre para opinião dos especialistas. Da mesma forma, foi incorporada a tabela de avaliação nutricional da gestante, segundo índice de massa corporal por semana gestacional (BRASIL, 2013).

O formulário de avaliação para os especialistas readequado (APÊNDICE I) foi

enviado para segunda rodada de avaliação em 18 de abril de 2017. Após 15 dias do seu envio, mensagens foram encaminhadas aos avaliadores e o aviso sobre a importância da devolução do material semanalmente. Finalmente, no começo do mês de junho de 2017, todos os oito (8) especialistas já haviam respondido e devolvido o instrumento de avaliação.

Na apreciação dos vinte e quatro itens a serem pontuados, treze itens foram considerados aprovados por 100% dos especialistas e os outros nove itens atingiram o índice de 75%, sendo também considerados validados. Os itens modificados que foram para apreciação, sem pontuação, com liberdade de texto livre foram considerados validados e as novas sugestões foram acatadas, conforme Quadro 20, onde são apresentadas as sugestões finais e modificações.

Quadro 20 - Sugestões finais e modificações.

Nº	ITEM	SUGESTÃO	MODIFICAÇÃO
27	Apresenta risco para situação de vulnerabilidade (< de 15 anos, > 40 anos, situação de rua, drogadição, abandono de familiares ou parceiro, múltiplos parceiros, patologia mental)/violência () não () sim, qual?	Trocar o termo drogadição	Modificado por uso de drogas
87	() Encaminhar à sala de vacina, caso situação vacinal inadequada	Trocar o termo inadequado	Modificado para atrasada/desatualizado
		Espaço para anotações complementares	Item já contemplado no roteiro inicial

Fonte: Elaborado pela autora.

O roteiro final, Versão 3 (APÊNDICE J), foi enviado à SMS do município de Ribeirão Preto, com o intuito de atualizar a versão que já está sendo utilizada nos atendimentos pelos enfermeiros.

8 DISCUSSÃO

A assistência ao pré-natal tem como objetivo a promoção da saúde da gestante e do feto. Sua proposta visa a identificar as situações de risco para ambos, permitindo intervenções oportunas, com impacto direto nos índices de mortalidade materna e infantil, prematuridade e baixo peso ao nascer (CRUZ; CAMINHA; BATISTA FILHO, 2014).

Cruz, Caminha e Batista Filho (2014) relatam que, no Brasil, por várias décadas, o pré-natal e o parto eram acompanhados e realizados apenas por mulheres religiosas, parteiras e por familiares mais experientes. Com a industrialização, esse processo institucionalizou-se, porém a atenção à mulher mantinha seu foco na gravidez, no parto e na criança. Apenas no século XX, com o surgimento do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), houve uma ruptura conceitual, voltando a atenção para a integralidade das necessidades das mulheres. Esses autores destacam que só em 2000 surge o PHPN padronizando as condutas profissionais no atendimento às gestantes.

Esse programa e seus textos são atualizados de tempos em tempos pelo MS e servem de base para diversos estudos e como eixo norteador das condutas a serem tomadas nos atendimentos, da equipe multidisciplinar (CORREA et al., 2014; HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; VALENTE et al., 2013; ALVES et al., 2013; RIVEMALES; NASCIMENTO; PAIVA, 2008).

Cruz, Caminha e Batista Filho (2014) tomam como base de seus estudos as diretrizes nacionais preconizadas no PHPN para avaliarem os atendimentos realizados, analisando seus atendimentos dentro das diretrizes preconizadas, de forma a ofertar qualidade, integralidade e humanização em seus atendimentos.

No Brasil, o pré-natal na AB é realizado pela equipe multiprofissional. Cabe ao enfermeiro papel relevante nesse atendimento, sendo atribuição desse profissional realizar o diagnóstico de gravidez e iniciar o pré-natal. Torna-se responsável pela primeira consulta, cadastra essa gestante nos *sítes* ministeriais (SISPRENATAL e SISVAN), solicita exames e USG, avalia vacinação, estado nutricional e realiza todas as primeiras orientações (BRASIL, 2012). O enfermeiro possui embasamento teórico e científico para acompanhamento da gestante de baixo risco e representa um diferencial no atendimento qualificado (COFEN, 2009).

A primeira consulta do pré-natal traz significados diferentes em cada mulher,

podendo ser um momento de grande felicidade, da mesma forma que pode remeter à ansiedade, temor, pouca aceitação e insegurança, pois remete a mulher a confrontar-se com transformação biológica, pessoal e social, relembrando as experiências com os próprios pais, as relações conjugais, as mudanças corporais e na própria vida (SILVA, 2011). As orientações e avaliações variam individualmente com a utilização de roteiro sistematizado. A busca pelas informações fica mais clara, precisa, minimiza o esquecimento de pontos importantes e facilita o atendimento individualizado e qualificado.

Diferentemente de alguns países que ainda adotam a figura da parteira como responsável pelos atendimentos de pré-natal, limitando-se a orientações, a atuação da enfermagem fica restrita às unidades ambulatoriais e hospitalares (KRANS et al., 2014; DAEMERS et al., 2013). No Brasil, consolidado por meios de leis que regem o exercício profissional através dos órgãos de classe, o COFEN e os CORENs regionais, o enfermeiro está colocado como peça fundamental no atendimento ao pré-natal.

A Consulta de Enfermagem, desde 2009, com a implantação da Lei nº 358/2009 do COFEN (órgão que rege o serviço de enfermagem em todo território nacional e representado pelos CORENs), vem crescendo em toda instituição pública ou privada de saúde onde exista atendimento de Enfermagem, sendo privativo aos enfermeiros a execução do SAE, que consiste nas seguintes fases: entrevista, exame físico, levantamento dos Diagnósticos de Enfermagem, Prescrição/Intervenção de Enfermagem e Evolução de Enfermagem, não podendo o enfermeiro separar essas fases uma vez que todas complementam-se (COFEN, 2009).

A SAE, como é conhecida e divulgada, é sinônimo de PE, CE, Processo de Cuidado, Metodologia do Cuidado e Processo de Assistência (SILVA et al., 2011) e representa uma forma de autonomia do enfermeiro, que permite aproximação junto ao paciente, tanto no momento da sua elaboração quanto nas prestações de cuidados futuros. Da mesma forma, permite o desenvolvimento de seu potencial intelectual, amplia sua atuação e tomada de decisão com qualidade no atendimento e comprometimento com a humanização da assistência, sendo inserido em um papel social, assim como, melhorando a qualidade dos registros (MENEZES; PRIEL; PEREIRA, 2011).

Na área hospitalar é constante e rotineira a realização do SAE. Esse setor foi altamente cobrado pelo órgão fiscalizador na implantação da referida lei, assim a

existência de um processo completo (entrevista, levantamento de diagnósticos e intervenções) justifica-se nas publicações nas áreas ambulatoriais e hospitalares que buscam melhoria dos atendimentos prestados, principalmente para o grupo estudado, a gestante (PRIMO et al., 2015; SANTOS; RAMOS, 2012).

Nos últimos anos, porém, percebe-se grande preocupação da AB sobre a temática, com um aumento das publicações, principalmente a partir do projeto do município de Curitiba no Estado do Paraná, que foi pioneiro na implantação do SAE na AB, com base na CIPESC® (ALBUQUERQUE; CUBAS; MARTINS, 2005). O livro é utilizado como norteador nos atendimentos na Saúde Coletiva, reconhecido pelo conselho de classe como base para os atendimentos.

Após sua implantação, grande número de publicações científicas do Projeto CIPESC® foram identificadas, fazendo com que muitas outras localidades e universidades apresentassem interesse em realizar a implantação do processo na AB. Nessa busca em implantar a SAE, as ESF e PSF (Programa Saúde da Família) têm grande representatividade nas publicações (MENEZES, 2008; RIVEMALES; NASCIMENTO; PAIVA, 2008; CARVALHO et al., 2011; DUARTE; MAMEDE JUNIOR, 2013; HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; CORREA et al., 2014), sendo uma facilitadora a equipe de enfermagem, pois faz o levantamento diagnóstico, através da entrevista e exame físico, e determina as intervenções, garantindo a integralidade e a continuidade do atendimento. Da mesma forma, garante a humanização da atenção à gestante, possibilitando intervenção nas problemáticas encontradas com rapidez e eficiência.

As Unidades Básicas ou CS, mesmo com equipes diferentes da ESF/PSF, vêm buscando atingir as normas e protocolos do MS, proporcionando integralidade e humanização nos atendimentos às gestantes, utilizando o PE como instrumento para apoiar o alcance desse objetivo (SANTOS et al., 2006; CUNHA et al., 2009; MOURA et al., 2012; VALENTE et al., 2013; ALVES et al., 2013). Através da SAE, buscam avaliar seus atendimentos, adequá-los aos protocolos e proporcionar qualidade da assistência prestada.

Para que seja realizada a SAE, cumprindo com qualidade suas etapas, faz-se necessário escolher e conhecer antecipadamente a classificação a ser utilizada, avaliando a adequabilidade para área de atuação e grupo a ser trabalhado familiarizando-se com os DE e intervenções existentes. É através da classificação escolhida que determinam-se e enfatizam-se as informações a serem coletadas.

Diversas são as classificações existentes atualmente. As mais conhecidas são a NANDA, NIC, NOC, CIPE® e CIPESC®. Considerando os diferentes sistemas de cada classificação, é importante conhecer cada uma, suas aplicabilidades, implantação, área de atuação, avaliação dos resultados e opinião dos usuários. Nessa visão, o presente estudo demonstra a trajetória da classificação escolhida, sua aplicabilidade e área de atuação, de forma a nortear as fases da SAE ou PE, concluindo-a de forma adequada, segundo as necessidades do município.

Idealizada pela CIE e ANA a partir de 1990 com a pretensão de fazer parte das Classificações Internacionais de Diagnósticos Médicos, a CIPE® tem sua criação fundamentada em uma proposta de linguagem universal, unificada, estruturada em fenômenos, intervenções e resultados de enfermagem como elementos primários de construção, propondo a representação de uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem nos sistemas de saúde, descrevendo os cuidados prestados à pessoa, família e comunidade.

Essa classificação tem flexibilidade de uso em diversas áreas, contemplando desde AB, hospitalar ou ambulatorial. Furuya et al. (2011) relatam que, em João Pessoa, ao utilizarem a CIPE® em uma unidade de Terapia Intensiva, observou-se um aumento da visibilidade acerca dos diagnósticos e da assistência de enfermagem, assim como reconhecimento profissional. Enfatizam ainda a praticidade do uso do sistema e a adoção de uma classificação facilitadora para extração de informações, com linguagem fácil e próxima à realidade dos serviços e que possibilita raciocínio crítico do profissional.

O Brasil, com sua diversidade geográfica, cultural, influenciada por heranças de colonização com características diferenciadas e peculiares, fez com que a ABEn, em 1994, voltasse seu olhar sobre a incorporação de uma classificação própria, voltada para questões sociais e ampliação para atenção primária de saúde. Dessa forma, surge então o projeto CIPESC®, com o propósito central de estabelecer mecanismos de cooperação para a classificação da prática de enfermagem em saúde coletiva no país, com troca de experiência e interlocução nacional e internacional (SANTOS; NOBREGA, 2004).

Furuya et al. (2011) relatam que, em Curitiba, o uso do CIPESC® em atendimentos à saúde da criança vem melhorando índices epidemiológicos no âmbito da saúde infantil, comparado a outros municípios brasileiros. Identificaram ainda que o uso da classificação tem colaborado nas consultas de enfermagem,

melhorando a qualidade do atendimento prestado, uma vez que torna os registros de enfermagem mais precisos e completos.

Visando a atingir a proposta de integralidade no atendimento da gestante, a classificação escolhida para adequar o roteiro foi a CIPESC®. Foi também necessário fazer uma RI com o intuito de buscar elementos científicos que contribuíssem na complementação dos dados relevantes para o grupo estudado. Os dados foram obtidos por meio da anamnese e exame físico, como parte da execução do processo de enfermagem, que inclui o levantamento dos DE de acordo com essa classificação.

Menezes (2008), com o objetivo de apresentar um instrumento que consolida as principais informações/ações consistentes em diferentes programas e protocolos de atendimento a gestantes (com finalidade de gerenciamento das consultas de pré-natal), descreve as ações do enfermeiro diante do teste ou diagnóstico de gravidez. No gestograma, instrumento formulado pelo autor, apresenta todas as ações a serem realizadas pelo enfermeiro, entrevista e exame físico. Entretanto, mesmo sendo uma forma inteligente de nortear as consultas, o referido autor não apresenta no desenrolar do texto referências aos diagnósticos de enfermagem, uma vez que para cada um dos 87 tópicos descreve as ações/intervenções, evitando esquecimentos ou falhas nas solicitações, agendamentos, entre outros. A ausência do diagnóstico descaracteriza a SAE, que preconiza essas ações como fontes para modificar a assistência e promover integralidade e humanização, propiciando que a gestante seja analisada de forma isolada, desconsiderando seus sentimentos, família e comunidade.

Cunha et al. (2009), ao analisarem as competências essenciais para práticas dos enfermeiros que atuam o pré-natal, utilizaram a pesquisa observacional e avaliaram as consultas de enfermagem. No entanto, só relatam a anamnese, sua importância, impacto e o exame físico. A consulta limita-se a esses dois tópicos e não há referência ao levantamento diagnóstico e nem às intervenções. Corroborando com os autores, Valente et al. (2013), em seu estudo sobre a qualidade do pré-natal em uma região metropolitana de Fortaleza, apresentaram como PE apenas a entrevista e exame físico, bem detalhados, com a finalidade de levantamento do perfil epidemiológico, mas não descreve os DE e intervenções.

Duarte Junior e Mamede (2013), ao descreverem as ações realizadas pela equipe de enfermagem na atenção pré-natal no município de Cuiabá-MT,

ênfatazaram a Assistência de Enfermagem e a Consulta de Enfermagem, como processos transformadores do pré-natal e como fatores de diminuição dos índices de morbimortalidades maternas e infantil.

Para essa descrição, foram usados apenas esses dois tópicos: análise observacional com *check-list* e entrevista. Na Consulta de Enfermagem são observados diversos procedimentos de acordo com o PHPN, porém não é citado ou realizado o levantamento de DE e das intervenções.

Coadunando com esses autores, Correa et al. (2004) também deixam de relatar os DE e intervenções em seu estudo sobre a análise do processo da assistência ao pré-natal, conforme os indicadores do PHPN. Na metodologia de seu estudo, esclarecem que o enfoque é sobre dados relativos ao PHPN e que foram consultados registros de enfermagem em prontuários da UBS. Relatam sobre a entrevista com as variáveis socioepidemiológicas e sobre o exame físico. Entretanto, deixam de citar se o PE foi realizado, deixando assim a sensação que, na consulta de enfermagem, o levantamento de DE e intervenções não fazem parte da rotina, uma vez que eles citam que os dados foram coletados do SISPRENATAL e também do instrumento de evolução da profissional que realizou a consulta.

Ainda corroborando com Duarte Junior e Mamede (2013), Rivemales, Nascimento e Paiva (2008), em seu estudo sobre a percepção das gestantes dos atendimentos de enfermagem prestados, evidenciam, claramente, através das falas das gestantes, as fases do processo. No entanto, no transcorrer dos relatos só são citados a entrevista e o exame físico. Por se tratar da opinião das usuárias, talvez essa questão técnica de levantamento de diagnósticos e intervenções não seja visualizada, sendo percebida apenas como orientações, uma vez que em relatos apresentados é possível identificar algumas intervenções e evolução, partes importantes do PE.

Menezes (2008), Cunha et al. (2009) e Duarte Junior e Mamede (2013) trazem como grande característica a coleta das variáveis (informações) para conseguir a adequação e qualificação no atendimento à gestante.

Dessa forma, constata-se que alguns estudos fragmentaram o PE para uma avaliação mais aprofundada de assuntos que estão inseridos na consulta de enfermagem, como o perfil populacional, descrito por Carvalho et al. (2011) que objetiva apenas identificar e traçar o perfil ginecológico/obstétrico das gestantes atendidas nas consultas de enfermagem de uma determinada unidade de saúde.

Foram coletados dados de variáveis pré-determinadas em cada atendimento através de análise das consultas documentadas, não sendo descritas as consultas de forma geral. Na oportunidade, atentaram-se apenas aos dados inerentes ao referido estudo, não havendo condições, portanto, de identificar se o PE foi realizado.

Alves et al. (2013), por sua vez, deixam clara a fragmentação do processo para avaliar apenas a entrevista/anamnese realizada pelo enfermeiro na primeira consulta. Essa postura permite conhecer o perfil epidemiológico das gestantes atendidas a fim de desenvolver ações e intervenções a esse público específico. Assim, não há como deduzir se o PE foi realizado na íntegra.

Da mesma forma que Carvalho et al. (2011) e Alves et al. (2013), Hass, Teixeira e Beghetto (2013) restringiram as informações para objetivar a avaliação da adequabilidade da assistência ao pré-natal de baixo risco com enfoque no número de consultas e determinar o perfil socioepidemiológico das gestantes, não possibilitando a verificação do PE nos relatos de observação de registros, atendo-se apenas à entrevista e à anamnese.

Ao contrário dos citados, Santos et al., 2006, ao identificarem os diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG, apresentam todas as etapas do PE. Em seu estudo, utilizaram instrumentos para realizar entrevista e exame físico, realizaram o levantamento dos diagnósticos através da taxonomia NANDA e, após esse levantamento, foi traçado um plano de cuidado e intervenções.

Da mesma forma, Santos e Ramos (2012), com muita clareza no estudo que objetivou propor um protocolo para a SAE para parturientes em Centro Obstétrico de um hospital público em Recife/PE, demonstram todo o PE. Relatam as todas etapas do processo com a coleta de dados por meio de instrumento preenchido a partir de entrevistas e, posteriormente, por análise de prontuário, para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, sendo utilizada a taxonomia CIPE®, versão 1.1, e, após, realizaram o levantamento das intervenções de enfermagem. No protocolo final, a consulta é realizada na íntegra, contendo campos para identificação, dados relacionados à gestação (campo com vários itens que compõem a entrevista) exame físico, diagnósticos e resultados esperados e intervenções. Esse processo favorece a individualização do cuidado à parturiente, uma vez que fundamentado em conhecimento científico, proporciona qualidade na assistência de enfermagem prestada. É de suma importância, portanto, a contribuição desses autores, uma vez que utilizadas as mesmas variáveis no início do pré-natal, pode-se fazer uma

avaliação final global da situação da gestante no puerpério, quando esta retorna à UBS após o parto.

Primo et al. (2015), assim como Santos et al. (2006) e Santos e Ramos (2012) descrevem o PE claramente em seus respectivos trabalhos, de forma integral e completa, com fases bem delimitadas de forma a proporcionar assistência de qualidade, integralidade e humanização no atendimento à gestante. Os dados para a anamnese foram coletados em prontuários e os diagnósticos de enfermagem levantados através da taxonomia CIPE®, versão 1.0, e após as intervenções relacionadas a cada diagnóstico. Os principais diagnósticos de enfermagem encontrados por Primo et al. (2015) totalizaram 83, dos quais apenas sete tiveram prevalência de mais de 30%, critério estipulado para serem levantadas as intervenções. Assim, possibilitou-se um atendimento baseado em evidências para proporcionar melhorias na assistência prestada.

Moura et al. (2012), ao verificarem a prevalência de gestantes com diagnóstico de enfermagem “nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais”, apresentaram a realização da entrevista e do exame físico, associados a diagnósticos específicos, baseados na taxonomia NANDA. No entanto, não apresentaram as intervenções realizadas para o grupo que se enquadrou nesse diagnóstico.

Os estudos contemplados na RI e estudos complementares (VALENTE et al., 2013; CORREA et al., 2004; RIVEMALES; NASCIMENTO; PAIVA, 2008; HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013), assim como de Sousa, Mendonça e Torres (2012) visam e enfocam, com grande importância, a entrevista, coleta de dados e exame físico como primordiais ao PE na AB.

Em sua maioria, os textos buscaram aprofundar-se no conhecimento das variáveis a fim de levantar o perfil da clientela atendida, de forma a solucionar falhas, aprimorar técnicas e condutas, visando a proporcionar assistência integralizada e humanizada. As variáveis mais abordadas foram: idade, profissão, cor da pele, estado civil, escolaridade, apoio familiar e conjugal, número de parceiros, início de pré-natal tardio, violência, uso de álcool, tabaco e outras drogas, peso, altura, IMC, abortamentos, gestações anteriores, número de filhos, renda familiar, situação de moradia, antecedentes familiares, pessoais e ginecológicos.

Lemes (2012) apresenta estudo que corrobora com os dados dos artigos de RI realizada, confirmando a importância dessas variáveis no atendimento

qualificado. Seu trabalho traz ainda um dado de extrema importância que não foi citado na maioria dos demais, que é a procedência da gestante, variável que pode identificar diagnósticos diferenciados para seu atendimento. O autor caracteriza a coleta dessas variáveis como peça fundamental para uma anotação eficiente, tanto no prontuário como no cartão da gestante, que é um diferencial na qualificação do atendimento.

Uma pesquisa realizada em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, por Gomes e César (2013), traçou o perfil epidemiológico das gestantes de uma determinada UBS, localizada em situação de vulnerabilidade social para avaliar e qualificar a assistência pré-natal recebida pelas gestantes que deram à luz em 2008. Na referida pesquisa utilizaram um questionário desenvolvido especificamente para o estudo e aplicado através de entrevista. O estudo demonstrou e avaliou as mesmas variáveis citadas nos textos desta RI, denotando a importância da coleta desses dados em diferentes estudos, regiões do país e do mundo. Identificou-se que através de uma anamnese qualificada pode-se avaliar desde o perfil da clientela, adaptar os programas e protocolos existente, desenvolver assistência de qualidade, humanizada com integralidade, assim como, avaliar a assistência prestada pela equipe.

Mais recentemente, Ferreira e Benicio (2015), com o intuito de avaliarem a obesidade em mulheres brasileiras, associando a paridade, desenvolveram um estudo com o propósito de coletar variáveis socioeconômicas, que representou um agente modificador na qualidade do atendimento. Para o referido estudo, utilizaram dados do PNDS (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde), pesquisa financiada pelo MS e coordenada pelo IBGE, com o apoio do Centro Brasileiro de Análise e Planejamento (CEBRAP), em conjunto com outras cinco instituições incluindo o Laboratório de Nutrição do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP, que teve sua última coleta de dados em 2006. Essa pesquisa teve representação das cinco macrorregiões brasileiras e das áreas urbanas e rurais, com um total de 15.575 mulheres entrevistadas.

Dentre as variáveis, foram analisados: paridade, idade, peso e altura, IMC, anos de estudo, classificação de poder aquisitivo (renda), características do domicílio, condição de união, doenças existentes, quantidade de filhos vivos e abortamento. Estudo de âmbito nacional de extrema importância corrobora para demonstrar o poder modificador da assistência prestada quando avalia e conhece

sua população, podendo prestar assistência integral e qualificada, através dos dados subsidiados para aprimorar a atuação da equipe.

Contemplando as atribuições dos enfermeiros, recomendadas pelo PNPB e do MS e como parte fundamental da consulta e do PE, a solicitação de exames e ultrassonografia não poderia deixar de ser avaliada. Os artigos estudados, de forma geral, apresentaram essa conduta como ações essenciais durante as consultas de enfermagem (RIVEMALES; NASCIMENTO; PAIVA, 2008; MENEZES, 2008; SANTOS; RAMOS, 2009; CUNHA et al., 2009; DUARTE JUNIOR; MAMEDE, 2013; VALENTE et al., 2013; HASS; TEIXEIRA; BEGHETTO, 2013; CORREA et al., 2014). Os exames citados nos textos, no início da gestação (primeira consulta), são: hemograma, urina rotina, urocultura, parasitológico de fezes, glicemia de jejum, sorologias para Hepatite B, HIV, Sífilis, Toxoplasmose e tipagem sanguínea (ABO/Rh). Sorologia para rubéola apareceu em apenas dois estudos (MENEZES, 2008; DUARTE JUNIOR; MAMEDE, 2013). Duarte Junior e Mamede (2013) ainda relatam a solicitação de exames para Hepatite A, citomegalovírus, lipidograma, Hepatite C e Clamídea, como preconizado na primeira consulta de enfermagem no pré-natal do município de Cuiabá, Mato Grosso.

Quanto ao pedido de exame de USG obstétrica, preconizado pelo MS (BRASIL, 2016), Duarte Junior e Mamede (2013), Cunha et al. (2009) e Alves et al. (2013) relataram solicitação na primeira consulta. Os demais autores não fizeram referência a esse exame.

No que se refere à avaliação do estado vacinal, Menezes (2008) não deixa clara a realização na primeira consulta, porém apresenta, em seu gestograma, como ação a ser desenvolvida em torno da 20ª semana de gestação. Duarte Junior e Mamede (2013), Alves et al. (2013), assim como Cunha et al. (2009) apresentam a avaliação do estado vacinal como rotina no pré-natal.

Correa et al. (2014), Hass, Teixeira e Beghetto (2013) e Valente et al. (2013) colocam a avaliação do estado vacinal como ação a ser realizada dentro do atendimento “adequado” na primeira consulta do pré-natal.

Quanto à prescrição de medicamentos, cada município ou serviço de saúde seguem protocolos próprios. No texto apresentado por Menezes (2008), seu gestograma contempla a prescrição de ácido fólico como preconizado na primeira consulta, assim como a solicitação do primeiro ultrassom obstétrico a ser realizado até a 14ª semana de gestação. Duarte Junior e Mamede (2013), além do ácido

fólico, relatam a prescrição pelo enfermeiro de alguns medicamentos preconizados naquele município: Sulfato ferroso, Paracetamol, Buscopam e Plasil.

Mesmo sendo um serviço preconizado pelo MS (BRASIL, 2016), o encaminhamento para o serviço de odontologia foi relatado apenas nos estudos de Alves et al. (2013) e de Duarte Junior e Mamede (2013).

Os diagnósticos levantados nos estudos da RI, no que se refere ao pré-natal foram: ingesta de alimentos prejudicada, ingesta de líquido baixa, risco para hipertensão, risco para hiperglicemia, edema nas pernas, dor pélvica, eliminação urinária aumentada, nutrição desequilibrada mais que as necessidades corporais em gestantes, constipação, mobilidade física prejudicada, manutenção ineficaz da saúde, risco para infecção, ansiedade, dor aguda, medo, padrão de sono perturbado, náusea, percepção sensorial visual perturbada, intolerância a atividade e déficit no autocuidado para banho/higiene.

Os DE referentes ao parto foram: contração uterina normal, dor de trabalho de parto, medo de trabalho de parto, expulsão uterina fetal sem distócias ou intercorrências, laceração de períneo ou vagina e corte na região médio-lateral do períneo. O diagnóstico “fadiga” aparece tanto no que se refere ao pré-natal quanto ao parto (SANTOS et al., 2006; SANTOS; RAMOS, 2012; MOURA et al., 2012). A classificação utilizada para o levantamento desses diagnósticos foram a NANDA (SANTOS et al., 2006; MOURA et al., 2012) e CIPE® (SANTOS; RAMOS, 2012).

A CIPE® não foi descrita pelos artigos. Ainda assim, esta classificação foi escolhida para a reformulação do roteiro no presente trabalho, tendo em vista sua maior adequação ao contexto brasileiro, além de tratar-se da classificação recomendada para uso na AB. A CIPE® foi idealizada pela ABEn após avaliação do cenário brasileiro, adequando a proposta da CIPE® para atender a população atendida na AB, de forma a atingir a integralidade no atendimento, equidade e universalidade da terminologia utilizada, ou seja, no contexto do SUS. Mesmo difundida pelo Conselho em suas visitas fiscalizadoras, ainda é pouco utilizada. Cavalcante (2014) traz em seus estudos que em uma pesquisa realizada em 2008, nas bases de dados inseridas na Biblioteca Virtual em Saúde, menos de dez por cento dos estudos científicos sobre Classificação de Enfermagem utilizaram-na.

Guelber et al. (2014) levantaram 32 DE no pré-natal de acordo com a taxonomia II da NANDA, sendo os de maior frequência: risco para infecção, nutrição desequilibrada menos que as necessidades corporais, risco de maternidade

prejudicada e risco de volume de líquido deficiente e dor aguda. Em seu estudo “Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual”, avaliaram por meio de pesquisa quantitativa, descritiva e análise documental, uma amostra do tipo casual, de 70 prontuários de gestantes no período de 13 de janeiro de 2010 a 19 de maio de 2011, em um município da Zona da Mata Mineira, a partir do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família. Concluíram que a utilização dos diagnósticos de enfermagem durante a consulta de pré-natal reflete a importância em prestar cuidados conforme as necessidades de cada gestante, melhorar o planejamento da assistência, prescrição de cuidados e proporcionar maior autonomia ao enfermeiro.

As intervenções levantadas nos textos, de forma geral, são direcionadas aos achados tanto da entrevista, do exame físico e dos DE, e variaram de orientações, visitas domiciliares, antecipação de consultas, atividades em grupo até mesmo encaminhamentos para setores especializados. As intervenções ou plano de cuidado buscaram atingir promoção e comunicação entre os membros da equipe cuidadora (inserindo a família como cuidador secundário), direcionando o cuidado individualizado para cada gestante avaliada, atingindo, assim, a integralidade e a humanização nos atendimentos prestados.

Com forte impacto nos dados finais dos estudos de Alves et al., 2013 e Carvalho et al., 2011, a ausência ou registros incompletos, foi caracterizada como viés limitador dos estudos.

A normatização no Estado de São Paulo ocorreu através da decisão do Conselho Regional de Enfermagem (COREN/SP) que estabelece que o registro de enfermagem deve: ser claro, objetivo, preciso, com letra legível e sem rasuras e conter subsídios para permitir a continuidade do planejamento dos cuidados de enfermagem nas diferentes fases e para o planejamento assistencial da equipe multiprofissional. A documentação de enfermagem, inserida no prontuário do paciente, é importante como fonte de ensino e pesquisa, servindo à auditoria, à avaliação do cuidado e às questões legais, o que determina a necessidade de conhecimento dos deveres e obrigações por parte dos profissionais de enfermagem (COREN/SP, 2009).

A anotação incompleta ou inexistente dificulta o entendimento pela equipe de saúde, assim como a continuidade e planejamento da assistência limitando ações integradoras e humanizadas. Pode também ocorrer comprometimento da segurança

e do cuidado do paciente, além da dificuldade para mensurar os resultados assistenciais advindos da prática do enfermeiro (COREN/SP, 2009).

Outro fato relevante são os registros realizados com letras ilegíveis ou rasuras que favorecem erros assistenciais pela falta de compreensão do que está registrado, dificultando a comunicação, além de ter implicações ético-legais. Deste modo, o registro é um aspecto vital para mostrar que a assistência foi realizada e os protocolos cumpridos (COREN/SP, 2009).

Dessa forma, os estudos realizados, mesmo não contemplando em sua maioria a consulta e o processo de enfermagem como um todo, demonstram com qualidade que existe um processo em desenvolvimento em âmbito nacional, a fim de promover atitudes para melhorar a assistência prestada à gestante.

A existência da preocupação em tornar cada dia mais o pré-natal um atendimento qualificado, humanizado e integral, visam a assistir a gestante, sua família e a comunidade, considerando suas condições de vida, hábitos, histórias, condições socioeconômicas e demográficas para tornar esse atendimento adequado de acordo com as diretrizes do PNPH e do MS. Dessa forma, visam a proporcionar qualidade, tanto para mãe quanto para o recém-nascido, diminuir indicadores de mortalidade materna e infantil e ofertar saúde de qualidade para a população.

Dessa maneira, entende-se que a RI colaborou para proporcionar caráter científico ao roteiro aprimorado na presente pesquisa, justificando os itens contemplados, apresentados e validados pelos juízes na validação.

A validação do roteiro foi realizada por oito juízes que avaliaram os itens que compunham o roteiro de atendimento durante a primeira consulta à gestante no pré-natal. A avaliação foi realizada em duas rodadas, conforme apresentado no Método. Cada item foi avaliado seguindo uma escala em que: -01 corresponde a inadequado; 0 a impreciso; e +01 adequado. Os itens que receberam até setenta e cinco por cento de aprovação pelos juízes foram considerados como validados.

Orientou-se que os itens que recebessem avaliação de -01 e 0 fossem registrados no verso da folha sugestões e orientações sobre as modificações dos mesmos. Da mesma forma, foi orientado que referido espaço fossem registradas as sugestões de forma geral ou específicas que julgassem pertinentes, assim como críticas e observações.

Na primeira rodada de avaliações, quarenta e nove itens receberam aprovação de todos os juízes, sendo considerados validados; quarenta e dois itens

foram validados com o percentual de até setenta e cinco por cento de aprovação, totalizando noventa e um itens aprovados na primeira rodada de avaliação.

Os itens que foram validados e que tiveram sugestões foram pontualmente acatados, respeitando as avaliações posto que toda sugestão tem sua relevância e traz credibilidade e valor científico ao roteiro. Dessa forma, independentemente da pontuação, todos os itens foram readequados conforme as avaliações registradas. Vinte itens foram avaliados pelos juízes como inadequados ou imprecisos.

No tópico entrevista e exame físico, os seguintes itens foram reavaliados seguindo as sugestões: idade, profissão, estado civil, gestação anterior, filhos vivos, peso anterior, estado nutricional, antecedentes familiares, antecedentes pessoais, antecedentes ginecológicos, cirurgias prévias, interação social, prática sexual, atividade física, risco para vulnerabilidade, fatores de risco, uso de medicação, vacinação, mucosas, pele, mamas, mamilos, abdome e edema.

As sugestões dos avaliadores foram: acréscimo de data de nascimento para o item idade; mudança de ocupação para o item profissão; imprecisão no item peso anterior; mudança de terminologia para condição de união, ao invés de estado civil; inclusão do tempo da última gestação no item filhos vivos; adequação do estado nutricional de acordo com as normatizações do MS para relação de peso com idade gestacional e IMC; no item antecedente ginecológicos foi sugerida a descrição de quais foram os acontecimentos prévio, assim como no item cirurgia anterior; no item interação social, foi sugerida a substituição por suporte social; no item atividade física, houve sugestão de descrição de qual atividade e de incorporação de atividade de lazer; quanto às vulnerabilidades, foi sugerido rever o item que foi considerado mal elaborado; dentro dos fatores de risco, especificar quais as drogas relatadas caso a resposta fosse positiva; no item uso de medicação, a descrição de quais medicações são utilizados pela gestante; quanto aos itens do exame físico, as sugestões foram de forma geral em contemplar todos os possíveis achados.

Mesmo sendo incorporada a data de nascimento, não foi retirado o item idade, pois facilita a visualização e identifica fatores de risco gestacional, uma vez que a idade menor que 15 anos e maior que 35 anos pré-dispõe a observação mais atenta no pré-natal. As adolescentes apresentam frequência inadequada no pré-natal, risco aumentado de recém-nascidos de baixo peso, quando comparadas às gestantes não adolescentes. Além disso, frequentemente, as gestações em adolescentes não são planejadas, aumentando os riscos de complicações

obstétricas e danos ao feto, pela possibilidade de exposição a medicamentos, álcool, tabaco e outras drogas no início de uma gestação, ainda não identificada pela mulher. Já em mulheres acima de 35 anos, o risco de abortamentos espontâneos e de cromossomopatias (doenças genéticas, como a Síndrome de Down) podem aumentar, além da possibilidade de apresentarem, com maior frequência, doenças crônicas como a obesidade, o diabetes gestacional e a hipertensão arterial (BRASIL, 2006; FREITAS, 2010).

No item profissão, a substituição por ocupação foi sugerida uma vez que muitas mulheres exercem suas atividades no lar, o que pode gerar desconforto e quebra de vínculo quanto ao questionamento. Da mesma forma, o estado civil, foi sugerido alteração para condição de união pela prevalência de relacionamentos não oficializados em registros.

O item gestação anterior foi mantido, porém incorporado intervalo da última gestação, uma vez que se justifica pela possibilidade de maiores questionamentos. Muitas mulheres não consideram o aborto como gestação, o que pode gerar dados imprecisos e fundamentais para avaliação da gestação que está sendo iniciada. Os juízes sugeriram a incorporação do intervalo de tempo entre as gestações pela importância biológica que representa, visto que gestações com intervalos menores de dois anos podem significar fatores de risco para a mulher e para o feto (BRASIL, 2006; 2010; 2016).

O peso anterior foi mantido mesmo sendo estimado, pois muitas vezes, ainda que difícil de recordar, constitui informação importante na avaliação. Segundo o Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012), mulheres que apresentam peso menor que 45kg e maior que 75kg apresentam fatores de risco, tendo que se realizar observação rigorosa e avaliação socioeconômica. Essas mulheres podem apresentar desnutrição, anemia, problemas com alimentação inadequada, obesidade, pré-eclâmpsia, entre outros.

Os antecedentes familiares, pessoais e ginecológicos, bem como cirurgias prévias foram considerados por alguns juízes como impreciso (nota 0), porém sua permanência justifica-se pelo impacto na gestação atual. O conhecimento da história da gestante pode determinar intervenções importantes no acompanhamento da gestação. Doenças crônicas, genéticas ou gemelaridade na família podem sinalizar fatores de risco a serem investigados durante a gestação. Outrossim, os históricos pessoal e ginecológico, por sua vez, podem pré-determinar gravidez de alto risco e

situações de complicações tanto para a mãe quanto para o feto, como: diabetes, HAS, doenças da tireoide, cardiopatias, doenças autoimunes, epilepsia, doenças mentais, Doença Inflamatória Pélvica, cirurgias ginecológicas, DSTs, má formação das genitálias e resultados alterados de citologias. Os procedimentos cirúrgicos podem determinar forte impacto nas intervenções, tanto da enfermagem quanto médicas. Principalmente nas cirurgias abdominais, bariátricas e de estética, pois, além do risco de aderências e restrição de crescimento abdominal, a deficiência em absorção podem transformar a gestação em alto risco (BRASIL, 2006; 2010; 2016).

No que se refere à prática sexual, é necessário informar sobre intercorrências relacionadas, como a possibilidade de dor, risco de transmissão de doenças emergentes como Zika, transmissão de Sífilis, HIV, Hepatites B e C (caso possua múltiplos parceiros e sem uso de preservativos), ainda o esclarecimento que a prática sexual não está restringida na gravidez, exceto se critérios médicos, pois não está associada à prematuridade e ruptura de bolsa (BRASIL, 2010).

Os juízes sugeriram melhor especificação da atividade física. O MS recomenda atividade regular de baixo impacto com exercícios moderados por 30 minutos diariamente, por melhorar a capacidade física e a boa imagem corporal, pois a maioria das atividades físicas recreativas são seguras para a gravidez, como: Yoga, Pilates e caminhadas (BRASIL, 2006; 2010; 2016).

O quesito incorporação da prática de lazer foi inserido considerando as sugestões de que também enquadra-se dentre as atividades de recreação e atividade física, englobando ainda a interação social e familiar.

No tópico DE, praticamente todos os itens sofreram sugestões, ora por ter a normalidade, ora por apresentar as alterações, de forma que as sugestões foram adequá-los com as duas formas de padrão. Também foi sugerida a incorporação dos DE: medo e conforto.

No tópico intervenções de enfermagem, foram sugeridos: correções do tempo verbal e acrescentar o verbo **orientar** em alguns itens; verificação de itens que se relacionavam a atividades administrativas do enfermeiro e não a intervenções, como cadastrar SISVAN e SISPRENATAL; avaliar alguns itens que contemplavam a mesma orientação, de forma diferenciada; acrescentar o período e data de retorno; melhor descrição de algumas orientações; acrescentar demais trimestres gestacionais, uma vez que o pré-natal pode ser iniciado além dos primeiros 120 dias.

Alguns itens que foram classificados como imprecisos ou inadequados não tiveram sugestões apresentadas na avaliação pelos juízes.

Depois de realizada as correções e sugestões pelos juízes e reavaliado Albuquerque, Cubas e Martins (2005), livros e cadernos do MS (BRASIL 2006; 2010; 2012; 2013; 2016), o roteiro foi reformulado: dos itens que receberam avaliação de inadequado ou impreciso, cinco foram excluídos do roteiro. Segundo avaliações: dois foram considerados como atribuição dos enfermeiros e não intervenções; dois itens como informações já estavam sendo contemplados em outros itens; e um por não ter seu significado entendido pelos avaliadores como relevante. Oito novos itens foram acrescentados ao mesmo, sendo eles: Idade na primeira gestação; Média diária de sono; Gestação 2º trimestre normal; Gestação 3º trimestre normal; Encaminhar à sala de vacina se situação vacinal inadequada; Agendar retorno com o enfermeiro; Prescrever ácido fólico, conforme protocolo; e Solicitar ultrassonografia obstétrica, conforme protocolo.

A idade na primeira gestação foi sugerida, uma vez que pode representar fator importante para avaliar o planejamento familiar, observar e acompanhar fatores psicossociais. Muitas vezes, a gestação não é descoberta ou não é iniciada no primeiro trimestre. Dessa forma, a procura pela unidade pode ocorrer a qualquer momento, seja pela demora da aceitação ou da verbalização para familiares e cônjuges, questões relacionadas ao trabalho ou por migração de convênios ou realização dos pré-natais inicialmente em serviços particulares, justificando, assim, a incorporação dos demais trimestres, mesmo sendo o roteiro direcionado à primeira consulta do pré-natal.

A média de sono diária foi sugerida uma vez que pode identificar trabalhos excessivos, com jornadas que podem dificultar o descanso e qualidade de vida da mulher no período gestacional, desencadeando fatores de risco a serem observados.

Na segunda rodada, um total de vinte e três itens foram para pontuação dos juízes, depois de modificados ou acrescentados. Os demais itens, modificados conforme sugestões, embora não pontuados, foi orientada suas reformulações ao final, em espaço próprio, caso julgassem necessário. Ao final do instrumento, manteve-se o espaço para sugestões e comentários, deixando texto livre para opinião dos juízes e incorporado à tabela de avaliação nutricional da gestante, segundo índice de massa corporal, por semana gestacional (BRASIL, 2013).

Todos os itens foram considerados validados nessa rodada, atingindo o percentual de setenta e cinco por cento de aprovação dos juízes. As sugestões foram: substituição do termo “drogadição” por “uso de drogas”; espaço para comentários no roteiro; e mistura das diferentes vulnerabilidades.

No que se refere à substituição do termo drogadição por uso de drogas, foi prontamente acatado, reconhecendo a sugestão dos juízes. O termo, além de taxativo, apresentava uma barreira social, uma vez que algumas mulheres, mesmo usando drogas como a maconha, não se consideram como usuárias.

O espaço para comentários, tanto no roteiro inicial, como na versão final, existe espaço para esse fim, destina-se ao registro da evolução do caso durante o acompanhamento longitudinal e possibilita os registros de dados não contemplados no roteiro.

No outro quesito apontado pelos juízes, as vulnerabilidades foram agrupadas em biológicas, sociais e ambientais visando a diminuir o espaço do roteiro.

Os itens sugeridos foram baseados em estudos, sendo os mais frequentes: menor que 15 anos, maior que 35 anos, situação de rua, uso de drogas, abandono de familiares ou parceiros, múltiplos parceiros, patologia mental e violência.

Corroborando com esses dados, Krans et al. (2014) realizaram estudo em Pensilvânia/EUA que objetivou avaliar o perfil de vulnerabilidade das gestantes sobre a prestação de cuidados pré-natais a mulheres com fatores psicossociais. Na oportunidade, identificaram a relevância da permanência de algumas variáveis pré-determinadas, relacionadas à condição de vulnerabilidades para serem correlacionadas com o tipo de atendimento prestado pela equipe de saúde.

Incorporadas as sugestões, chegou-se ao roteiro final, Versão 3 (APENDICE J). Com cento e treze itens validados por oito juízes, é composto por entrevista e exame físico, Diagnósticos de Enfermagem e Intervenções de Enfermagem.

Dessa forma, o roteiro propõe-se a servir de instrumento facilitador da coleta de dados e auxiliar na tomada de decisões, possibilitando o reconhecimento das necessidades de saúde da gestante.

O instrumento elaborado também pode contribuir para levantamento de dados para estudos, avaliação da qualidade dos atendimentos, organização da dinâmica de trabalho do profissional de enfermagem, reconhecimento profissional, adequabilidade dos registros e atendimento das exigências do COFEN/CORENs. No entanto, é imprescindível que, na utilização do roteiro, o enfermeiro associe em

seu manejo o uso de tecnologias leves relacionais (MERHY, 2002) que propiciem a interação enfermeiro-gestante, como elemento essencial da humanização do cuidado.

9 APRESENTAÇÃO DO ROTEIRO

Identificação: Roteiro de Sistematização da Assistência de Enfermagem à gestante na Atenção Básica

Finalidade: O roteiro foi elaborado para uso em consultas de enfermagem de pré-natal em serviços de Atenção Primária, adotando método sistematizado e linguagem padronizada.

Descrição: O roteiro para a primeira consulta do pré-natal na AB, reformulado e validade neste estudo, apresenta-se dividido em quatro partes: 1 - Identificação, entrevista e exame físico; 2 - Diagnósticos de Enfermagem, 3 - Intervenções de Enfermagem; e 4 - Evolução de Enfermagem.

A primeira parte é composta pelos dados de identificação: nome, Hygia (número de cadastro na rede municipal de Ribeirão Preto), número do SISPRENATAL, número do CNS, naturalidade, idade e data de nascimento, cor (autodenominada), escolaridade, profissão ou ocupação e condição de União. Os dados de caracterização são importantes para determinar fatores de risco, assim como para identificar problemas evitáveis durante a gestação, levantar DE e intervenções específicas.

A anamnese tem o objetivo de caracterizar o perfil gestacional, o levantamento de informações pessoais, familiares e da comunidade em que está inserida a gestante, possibilitando avaliação biopsicossocial e econômica, fomentando dados para o levantamento dos DE. É constituído pelo levantamento dos dados relacionados à: situação de parceiro (fixo ou não), com quem reside, números de gestações, partos, abortos, cesariana, parto normal e filhos vivos; data da última menstruação, data provável do parto, se houve planejamento da gravidez, intervalo entre as gestações (se houver anterior), idade na primeira gestação e da menarca, coleta de dados sobre antecedentes familiares, pessoais e ginecológicos, média da renda familiar, se faz uso de medicações, cirurgias prévias, média diária de sono e repouso, se tem apoio em suporte social, se tem atividade sexual ativa, se pratica atividade física, investigação sobre hábitos de consumo de bebida alcoólica, café, tabaco ou drogas, investigação de situações que podem inserir a gestante em quadro de vulnerabilidades, como idade menor que 15 anos, ou maior que 35, situação de rua, abandono familiar ou de parceiros, múltiplos parceiros em gestação

atual, desemprego, patologia mental ou incapacitante, assim como situação de violência, assim como a avaliação do estado vacinal e investigação dos sinais e sintomas sugeridos.

O exame físico contempla os principais dados relacionados à avaliação da gestante e são: aferição da pressão arterial, medidas antropométricas (peso, altura), IMC, investigação de peso anterior (autodeterminado), avaliação do estado nutricional de acordo com os parâmetros do MS, avaliação das mucosas, da pele, mamas, mamilos, abdome e de edema.

Todos os dados coletados nessa primeira etapa são fundamentais para determinar e estabelecer fatores de risco para a gestação atual e cuidados individualizados, assim como levantar os DE. No roteiro, sugere-se os seguintes DE embasados na CIPESC®: ansiedade decorrente do estado de saúde atual (gestação); atividade física inadequada; atividade sexual satisfatória; atividade sexual insatisfatória; sono adequado; sono inadequado; constipação; controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis; controle do regime terapêutico inadequado em gestante de risco/sífilis; dor em baixo ventre; edema postural de MMII da gestante; estado vacinal adequado; estado vacinal atrasado; gestação 1º trimestre normal; gestação 2º trimestre normal; gestação 3º trimestre normal; glândulas mamárias alteradas/aumentadas; glândulas mamárias íntegras; gravidez indesejada; imagem corporal alterada; ingesta alimentar alterada; ingesta alimentar excessiva; ingesta alimentar inadequada da gestante; ingesta hídrica adequada; desidratação (determinar o grau); náusea; relacionamento familiar conflituoso; relacionamento familiar restabelecido; uso de álcool; drogas; tabagismo; vínculo familiar presente; vínculo familiar ausente. Existe nessa etapa espaço para inclusão de diagnósticos que não foram sugeridos.

Após determinar os DE e as necessidades da gestante inicia-se a terceira etapa, que contempla as principais intervenções relacionadas a essa consulta. Oportuno salientar que a avaliação individualizada é a base do atendimento, portanto o roteiro traz sugestões para as condutas a serem tomadas, não sendo regra a todos atendimentos.

As intervenções sugeridas são: acolher a gestante conforme suas necessidades; agendar consulta com Dentista; agendar consulta com Obstetra; agendar retorno com Enfermeiro; avaliar estado nutricional da gestante; avaliar história reprodutiva anterior; encaminhar à sala de vacina caso situação vacinal

atrasada/desatualizada; encorajar a verbalização de sentimento, percepções e medo; enfatizar a importância do pré-natal; envolver família/pessoa significativa no cuidado; esclarecer dúvidas do paciente; esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus; estabelecer relação de confiança com paciente; estimular a participação em oficinas; estimular autoestima da paciente; orientar evitar líquidos durante as refeições; identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária; incentivar passeios e caminhada; incentivar presença de familiares nas consultas; incentivar reeducação alimentar; investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência; investigar ingestão hídrica; investigar o uso de medicamentos ou drogas; investigar outras patologias pessoal e/ou familiar; investigar violência doméstica; oferecer folheto educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez; orientar a gestante quanto aos seus direitos; orientar a importância da dieta fracionada; orientar cuidados com as mamas; orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema; orientar elevação de MMII por 15 minutos, 3 vezes ao dia; orientar ingestão hídrica de, no mínimo, 2 litros água/dia; orientar ingestão de alimentos variados em todas refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos; orientar o uso correto do sutiã; orientar retornar à unidade de saúde sem agendamento caso apresente: diarreia, vômito, pouca urina, sangramento, perda de líquidos vaginais, dor intensa em baixo ventre e diminuição das atividades diárias; orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação; orientar sobre atividade sexual na gestação; orientar sobre danos decorrentes do cigarro; orientar sobre o uso de roupas confortáveis e adequada à temperatura; orientar sobre repouso adequado; orientar sobre repouso deitada do lado esquerdo; pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco; prescrever ácido fólico, conforme protocolo; realizar avaliação clínica obstétrica; realizar escuta ativa; reforçar a importância da imunização; solicitar exames, conforme protocolo; solicitar ultrassonografia obstétrica, conforme protocolo.

Assim como na segunda etapa, ao final das intervenções, manteve-se espaço para inclusão de intervenções que não foram inicialmente sugeridas.

A quarta etapa, descritiva, é composta por espaço destinado à evolução de enfermagem e deve ser realizada a cada consulta com o profissional de enfermagem, a quem compete acompanhar as respostas frente às intervenções realizadas.

Finalizando o roteiro, existe o espaço para o registro da data e hora do

atendimento, assim como espaço para a assinatura e o carimbo da enfermeiro(a).

Para facilitar o atendimento, manteve-se incorporado ao final do roteiro a tabela do MS para avaliação do estado nutricional de acordo com o IMC e o tempo de gestação (BRASIL, 2013).

O roteiro é apresentado em forma de *check-list*, porém, pode ser adaptado de acordo com cada enfermeiro, de forma a otimizar sua utilização.

10 CONCLUSÃO

O presente estudo teve como proposta a reformulação de roteiro para a Sistematização da Assistência de Enfermagem na primeira consulta de pré-natal na Atenção Básica, utilizando como classificação primordial a CIPESC®.

A CIPESC® foi escolhida para o este estudo pela contribuição na avaliação de forma integral da gestante na Atenção Básica e pela produção de linguagem universal do atendimento. Idealizada com base na Classificação de Enfermagem CIPE®, foi adaptada para atender as necessidades da Saúde Coletiva, reconhecendo que o processo saúde-doença é originado das condições do meio em que está inserida. Essa classificação possibilita a avaliação das determinantes e condicionantes da saúde, reconhecendo as necessidades individuais e possibilita ampla visão do cuidado em relação à pessoa e ao meio em que vive. Para isso, almejou-se compreender a trajetória das classificações CIPE® e CIPESC® e da Saúde da Mulher com enfoque na consulta de pré-natal.

O roteiro reestruturado após a RI é utilizado pela Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto nas unidades básicas de saúde e unidades de saúde da família, instrumentalizando a primeira consulta de pré-natal à gestante. Roteiro este que vem sendo considerado um diferencial no atendimento, tanto pelos enfermeiros como pelos usuários.

Atingindo a proposta deste estudo, o roteiro inicial foi reformulado e validado por métodos científicos e será apresentado oportunamente à SMS de Ribeirão Preto, para incorporação nos protocolos municipais em substituição ao roteiro atualmente em uso.

O estudo também possibilitou a participação da autora do presente trabalho no grupo de Sistematização da Assistência de Enfermagem do município de Ribeirão Preto, grupo formado pela SMS por meio da Divisão de Enfermagem, para a formulação de roteiros para atendimentos na Saúde Coletiva, Unidades Especializadas e de Prontos Atendimentos. O grupo formado por enfermeiros da assistência e dos programas de saúde, de forma que tais profissionais puderam interagir e colaborar para a qualificação do roteiro na prática de enfermagem.

Dessa forma, conclui-se que a Sistematização da Assistência de Enfermagem, de forma geral, resume-se basicamente em agrupar em um único instrumento informações relevantes de diversos documentos, entre eles, protocolos,

livros, artigos científicos, com o intuito de organizar e gerenciar o atendimento de enfermagem. Outrossim, a SAE possibilita avaliar de forma organizada a pessoa em busca da integralidade, não apenas visando à problemática que a fez buscar atendimento, mas sim envolvendo as esferas sociais, biológicas, econômicas e ambientais, proporcionando visão global do ser humano.

A SAE possibilita ainda autonomia para que o enfermeiro trabalhe valendo-se da metodologia científica, permitindo utilizar ferramentas adequadas para conduzir e nortear os atendimentos, utilizando tecnologia leve e simples, de forma a facilitar os registros e promover qualidade da assistência, possibilitando qualificar os atendimentos em uma linguagem universal.

O roteiro da SAE facilita o cotidiano dos profissionais de enfermagem, torna mais rápido os atendimentos, diminui falhas na comunicação por direcionar o assunto e diminui a ausência de registro na íntegra do cuidado prestado, além de servir como documento formal dos atendimentos e gerar oportunidade de diversos estudos sobre a temática abordada.

A primeira consulta de pré-natal remete a mulher a um contexto amplo para o atendimento do enfermeiro, além dos sentimentos envolvidos com a notícia da gravidez. Requer do profissional habilidade e sensibilidade para avaliar a gestante de forma global, visualizando e levantando possíveis problemas evitáveis através de diagnósticos de enfermagem, orientações e intervenções rápidas.

Para a elaboração de um roteiro que proporcione qualidade e confiabilidade é imprescindível que seja idealizado e construído com extremo rigor metodológico. Dessa forma, conclui-se com o estudo que a revisão integrativa proporcionou e fundamentou o levantamento das informações relevantes para o atendimento a gestante na primeira consulta. Essas informações, além de possibilitar a avaliação da gestante na sua integralidade, proporcionam acompanhamento longitudinal com parâmetros, desde o início da gestação até o parto e puerpério. As sistematizações das informações acerca da gestante contribuem para que outros profissionais da equipe de saúde também possam utilizá-las, analisando desde os primeiros dados coletados e a evolução da gestação, tanto no âmbito da AB, como no âmbito ambulatorial e hospitalar.

A RI apontou pontos positivos no que se referem a quais informações acrescentar ao roteiro inicial, aprimorando-o. Ampliou o leque de opções de diagnósticos relevantes e de intervenções que podem contribuir para a diminuição

de complicações, tanto para gestante como para o feto. Porém, demonstrou como limite a escassez de estudos sobre o primeiro atendimento da gestante no pré-natal.

A fase de validação do roteiro possibilitou que profissionais qualificados, estudiosos da temática, opinassem, orientassem e ajudassem a corrigir suas falhas, dando ênfase à qualidade e à confiabilidade do referido roteiro.

Como viés desse estudo, faz-se oportuno pontuar a quantidade escassa de artigos relacionados à primeira consulta de enfermagem no pré-natal e início da gestação. De forma geral, a grande maioria dos artigos sobre o tema gestação enfocam as patologias associadas, preconizações do PNP, parto, puerpério e amamentação.

O início da gestação, seus aspectos psicológicos, nutricionais, biológicos, impactos sociais e atuações dos profissionais surgem, dessa forma, como aspectos sugeridos por este estudo a serem mais bem avaliados e compreendidos por pesquisas de âmbito científico.

Outro viés identificado pelo estudo é o número reduzido de artigos relacionados ao uso da CIPESC® na literatura científica, havendo ênfase na produção voltada para os níveis secundários e terciários.

Dessa forma, conclui-se com o estudo que um atendimento qualificado, individualizado, integral e universal, não requer dos profissionais custos ou trabalhos excessivos. Ações simples podem transformar o atendimento, possibilitar qualidade as gestantes, visando à diminuição significativa dos índices de morbi-mortalidade materna e infantil, através de escuta ativa, diagnósticos precoces e intervenções adequadas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, L. M.; CUBAS, M. R.; MARTINS, S. K. Cipescando em Curitiba: construção e implementação da nomenclatura de diagnóstico e intervenções de enfermagem na rede básica de saúde. Curitiba: ABEn, 2005. p. 121.

ALEXANDRE, N. M.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*, v. 16, n. 7, p. 3061-8, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n7/06.pdf>>. Acesso em: 7 mar. 2016.

ALTINO, D. M. et al. CIPESC® Curitiba: o trabalho da Enfermagem no Bairro Novo. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 59, n. 4, p. 502-8, 2006.

ALVES, C. N. et al. Perfil da gestante assistida no pré-natal de enfermagem de uma unidade Básica de Saúde. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 3, p. 132-41, 2013. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=Ink&exprSearch=24843&indexSearch=ID>>. Acesso em: 6 jan. 2016.

ANTUNES, M. J. M.; CHIANCA, T. C. M. As classificações de enfermagem na saúde coletiva – o projeto CIPESC. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 55, n. 6, p. 644-51, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n6/v55n6a03.pdf>>. Acesso em: 6 jan. 2015.

BARROS, A. B. L.; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. *Revista Enfermagem em foco*, v. 1, n. 2, p. 63-5, 2010. Disponível em: <<http://revista.portalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/17/0>>. Acesso em: 10 fev. 2015.

BOTELHO, L. L. R.; CUNHA, C. C. A.; MACEDO, M. O método da revisão integrativa nos estudos organizacionais. **Revista Gestão e Sociedade**, Belo Horizonte, v. 5, n. 11, p. 121-36, 2011. Disponível em: <<http://www.gestaoesociedade.org/gestaoesociedade/article/viewFile/1220/906>>. Acesso em: 12 out. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência Pré-natal**: Manual Técnico. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000. 66 p.

_____. 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.

_____. Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 8 abr. 2005. Seção 1, p.1.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada** – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção à Gestante e à Puérpera no SUS – SP:** Manual Técnico do Pré Natal e Puerpério. CALIFE, K.; LAGO, T.; LAVRAS, C. (Orgs.). São Paulo: SES/SP, 2010.

_____. 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**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 82 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de baixo risco**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 320 p.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

CARRARO, T. E.; KLETEMBERG, D. F.; GONÇALVES, L. M. O ensino de metodologia da assistência de enfermagem no Paraná. *Revista Brasileira de enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 5, p. 499-501, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500006&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 18 fev. 2015.

CARVALHO, I. A. et al. Gynecologic and obstetric profile of pregnant women enrolled in the nursing. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 3, n. 2, p. 1973-82, 2011. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/1428>>. Acesso em: 14 out. 2015.

CASTILHO, N. C.; RIBEIRO, P. C.; CHIRELLI, M. Q. A implementação da sistematização da assistência de enfermagem no serviço de saúde hospitalar do Brasil. *Revista Texto Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v. 18, n. 2, p. 280-9, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v18n2/11.pdf>>. Acesso em: 27 ago. 2015.

CAVALCANTE, M. D. M. A. **A Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESEC®) como instrumento do processo de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva**. 2014. 96 f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2014.

CHIANCA, T. C. M.; ANTUNES, M. J. M. (Orgs.) **A Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: CIPESEC®**. Brasília (DF): ABEn, 1999. p. 356. Série Didática: Enfermagem no SUS.

CHIANCA, T. C. M. Mapeamento das Ações de Enfermagem do CIPESC às intervenções de Enfermagem da NIC. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 56, n. 2, p. 513-8, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000500009>. Acesso em: 15 nov. 2014.

CNS. CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 27 abr. 2015.

CODOGNO, L.; TOLEDO, V. P.; DURAN, E. C. M. Consulta de enfermagem e hipertensão arterial na estratégia saúde da família: proposta de instrumento. *Revista Rene*, Fortaleza, v. 12, p. 1059-65, 2011. Número especial. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n4_esp_pdf/a23v12esp_n4.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2016.

COFEN. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN nº 358/2009, de 15 de novembro de 2009. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 nov. 2009. Seção 1, p. 179.

_____. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN nº 272/2002**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE nas instituições de saúde brasileiras. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-2722002-revogada-pela-resoluao-cofen-n-3582009_4309.html>. Acesso em: 7 mar. 2015.

COREN. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – PI. **Consulta de Enfermagem e seus Aspectos Éticos e Legais**. CERQUEIRA, N. (Org.). s/d. Disponível em: <http://www.coren-pi.com.br/arquivos/consulta_de_enfermagem_e_seus_aspectos_eticos_e1.pdf>. Acesso em: 13 dez. 2015.

_____. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SP. **Anotação de Enfermagem**. 2009, p. 24. Disponível em: <<http://www.portaldafenfermagem.com.br/downloads/manual-anotacoes-de-enfermagem-coren-sp.pdf>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

_____. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM – SP. **Principais legislações para o exercício da enfermagem**. 3. ed. COREN: 2015. 183 p.

CORREA, M. D. et al. Avaliação da assistência pré-natal em unidade com estratégia saúde da família. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 48, p. 23-31, 2014. Número especial. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342014000700023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2016.

COURA, A. S.; ENDERS, B. C. Instrumento para consulta de enfermagem às pessoas com lesão medular: estudo metodológico. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 12, p. 629-32, 2013. Supplement. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/viewFile/4108/2475>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

CRUZ, I. C. F. The implementation of the nursing process methodology: problems and perspectives. *Online Brazilian Journal of Nursing*, v. 1, n. 1, 2002. Disponível em: <<http://www.nepae.uff.br/siteantigo/objnv1n1.htm>>. Acesso em: 7 nov. 2015.

CRUZ, R. S. B. L. C.; CAMINHA, M. F. C.; BATISTA FILHO, M. Aspectos históricos, conceituais e organizacionais do Pré-Natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, v. 18, n. 1, p. 87-94, 2014. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/rbcs/article/view/15780>>. Acesso em: 6 jun. 2017.

CUBAS, M. R. et al. Implantação da nomenclatura CIPESC® em unidades de saúde de Curitiba: primeira aproximação com o processo de avaliação. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 40, n. 2, p. 269-73.

CUBAS, M. R.; SILVA, S. H.; ROSSO, M. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE): uma revisão da literatura. *Revista Eletrônica de Enfermagem*, v. 12, n. 1, p. 186-94, 2010. Disponível em: <https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v12/n1/pdf/v12n1a23.pdf>. Acesso em: 12 dez. 2014.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 145-53, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452009000100020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 nov. 2015.

DA SILVA, R. P. et al. Consulta de enfermagem em atenção primária ao portador de hanseníase: proposta de instrumento. **Arquivos de Ciências da Saúde**, v. 22, n. 1, p. 28-32, 2015. Disponível em: <<http://www.cienciasdasaude.famerp.br/index.php/racs/article/view/22>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

DAEMERS, R. M. et al. Patterns of gestational weight gain in healthy, low-risk pregnant women without co-morbidities. **Midwifery**, v. 29, n. 5, p. 535-41, 2013. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613812000666>. Acesso em: 27 mar. 2016.

DATASUS. Departamento de Informática do SUS. **SISPRENATAL**: Sistema de Acompanhamento de Gestante. s/d. Disponível em: <<http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sisprenatal>>. Acesso em: 11 set. 2015.

DUARTE JUNIOR, H. S.; MAMEDE, M. V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermería**, V. 19, 2013. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=370441812011>>. Acesso em: 6 mar. 2016.

EGRY, E. Y. et al. **Classificação das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva: a Experiência Brasileira**. Brasília: ABEn, 1999.

FELIPE, G. F. et al. Consulta de Enfermagem ao Usuário Hipertenso Acompanhado na Atenção Básica. **Revista Rene**, v. 12, n. 2, p. 287-94, 2011. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/vol12n2_html_site/a09v12n2.htm>. Acesso em: 10 dez. 2015.

FERREIRA, R. A. B.; BENICIO, M. H. D'A. Obesidade em mulheres brasileiras: associação com paridade e nível socioeconômico. **Revista Panamericana de Salud Pública**, Washington, v. 37, n. 4-5, p. 337-42, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892015000400022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 7 maio 2017.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em ginecologia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2010

FURUYA, R. K. et al. Sistemas de classificação de enfermagem e sua aplicação na assistência: revisão integrativa de literatura. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 167-75, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000100022&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 fev. 2016.

GARCIA, T. R.; NÓBREGA; M. M. L. Projeto CIPESC®-CIE/ABEM: inventário vocabular de fenômenos e ações de enfermagem em saúde coletiva. In: **Sistemas de Classificação da Prática de Enfermagem: um trabalho coletivo**. João Pessoa: ABEn, 2000. p. 83-170.

GOMES, R. M. T.; CÉSAR, J. A. Perfil epidemiológico de gestantes e qualidade do pré-natal em unidade básica de saúde em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Revista Brasileira de Medicina de Família e Comunidade**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 27, p. 80-9, 2013. Disponível em: <<https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/241>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

GRAZIOSI, M. E. S.; LIEBANO, R. E.; NAHAS, F. X. **Pesquisa em base de dados**. São Paulo: UnaSUS/Unifesp, 2012. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_cientifico/Unidade_13.pdf. Acesso em: 2 fev. 2017.

GUELBER, F. C. P. et al. Diagnóstico de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 40, n. 1-2, p. 63-8, 2014. Disponível em: <<https://hurevista.ufjf.emnuvens.com.br/hurevista/article/viewFile/2270/781>>. Acesso em: 2 fev. 2017.

HASS, C. N.; TEIXEIRA, L. B.; BEGHETTO, M. G. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 34, n. 3, p. 22-30, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472013000300003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2016.

HORTA, W. A. Processo de Enfermagem. São Paulo: Editora Pedagógica e Universitária (EPU), 2005.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Atlas do censo demográfico 2010**. Rio de Janeiro: IBGE, 2013. 156 p. Disponível em: <<http://biblioteca.ibge.gov.br/index.php/biblioteca-catalogo?view=detalhes&id=264529>>. Acesso em: 23 ago. 2015.

ICN. International Council of Nursing. **Nursing's Next Advance: An International Classification System for Nursing Practice**. Geneva, Switzerland: Headquarters, 1993. p. 120.

_____. **La clasificación internacional para la práctica de Enfermería: um marco unificador – la Versión Alfa**. Geneva, Suíça: 1996.

JOHNSON, M. et al. Ligações NANDA, NOC-NIC: Condições Clínicas - suporte ao raciocínio e assistência de qualidade. 3. ed. Tradução Soraya Imon de Oliveira et al. Rio de Janeiro: Editora Elsevier, 2012. 422 p.

KRANS, E. E. et al. Impact of Psychosocial Risk Factors on Prenatal Care Delivery: A National Provider Survey. **Maternal and Child Health Journal**, v. 18, n. 10, p. 2362-70, 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4201630>>. Acesso em: 7 jan. 2016.

LEMES, A. G. Assistência de enfermagem a gestante na primeira consulta de pré-natal. **Revista Eletrônica da UNIVAR**, v. 1, n. 8, p. 70-3, 2012. Disponível em: <<http://revista.univar.edu.br/index.php/interdisciplinar/article/view/81/0>>. Acesso em: 2 fev. 2016.

LIMA, A. F. C.; KURCGANT, P. O processo de implantação do diagnóstico de enfermagem no hospital da Universidade de São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 40, n. 1, p. 111-6, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342006000100016>. Acesso em: 15 set. 2016.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Wolters Kluwer Health, Lippincott Williams & Wilkins, 2011.

MENDES, K. S.; SILVEIRA, R. C. C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400018&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 14 nov. 2014.

MENDES, M. A.; BASTOS, M. A. R. Processo de Enfermagem: sequências no cuidar, fazem a diferença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 56, n. 3, p. 271-6, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-1672003000300011&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 10 out. 2014.

MENEZES, A. S. Instrumento de apoio ao atendimento de gestante na estratégia de saúde da família. *Revista Paulista de Enfermagem*, v. 27, n. 4, p. 222-9, 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=755312&indexSearch=ID>>. Acesso em: 5 maio 2016.

MENEZES, S. R. T.; PRIEL, M. R.; PEREIRA, L. L. Autonomia e vulnerabilidade do enfermeiro na prática da Sistematização da Assistência de Enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 4, p. 953-8, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000400023&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2016.

MESQUITA, S. K. C.; RAMOS, D. K. R. Produção científica sobre a classificação internacional das práticas de enfermagem em saúde coletiva. *Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações*, v. 12, n. 2, p. 187-95, 2014.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Editora Hucitec, 2002.

MONCAIO, A. C. S. Higiene das mãos dos profissionais de saúde: subsídios para mudança comportamental na perspectiva da auto eficiência de Albert Bandura. 2010. 151 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Fundamental) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2010.

MOURA, E. R. F.; RODRIGUES, M. S. P. Comunicação e Informação em Saúde no pré-natal. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, v. 7, n. 13, p.109-18, 2003.

MOURA, E. R. F. et al. Prevalência do diagnóstico de enfermagem: nutrição desequilibrada mais do que as necessidades corporais em gestantes. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 25, n. 4, p. 560-6, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000400013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 5 maio 2016.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: Definições e Classificação** 2009-2011. GARCEZ, R. M. (Trad.). Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

NASCIMENTO, M. H. M. Tecnologia para mediar o cuidar - educando no acolhimento de “Familiares Cangurus” em unidade neonatal: estudo de validação. 2012. 172 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade do Estado do Pará, Belém, 2012.

NÓBREGA, M. M. L.; COLER, M. S.; GARCIA, T. R. Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 46., 1994. **Anais...** Porto Alegre: ABEn, 1996. p. 93-97.

NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Perspectivas de incorporação da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) no Brasil. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 58, n. 2, p. 227-30, 2005. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672005000200020&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 21 ago. 2015.

NÓBREGA, M. M. L.; GUTIÉRREZ, M. G. R. Sistemas de classificação na enfermagem: avanços e perspectivas. João Pessoa: Idéias, 2000. Série didática: Enfermagem no SUS.

OLIVEIRA, C. C.; FONSECA, R. M. G. S. Práticas dos Profissionais da Saúde da Família voltadas para as mulheres em situação de violência Sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 41, n. 4, p. 605-12, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342007000400010>. Acesso em: 12 jun. 2015.

OLIVEIRA, S. K. P. et al. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 155-61, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100023>. Acesso em: 15 mar. 2016.

PEREIRA, R. T. A.; FERREIRA, V. A consulta de enfermagem na estratégia da saúde da família. *Revista UNIARA*, v. 17, n. 1, 2014.

PONTES et al. A **Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em saúde coletiva**: abordagem a uma família. 2003. Disponível em: <http://www.propgpq.uece.br/semana_universitaria/anais/anais2003/trabalhoscompletos/saude/saude_01.doc>. Acesso em: 6 jun. 2016

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática da enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011. 669 p.

PRIMO, C. C. et al. Classificação internacional para a prática de enfermagem na assistência pré-natal. **Revista Enfermagem em Foco**, v. 6, n. 1-4, p. 17-23, 2015. Disponível em:

<http://revistaportalcofen.gov.br/index.php/enfermagem/article/view/571/253>. Acesso em: 2 fev. 2016.

RAYMUNDO, V. P. Construção e validação de instrumentos: um desafio para a psicolinguística. *Revista Letras de Hoje*, Porto Alegre, v. 44, n. 3, p. 86-93, 2009. Disponível em:

<<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/%EE%80%80fale%EE%80%81/article/viewFile/5768/4188>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

RIBEIRO, M. A. S. et al. Estudos de validação na enfermagem: revisão integrativa. *Revista Rene*, v. 14, n. 1, p. 218-28, 2013. Disponível em:

<<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/viewFile/54/pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2016.

RIVEMALES, M. C. C.; NASCIMENTO, E. R.; PAIVA, M. S. Cuidado de enfermagem na percepção de usuárias de um serviço público de saúde em Salvador (BA).

Revista Baiana de Enfermagem, v. 22-23, n. 1-2-3, 2008. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/1771>>. Acesso em: 6 jun. 2016.

SANTOS, J. R. S.; MURAI, H. C. Metodologia e Instrumentos para a Implantação da Sistematização da Assistência de Enfermagem na Atenção Básica. *Revista de Enfermagem UNISA*, v. 11, n. 1, p. 43-7, 2010. Disponível em:

<<http://docplayer.com.br/14387255-Metodologia-e-instrumentos-para-a-implantacao-da-sistematizacao-da-assistencia-de-enfermagem-na-atencao-basica.html>>. Acesso em: 22 jun. 2015.

SANTOS, R. B.; RAMOS, K. S. Sistematização da assistência de enfermagem em Centro Obstétrico. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 65, n. 1, p. 13-8, 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672012000100002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 16 jan. 2016.

SANTOS, S. M. J.; NOBREGA, M. M. L. Ações de enfermagem identificadas no Projeto CIPESC(a) e utilizadas no cuidado de pacientes com AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 38, n. 4, p. 369-78, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342004000400002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 2 fev. 2016.

SANTOS, S. M. R. et al. A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica da saúde, Juiz de Fora, Minas Gerais. *Texto & Contexto - Enfermagem*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 124-30, 2008. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100014&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 27 jun. 2015.

SANTOS, Z. M. S. A. et al. Diagnósticos de enfermagem em gestantes com DHEG: estudo de caso. *Nursing*, São Paulo, v. 10, n. 109, p. 263-9, 2006. Disponível em:

<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=513198&indexSearch=ID>>. Acesso em: 5 maio 2016.

SAPAROLI, E. C. L. **Consulta de enfermagem na Saúde Coletiva**. s/d. Disponível em:

<http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/casos_complexos/Familia_Lima/Complexo_09_Familia_Lima_Consulta.pdf>. Acesso em: 22 abr. 2015.

SILVA, A. C. **Vivências da maternidade expectativas e satisfação das mães no parto**. 2011. 188 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia do Desenvolvimento) – Faculdade de Ciências e Educação, Universidade de Coimbra, 2011.

SILVA, E. G. C. et al. O conhecimento do enfermeiro sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem: da teoria à prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1380-6, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342011000600015&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 6 mar. 2016.

SILVA, R. R.; MALUCELLI, A.; CUBAS, M. R. Classificações de enfermagem: mapeamento entre termos do foco da prática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 61, n. 6, p. 835-40, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000600007&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>. Acesso em: 10 fev. 2015.

SOUSA, A. J. C. Q.; MENDONÇA, A. E. O.; TORRES, G. V. Atuação do enfermeiro no pré-natal de baixo risco em uma unidade básica de saúde. **CARPE DIEM: Revista Cultural e Científica do UNIFACEX**, v. 10, n. 10, 2012. Disponível em: <<https://periodicos.unifacex.com.br/Revista/article/view/205>>. Acesso em: 6 jan. 2017.

SOUZA, M. T.; SILVA, M. D.; CARVALHO, R. Revisão Integrativa: O que é? E como fazer? **Einstein**, v. 8, n. 1, p. 102-6, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/eins/v8n1/pt_1679-4508-eins-8-1-0102.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2016.

UNASUS. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Universidade Federal do Maranhão (UNASUS/UFMA). **Saúde da Mulher Geral**. GARCIA, P. T. (Org.). São Luís, 2013. 33 p.

UNASUS. UNIVERSIDADE ABERTA DO SUS. Saúde da Mulher/Notícias. **Revista On Line**, v. 14, n. 12, 2014. Disponível em: <<http://unasus.gov.br/noticia/mortalidade-materna-cai-43-no-brasil-entre-1990-e-2013>>. Acesso em: 27 mar. 2016.

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 128 f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.
VALENTE, M. M. Q. P. et al. Assistência pré-natal: um olhar sobre a qualidade. **Revista Rene**, Fortaleza, v. 14, n. 2, p. 280-9, 2013. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/177>>. Acesso em: 6 maio 2016.

VIANA, V. O.; PIRES, P. S. P. Validação de instrumento de sistematização da assistência de enfermagem. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 3, n. 2, p. 64-75, 2014. Disponível em: <<http://www.uftm.edu.br/revistaeletronica/index.php/enfer/article/view/1021>>. Acesso em: 14 nov. 2016.

APÊNDICES

Apêndice A - Roteiro inicial, Versão 0.

SAE – GESTANTE - 1ª CONSULTA DE ENFERMAGEM

NOME:

HYGIA:

ID:

Idade Gestacional:

DUM: / / DPP / / G A P C

Antecedentes familiares: () HAS () DM () Outros _____

Doenças pregressas: _____

Doenças atuais: _____

Uso de medicação: _____

Vacinação: () adequado () atrasado () HEP B () DT () influenza

Fatores de risco: () tabagismo () uso de drogas () etilismo () obesidade

Peso pré gestacional: _____ **Peso atual:** _____ **Estatura:** _____ **PA:** _____

Estado nutricional: () normal () obeso () desnutrido

Sinais e sintomas: () náuseas () vômito () alteração de peso () vertigem

() dor em baixo ventre () sonolência () constipação () perdas vaginais

() edema () varizes

Mamas: () sem alterações () com alterações: _____

Mamilos: () protusos () planos () semiprotusos () invertidos

Interação social: () com apoio () sem apoio

Prática sexual na gestação: () satisfatória () insatisfatória () dispareunia

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- () edema postural de MMII na gestante;
- () volume de líquido excessivo caracterizado por mudanças na PA;
- () alimentação inadequada da gestante: () mais que o necessário () menos que o necessário;

- () náusea; () risco para constipação;
- () estado vacinal: () adequado () atrasado;
- () uso de álcool, drogas ou tabagismo;
- () gestação 1º trimestre normal;
- () gravidez indesejada;
- () imagem corporal alterada;
- () déficit de conhecimento com relação a efeitos da gravidez;
- () conforto alterado, relacionado ao estágio avançado da gravidez;
- () atividade sexual: () satisfatória () insatisfatória;

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- () orientar elevar MMII várias vezes ao dia; () orientar a dinâmica postural correta para prevenção de edemas;
- () orientar a manter repouso em DLE;
- () orientar o controle de PA periódico () semanal () quinzenal () mensal;
- () orientar o consumo de alimentos variados em todas as refeições;

- () orientar evitar líquidos durante as refeições;
- () orientar alimentar-se de 3 em 3 horas;
- () orientar para alimentar-se com alimentos sólidos evitando náuseas;
- () oferecer folder educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez;
- () cadastrar gestante no SISVAN;
- () realizar acompanhamento dos hábitos alimentares através do SISVAN;
- () orientar o consumo de alimentos ricos em fibras e ingestão de líquido;
- () prescrever conforme protocolo, ácido fólico;
- () orientar a deambulação e caminhada leves;
- () encaminhar à sala de vacina para atualizar a carteira de vacina;
- () encaminhar para grupos de auto ajuda se tabagismo, álcool ou drogas;
- () estabelecer relação de confiança com o paciente;
- () esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas;
- () encorajar verbalização, sentimentos, percepções e medos;
- () envolver família/pessoas significativas no cuidado da gestante;
- () enfatizar a importância do pré-natal;
- () ofertar pré-natal do parceiro;
- () entregar cartilha de gestante e material educativo;
- () orientar os cuidados com a mamas;
- () solicitar exames conforme protocolo;
- () orientar sobre atividades sexual na gestação;
- () orientar sobre fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;
- () orientar sobre banho de sol nas mamas e o uso o uso de filtro solar gravídico;
- () encaminhar para Odontologia;
- () encaminhar para o grupo de gestante;
- () orientar

OBSERVAÇÕES DE ENFERMAGEM:

UBS JOÃO ROSSI, _____ DE _____ DE 20____.

ENFERMEIRO(A)

Apêndice B - Instrumento utilizado para coleta de dados (readaptado de URSI, 2005).

Estudo:
Título do artigo:
Título do periódico:
Autores: Nome: Nome: Nome:
Fonte:
País/Idioma:
Ano de Publicação:
Instituição sede do estudo:
Objetivo ou questão de investigação:
Amostra:
Detalhamento metodológico:
Análise:
Resultados:
Conclusão:
Nível de evidência:
Identificação de limitações ou vieses:

Apêndice C - Roteiro reestruturado após revisão integrativa - Versão 1.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **1ª CONSULTA DO PRÉ NATAL**

Nome: _____ Hygia: _____
 Sispre natal: _____ CNS: _____
 Natural de: _____ / _____ Idade: _____ Cor: _____
 Escolaridade: _____ Reside Com: _____
 Profissão: _____ Estado Civil: _____
 G _____ P _____ A _____ PN _____ PC _____ PF _____ DUM: _____ / _____ / _____ DPP: _____ / _____ / _____
 Gravidez Planejada: () Sim () Não
 Gestação Anterior: Há () _____ Filhos Vivos () _____
 Antecedentes Familiares: Has () Dm () Outros () _____
 Antecedentes Pessoais: _____
 Antecedentes Ginecológicos: _____
 Menarca: _____ anos; Renda Familiar: _____
 Cirurgias Prévia: () Sim () Não
 Uso de Medicação: () Sim () Não
 Interação Social: () Com Apoio () Sem Apoio
 Prática Sexual: () satisfatória () insatisfatória
 Atividade Física: () Sim () Não
 Risco para vulnerabilidade: () sim () não
 Fatores de Risco: () Álcool () Tabaco () Drogas () Café
 Vacinação: Adequado () Atrasado () _____
 Estado Nutricional: () Obesa () Emagrecida () Eutrófico () Sobrepeso
 Sinais e Sintomas: () Náusea/vômito () Tontura () Edema
 () Sonolência () Dor em baixo ventre () Cefaleia () Epigastria
 () Febre () Varizes () Constipação () Perdas vaginais () Outros _____
 Peso: _____ Kg Peso Anterior _____ Kg Altura _____ CM IMC: _____
 Mucosas: () Coradas () Hidratadas () _____
 Pele: () Lesão () Hidratado () Manchas _____
 Mamas: Simétricas () Assimétricas () _____
 Mamilos: () Protuso () Semiplano () Invertido () Plano
 Abdome: () Globoso () Gravidico () Semiplano () Plano
 Edema: () MID () MIE () MMII () outro local _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() sono adequado () sono inadequado;
 () atividade física inadequada;
 () atividade sexual satisfatória; () atividade sexual insatisfatória;
 () ingesta hídrica adequada;
 () ingesta alimentar inadequada da gestante;
 () edema postural de MMII da gestante;
 () glândula mamária alterada;
 () estado vacinal adequado; () estado vacinal atrasado;
 () dor em baixo ventre;
 () náusea;
 () uso de álcool; () drogas; () tabagismo;
 () gravidez indesejada;
 () gestação / 1º trimestre normal;
 () ansiedade decorrente do estado de saúde atual;
 () vínculo familiar presente () vínculo familiar ausente
 () autoestima prejudicada;
 () imagem corporal alterada;
 () relacionamento familiar conflituoso;
 () controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis;
 () constipação;
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

() acolher a gestante conforme suas necessidades;
 () investigar ingesta hídrica;
 () orientar ingesta hídrica;
 () retornar a unidade de saúde se apresentar: diarreia, vômito, pouca urina e diminuição das atividades;
 () elevar MMII varias vezes ao dia;
 () orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema;

- () investigar outras patologias pessoal e/ou familiar;
- () avaliar estado nutricional da gestante;
- () comer alimentos variados em todas refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos;
- () evitar líquidos durante as refeições;
- () investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;
- () oferecer folheto educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez;
- () incentivar reeducação alimentar;
- () orientar a importância da dieta fracionada;
- () incentivar passeios e caminhada;
- () orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir;
- () vestir roupa confortável e adequada à temperatura;
- () orientar sobre repouso adequado;
- () reforçar orientações acerca das dúvidas referentes à atividade sexual;
- () orientar sobre atividade sexual na gestação;
- () realizar repouso deitada do lado esquerdo;
- () orientar o uso correto do sutiã;
- () atualizar carteira de vacina da gestante;
- () reforçar a importância da imunização;
- () encorajar a verbalização, sentimento, percepções e medo;
- () investigar violência doméstica;
- () investigar o uso de medicamentos ou drogas;
- () estabelecer relação de confiança com paciente;
- () identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária;
- () orientar danos decorrentes do cigarro;
- () envolver família/pessoa significativa no cuidado;
- () acolher a gestante conforme suas necessidades;
- () avaliar história reprodutiva anterior;
- () enfatizar a importância do pré-natal;
- () orientar cuidados com as mamas;
- () pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco;
- () realizar avaliação clínica obstétrica;
- () solicitar exames, conforme protocolo;

- () orientar a gestante quanto aos seus direitos;
- () realizar escuta ativa;
- () esclarecer dúvidas do paciente;
- () orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;
- () estimular a participação em oficinas;
- () estimular autoestima da paciente;
- () esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus;
- () agendar consulta com Obstetra;
- () agendar/encaminhar para consulta com Dentista;
- () cadastrar SISVAN e SISPREENATAL;
- () _____
- () _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

RIBEIRÃO PRETO, DE DE 20 . HORAS

CARIMBO E ASSINATURA DA(O) ENFERMEIRA(O)

Apêndice D – Carta de Apresentação aos Especialistas Participantes.

CARTA DE APRESENTAÇÃO AOS ESPECIALISTAS PARTICIPANTES

Cara(o) Colega,

Sou aluna do Programa de Pós-Graduação Mestrado Profissional Tecnologia e Inovação em Enfermagem da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), sob orientação da professora Dr.^a Silvia Matumoto.

Gostaria de convidá-lo(a) a participar do desenvolvimento de uma pesquisa intitulada **“Elaboração de Roteiro de Sistematização de Assistência de Enfermagem na Atenção à Gestante: Proposta de Utilização da CIPESC®”**. Este estudo tem como objetivo a elaboração e validação de um roteiro de Consulta de Enfermagem à gestante em seu primeiro atendimento de pré-natal na Atenção Básica.

Sabe-se que o COFEN/COREN, através de sua Resolução nº 359/2009, determina a implantação do Processo de Enfermagem (PE) em todas as unidades de saúde, sejam elas públicas ou privadas, onde ocorra atendimento de enfermagem.

O PE na Atenção Básica é registrado através das Consultas de Enfermagem (CE), que visam a um campo de avaliação mais abrangente do ser humano que a área hospitalar, englobando a questão socioeconômica e familiar da pessoa e não apenas o processo patológico apresentado. Assim sendo, observou-se que a proposta da CIPESC® seria mais adequada para a utilização das classificações.

O instrumento foi elaborado pelas enfermeiras da Unidade Básica de Saúde (UBS) na qual atuo, e foi reformulado após revisão da literatura, que buscou evidenciar as informações mais relevantes a serem contidos no mesmo.

Este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de enfermagem da USP Ribeirão Preto, com Protocolo CAAE: 60761816.7.0000.5393 (ofício nº 341/16).

Gostaríamos de contar com a sua valiosa participação para concretização deste estudo, pois acreditamos que este poderá contribuir significativamente na validação deste instrumento.

Receberá de acordo com sua vontade, por e-mail ou correios, material contendo, o TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE), que poderá ser assinado virtualmente com resposta de aceite via e-mail; roteiro para análise, no formato original, formulário de validação, e ficha de identificação dos especialistas, a fim de dar credibilidade e veracidade ao processo.

Gostaríamos que fizesse a avaliação no formulário próprio com as seguintes pontuações: +1 - adequado, 0 - impreciso e -1 - inadequado. Solicitamos-lhe ainda que os itens que julgar 0 ou -1 sejam registrados as sugestões ou comentários ao final do documento em espaço próprio.

Caso julgue necessário fazer observações que não caibam no espaço reservado, fica livre o uso em verso da folha. A validação será realizada em duas etapas.

Solicitamos encarecidamente que encaminhe no prazo de **15 (quinze) dias após o recebimento o formulário preenchido**, se optar em devolver o material via correio será em forma de carta a receber no destino, não lhe acarretando custos, ou se optar poderá enviar todo material via *e-mail*.

Aguardo aceite da participação via *e-mail* para envio, de acordo com sua preferência do material.

Atenciosamente,

Luciana Batista

luciana_bat@hotmail.com

Apêndice E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Eu, Luciana Batista, enfermeira, mestranda pelo programa de Mestrado Profissional da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP, sob orientação da Profa. Dr.^a Silvia Matumoto, venho convidá-lo(a) a participar de um estudo que tem como objetivo, formular e validar roteiro para primeira consulta de enfermagem à gestante na Atenção Básica, utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC®).

A sua participação é muito importante e ela consiste em avaliar um formulário desenvolvido em formato de *check list* para uso em consulta de enfermagem para gestante. Sua participação poderá ter em média duração de 30 minutos, em data, local e horário agendado previamente e que sejam satisfatórios a você. Além disso, o(a) senhor(a) poderá anotar sugestões de melhoria ao formulário, quanto à sua aplicabilidade, agilidade, eficácia e coerência. De acordo com as sugestões de mudanças propostas para o formulário, nova versão será elaborada e encaminhada para nova avaliação por você, até que seja definido o formulário definitivo, totalizando em no máximo três rodadas de reavaliações. O material respondido ficará sob a guarda rigorosa da pesquisadora responsável. Para maior comodidade poderá responder esse Termo, manifestando sua autorização na participação por *e-mail*, no qual será impresso e anexado ao Termo Original e arquivado.

Este tipo de estudo pode implicar em risco leve de desconforto ao aplicar/avaliar o formulário, podendo suscitar questões pessoais e/ou gerar reflexões de ordem pessoal/profissional. A pesquisadora compromete-se a minimizar os possíveis riscos, você poderá interromper sua participação em qualquer etapa da pesquisa, sem nenhum tipo de prejuízo, você não terá gastos ou gratificações por sua participação. Em caso de danos decorrentes de sua participação, você poderá receber indenização, conforme lei vigente no país. É notório enfatizar que os resultados deste estudo podem contribuir sobremaneira para a Enfermagem, nas dimensões da prática, ensino e pesquisa.

Assim, ressaltamos que as informações coletadas terão exclusivamente fins de pesquisa e divulgação no meio acadêmico e científico, preservando o sigilo de identidade dos participantes em conformidade com a Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Em caso de dúvidas poderá chamar a pesquisadora responsável no telefone ou endereço abaixo. Contudo, os resultados desta investigação serão divulgados em revistas e eventos científicos.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo que tem a função de proteger eticamente o participante. Sendo assim, em caso de dúvidas, entrar em contato (dias úteis das 8h as 17h) pelo telefone (16) 3315-9197 ou pelo e-mail cep@eerp.usp.br. Endereço: Av Bandeirantes, 3.900- Vila Monte Alegre, Ribeirão Preto-SP, CEP: 14.040-902

Declaração:

Eu.....recebi todas as informações suficientes e fui devidamente esclarecido(a) sobre o objetivo desta pesquisa, como está escrito neste termo, e declaro que consinto em participar da mesma por livre vontade e não sofri nenhuma forma de pressão ou influência indevida.

Data : / / .

Assinatura do participante

Profª. Dr.^a Silvia Matumoto

Luciana Batista

Este termo será impresso em formato frente verso, e uma cópia será entregue ao participante.

Profª. Dr.^a Silvia Matumoto
 Telefone: (16)3315-3476
 E-mail: smatumoto@eerp.usp.br

Luciana Batista
 Telefone: (16) 98146-8630
 E-mail: luciana_bat@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP:
 Telefone: **3315 9197** ou ramal **(15) 9197**
 Horário de funcionamento: de segunda a sexta-feira, das 9h às 18h
 Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – USP
 Avenida Bandeirantes, 3.900 – CEP: 14040-902

Apêndice F - Formulário de avaliação, primeira rodada de validação.**INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO**

ITEM	DESCRIÇÃO	NOTA	ITEM	ITEM A SER AVALIADO	NOTA
	<u>ENTREVISTA E EXAME FÍSICO</u>		56	() Uso de álcool e outras drogas;	
01	Data: _____ Hora: _____		57	() Tabagismo;	
02	Nome: _____		58	() Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis;	
03	Hygia: (número de cadastro na UBS)		59	() Ansiedade decorrente do estado de saúde atual;	
04	Sis prenatal:		60	() Relacionamento familiar conflituoso;	
05	CNS:		61	() Vínculo familiar presente;	
06	Natural de _____		62	() Imagem corporal alterada.	
07	Idade: _____		63	() Constipação.	
08	Cor: _____			<u>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</u>	
09	Escolaridade: _____		64	() acolher a gestante conforme suas necessidades;	
10	Reside com: _____		65	() investigar ingesta hídrica;	
11	Profissão: _____		66	() orientar ingesta hídrica;	
12	Renda familiar: _____		67	() orientar retornar a unidade de saúde se apresentar: diarreia, vômito, pouca urina e diminuição das atividades;	
13	Estado Civil: _____		68	() elevar MMII várias vezes ao dia;	
14	G __ P __ A __ PN __ PC __ PF __		69	() orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema;	
15	Gravidez Planejada () Sim () Não		70	() investigar outras patologias pessoal e/ou familiar;	
16	Gestação Anterior () sim () não Há () ____		71	() avaliar estado nutricional da gestante;	
17	Filhos Vivos ()		72	() comer alimentos variados em todas refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos;	
18	DUM: __/__/__ DPP: __/__/__		73	() evitar líquidos durante as refeições;	

19	Peso atual:		74	() investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;	
20	Peso Anterior:		75	() oferecer pôlder educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez	
21	Estatuta:		76	() incentivar reeducação alimentar;	
22	IMC:		77	() orientar a importância da dieta fracionada;	
23	Estado Nutricional: () Obesa () Emagrecida () Eutrófico () Sobrepeso		78	() incentivar passeios e caminhada;	
24	Pressão Arterial:		79	() reforçar orientações acerca das dúvidas referentes à atividade sexual;	
25	Antecedentes Familiares: HAS () DM () Outros () :		80	() vestir roupa confortável e adequada à temperatura;	
26	Antecedentes Pessoais:		81	() orientar sobre repouso adequado;	
27	Antecedentes Ginecológicos:		82	() orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir;	
28	Menarca: anos		83	() orientar sobre atividade sexual na gestação;	
29	Cirurgias Prévias () Sim () Não		84	() realizar repouso deitada do lado esquerdo;	
30	Interação Social: () Com Apoio () Sem Apoio		85	() orientar o uso correto do sutiã;	
31	Prática Sexual: () satisfatória () insatisfatória		86	() atualizar carteira da gestante;	
32	Atividade Física: () Sim () Não		87	() reforçar a importância da imunização;	
33	Risco para vulnerabilidade/violência () sim () não, qual?		88	() encorajar a verbalização, sentimento, percepções e medo;	
34	Fatores de Risco: () Álcool () Tabaco () Drogas () Café		89	() investigar violência doméstica;	
35	Uso de Medicação: () Sim () Não		90	() investigar o uso de medicamentos ou drogas;	
36	Vacinação: Adequado () Atrasado ()		91	() estabelecer relação de confiança com paciente;	
37	Sinais e Sintomas: () Náusea/vômito () Tontura () Edema () Sonolência () Dor em baixo ventre		92	() identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária;	

	() Cefaleia () Febre () Epigastralgia () Varizes () Constipação () Perdas vaginais () Outros _____				
38	Mucosas: () Coradas () Hidratadas		93	() orientar danos decorrentes do cigarro;	
39	Pele: () Lesão () Hidratado () Manchas		94	() envolver família/pessoa significativa no cuidado;	
40	Mamas: Simétricas () Assimétricas () _____		95	() avaliar história reprodutiva anterior;	
41	Mamilos: () Protuso () Semiplano () Invertido () Plano		96	() enfatizar a importância do pré-natal;	
42	Abdome: () Globoso () Gravídico () Semiplano () Plano		97	() pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco;	
43	Edema: () MID () MIE () MMII () outro local <u>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</u>		98 99	() realizar avaliação clínica obstétrica; () orientar cuidados com as mamas;	
44	() Sono adequado () Sono inadequado;		100	() solicitar exames, conforme protocolo;	
45	() Atividade física inadequada;		101	() realizar escuta ativa;	
46	() Atividade sexual satisfatória; () Atividade sexual insatisfatória;		102	() orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;	
47	() Ingesta hídrica adequada;		103	() estimular a participação em oficinas;	
48	() Edema postural de MMII na gestante;		104	() estimular autoestima da paciente;	
49	() Ingesta alimentar inadequada da gestante;		105	() esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus;	
50	() Glândulas mamárias aumentadas;		106	() orientar a gestante quanto aos seus direitos;	
51	() Gravidez indesejada;		107	() agendar consulta com Obstetra;	
52	() Gestação/1º trimestre normal;		108	() agendar consulta com Dentista;	
53	() Estado vacinal adequado; () Estado vacinal atrasado.		109	() cadastrar SISPRENATAL	
54	() Dor em baixo-ventre;		110	() cadastrar SISVAN;	
55	() Náusea;		110	() incentivar presença de familiares nas consultas.	

ESPAÇO PARA CONSIDERAÇÕES DO AVALIADOR

ITEM	SUGESTÃO/COMENTÁRIO

LEMBRANDO QUE:
+1 = ADEQUADO
0 = IMPRECISO
-1 = INADEQUADO

Apêndice G - Ficha de identificação dos juízes.**CARACTERIZAÇÃO DOS AVALIADORES**

Sr. / Sra., solicitamos que assinale com “X” os questionamentos contidos na tabela abaixo

IDADE	☐ 20 A 30 ANOS ☐ 31 A 40 ANOS ☐ 41 A 51 ANOS ☐ 51 ANOS E MAIS
TITULAÇÃO	☐ ESPECIALIZAÇÃO ☐ MESTRADO ☐ DOUTORADO ÁREA:
TEMPO DE FORMAÇÃO	☐ 2 A 10 ANOS ☐ 11 A 20 ANOS ☐ 21 A 30 ANOS ☐ 31 ANOS E MAIS
ATUA NA AREA	☐ HOSPITALAR ☐ ATENÇÃO BÁSICA ☐ UNIVERSITÁRIA ☐ OUTROS _____
INSTITUIÇÃO QUE ATUA	_____
JÁ PRESTOU ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À GESTANTE?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUANTO TEMPO? _____
JÁ ATUOU/ATUA NA ATENÇÃO BÁSICA?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUANTO TEMPO? _____
JÁ UTILIZOU O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SUA PRÁTICA PROFISSIONAL (ASSISTENCIAL OU ENSINO)?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUANTO TEMPO? _____
POSSUI PUBLICAÇÕES SOBRE O TEMA DA PESQUISA?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUANTOS? _____
QUANTO TEMPO ESTUDA/UTILIZA O CIPESC®?	_____
JÁ PARTICIPOU DE ESTUDOS DE VALIDAÇÃO?	☐ SIM ☐ NÃO ☐ QUANTOS? _____

Apêndice H - Roteiro reestruturado após primeira rodada de avaliação dos validadores - Versão 2.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM **1ª CONSULTA DO PRÉ-NATAL**

Nome: _____ Hygia: _____
 Sisprenatal: _____ CNS: _____
 Natural de: _____ / _____ Idade: _____ DN: _____
 Cor: _____ Escolaridade: _____ Reside Com: _____
 Profissão/Ocupação: _____
 Estado Civil/Condição de União: _____
 Parceiro fixo () Sem parceiro fixo ()
 G P A PN PC PF DUM: _____ / _____ / _____ DPP: _____ / _____ / _____
 Gravidez Planejada: () Sim () Não Gestação Anterior () Há _____ Anos
 Filhos Vivos () quantos _____ Intervalo entre as gestações _____
 Idade na primeira gestação: _____ Anos
 Antecedentes Familiares: HAS () DM () Outros () _____
 Antecedentes Pessoais: _____
 Antecedentes Ginecológicos: _____
 Menarca: _____ anos Renda Familiar: _____
 Cirurgias Prévias () Sim () Não Quais? _____
 Uso de Medicação: () Sim () Não Quais? _____
 Suporte Social: () Com Apoio () Sem Apoio _____
 Prática Sexual: () satisfatória () insatisfatória _____
 Atividade Física: () Sim () Não _____
 Média diária de sono _____ horas. Descanso de _____
 Apresenta risco para vulnerabilidade (<15 anos, > 40 anos, situação de rua, drogadição, abandono de familiares ou parceiro, múltiplos parceiros, patologia mental)/violência () não () sim. Quais? _____
 Fatores de Risco: () Álcool () Tabaco () Café () Drogas. Quais? _____
 Vacinação: Adequada () Inadequada () Quais? _____
 Estado Nutricional: () Baixo Peso () Adequado () Obesa () Sobrepeso
 Sinais e Sintomas: () Náusea/vômito () Tontura () Edema
 () Sonolência () Dor em baixo ventre () Cefaleia () Epigastria
 () Febre () Varizes () Constipação () Perdas vaginais () Outros _____
 Peso: _____ Kg Peso Anterior _____ Kg Altura _____ cm IMC: _____

Mucosas: () Coradas () Hidratadas () Hipocoradas () Desidratadas
 Pele: () Lesão () Hidratada () Manchas () Íntegra () Desidratada
 () Sem manchas
 Mamas: Simétricas () Assimétricas () _____
 Mamilos: () Protusos () Semiplano () Invertido () Plano ()
 Pseudoinvertido
 Abdome: () Globoso () Gravidico () Semiplano () Plano () Batráquio
 () Avental () Distendido
 Edema : () MID () MIE () MMII () outro local _____
 () 1+/4+ () 2+/4+ () 3+/4+ () 4+/4+

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() sono adequado () sono inadequado;
 () atividade física inadequada;
 () atividade sexual satisfatória; () atividade sexual insatisfatória;
 () ingestão hídrica adequada; () desidratação – grau _____;
 () ingestão alimentar inadequada da gestante;
 () ingestão alimentar alterada;
 () ingestão alimentar excessiva;
 () edema postural de MMII da gestante;
 () glândula mamária alterada/aumentada; () glândula mamária íntegra;
 () estado vacinal adequado; () estado vacinal atrasado;
 () dor em baixo ventre;
 () náusea;
 () uso de álcool; () drogas; () tabagismo;
 () gravidez indesejada;
 () gestação 1º trimestre normal;
 () gestação 2º trimestre normal;
 () gestação 3º trimestre normal;
 () ansiedade decorrente do estado de saúde atual (gestação);
 () vínculo familiar presente () vínculo familiar ausente
 () imagem corporal alterada;
 () relacionamento familiar conflituoso; () relacionamento familiar
 restabelecido;
 () controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis;

- ☐ controle do regime terapêutico inadequado em gestante de risco/sífilis;
- ☐ constipação;
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- ☐ acolher a gestante conforme suas necessidades;
- ☐ investigar ingestão hídrica;
- ☐ orientar ingestão hídrica de no mínimo 2 litros água/dia;
- ☐ orientar retornar à unidade de saúde sem agendamento se apresentar: diarreia, vômito, pouca urina, sangramento, perda de líquidos vaginais, dor intensa em baixo ventre e diminuição das atividades diárias;
- ☐ orientar elevação de MMII por 15 minutos 3 vezes ao dia;
- ☐ orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema;
- ☐ investigar outras patologias pessoal e/ou familiar;
- ☐ avaliar estado nutricional da gestante;
- ☐ orientar ingestão de alimentos variados em todas refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos;
- ☐ evitar líquidos durante as refeições;
- ☐ investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;
- ☐ oferecer folheto educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez;
- ☐ incentivar reeducação alimentar;
- ☐ orientar a importância da dieta fracionada;
- ☐ incentivar passeios e caminhada;
- ☐ orientar a procura de ambiente tranquilo para dormir;
- ☐ orientar sobre o uso de roupas confortáveis e adequada à temperatura;
- ☐ orientar sobre repouso adequado;
- ☐ orientar sobre atividade sexual na gestação;
- ☐ orientar sobre repouso deitada do lado esquerdo;
- ☐ orientar o uso correto do sutiã;
- ☐ encaminhar à sala de vacina se situação vacinal inadequada;

- ☐ reforçar a importância da imunização;
- ☐ encorajar a verbalização de sentimento, percepções e medo;
- ☐ investigar violência doméstica;
- ☐ investigar o uso de medicamentos ou drogas;
- ☐ estabelecer relação de confiança com paciente;
- ☐ identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária;
- ☐ orientar sobre danos decorrentes do cigarro;
- ☐ envolver família/pessoa significativa no cuidado;
- ☐ acolher a gestante conforme sua necessidades;
- ☐ avaliar história reprodutiva anterior;
- ☐ enfatizar a importância do pré-natal;
- ☐ orientar cuidados com as mamas;
- ☐ pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco;
- ☐ realizar avaliação clínica obstétrica;
- ☐ solicitar exames conforme protocolo;
- ☐ orientar a gestante quanto aos seus direitos;
- ☐ realizar escuta ativa;
- ☐ esclarecer dúvidas do paciente;
- ☐ orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;
- ☐ estimular a participação em oficinas;
- ☐ estimular autoestima da paciente;
- ☐ esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus;
- ☐ agendar consulta com Obstetra para ____ dias;
- ☐ agendar consulta com Dentista;
- ☐ prescrever ácido fólico, conforme protocolo;
- ☐ solicitar ultrassonografia obstétrica, conforme protocolo;
- ☐ agendar retorno com enfermeira em ____ dias;
- ☐ incentivar presença de familiares nas consultas;
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐
- ☐

Apêndice I - Formulário de avaliação, segunda rodada de validação.**INSTRUMENTO PARA VALIDAÇÃO**

ITEM	DESCRIÇÃO	NOTA	ITEM	ITEM A SER AVALIADO	NOTA
	<u>ENTREVISTA E EXAME FÍSICO</u>		58	() Náusea;	100%
01	Data: Hora:	100%	59	() Uso de álcool e outras drogas;	100%
02	Nome:	100%	60	() Tabagismo;	100%
03	Hygia: (número de cadastro na UBS)	100%	61	() Controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis; () Controle do regime terapêutico inadequado em gestante de risco/sífilis;	
04	Sisprenatal:	100%	62	() Ansiedade decorrente do estado de saúde atual (gestação);	
05	CNS:	100%	63	() Relacionamento familiar conflituoso; () Relacionamento familiar restabelecido;	
06	Natural de	100%	64	() Vínculo familiar presente; () Vínculo familiar ausente;	
07	Idade: Anos DN: / /	87,5%	65	() Imagem corporal alterada.	75%
08	Cor:	100%	66	() Constipação.	75%
09	Escolaridade:	100%	<u>INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</u>		
10	Reside com:	100%	67	() Acolher a gestante conforme suas necessidades;	100%
11	Profissão/Ocupação:		68	() Investigar ingestão hídrica;	87,5%
12	Renda familiar:	100%	69	() Orientar ingesta hídrica de no mínimo 2 litros de água/dia;	100%
13	Estado Civil/Condição de União: Com parceiro fixo () Sem parceiro fixo ()	100%	70	() Orientar retorno à unidade de saúde sem agendamento, se apresentar: diarreia, vômito, pouca	87,5%

				urina, sangramento, perda de líquidos vaginais, dor intensa em baixo ventre e diminuição das atividades diárias;	
14	G__P__A__PN__PC__PF__ última: anos	100%	71	() Orientar elevação de MMII por 15 minutos 3 vezes ao dia;	87,5%
15	Gravidez Planejada () Sim () Não	100%	72	() Orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema;	87,5%
16	Idade na primeira gestação: anos		73	() Investigar outras patologias pessoal e/ou familiar;	87,5%
17	Filhos Vivos () Intervalo entre as gestações:	87,5%	74	() Avaliar estado nutricional da gestante;	87,5%
18	DUM: __/__/__ DPP: __/__/__	100%	75	() Orientar ingestão de alimentos variados em todas refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos;	87,5%
19	Antecedentes Familiares: HAS () DM () Outros ():	87,5%	76	() Evitar líquidos durante as refeições;	75%
20	Antecedentes Pessoais:	87,5%	77	() Investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;	100%
21	Antecedentes Ginecológicos:	75%	78	() Oferecer folder educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez	100%
22	Menarca: anos	100%	79	() Incentivar reeducação alimentar;	100%
23	Cirurgias Prévias: () Sim () Não Qual?	87,5%	80	() Orientar a importância da dieta fracionada;	100%
24	Suporte Social: () Com Apoio () Sem Apoio	75%	81	() Incentivar passeios e caminhada;	100%
25	Prática Sexual: () satisfatória () insatisfatória	87,5%	82	() Orientar sobre o uso de roupas confortáveis e adequada à temperatura;	100%
26	Atividade Física: () Sim () Não	87,5%	81	() Orientar sobre repouso adequado;	100%
27	Apresenta risco para situação de vulnerabilidade		83	() Orientar a procura de ambiente tranquilo para	100%

	(<de 15 anos, >40anos, situação de rua, drogadição, abandono de familiares ou parceiro, múltiplos parceiros, patologia mental) / violência () não () sim, qual?			dormir;	
28	Fatores de Risco: () Álcool () Tabaco () Café () Drogas. Quais?	87,5%	84	() Orientar sobre atividade sexual na gestação;	87,5%
29	Uso De Medicação: () Sim () Não Quais?:	87,5%	85	() Orientar sobre repouso deitada do lado esquerdo;	87,5%
30	Vacinação: Adequado () Inadequada () Quais?		86	() Orientar o uso correto do sutiã;	100%
31	Sinais e Sintomas: () Náusea/vômito () Tontura () Edema () Sonolência () Dor em baixo ventre () Cefaleia () Febre () Epigastria () Varizes () Constipação () Perdas vaginais () Outros _____	100%	87	() Encaminhar à sala de vacina se situação vacinal inadequada;	
32	Peso atual:	100%	88	() Reforçar a importância da imunização;	100%
33	Peso Anterior:	87,5%	89	() Encorajar a verbalização de sentimento, percepções e medo;	87,5%
34	Estatura:	100%	90	() Investigar violência doméstica;	100%
35	IMC:	100%	91	() Investigar o uso de medicamentos ou drogas;	100%
36	Estado Nutricional*: () Baixo peso () Adequado () Obesidade () Sobrepeso		92	() Estabelecer relação de confiança com paciente;	87,5%
37	Pressão Arterial:	100%	93	() Identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária;	100%
38	Mucosas: () Coradas () Hidratadas		94	() Orientar sobre danos decorrentes do cigarro;	100%

	() Hipocorada () Desidratada				
39	Pele: () Lesão () Hidratado () Manchas () Íntegra () Desidratadas () Sem manchas	75%	95	() Envolver família/pessoa significativa no cuidado;	87,5%
40	Mamas: Simétricas () Assimétricas () _____	87,5%	96	() Avaliar história reprodutiva anterior;	100%
41	Mamilos: () Protusos () Semiplanos () Invertidos () Planos () Pseudoinvertidos		97	() Enfatizar a importância do pré-natal;	100%
42	Abdome: () Globoso () Gravídico () Semiplano () Plano () Batráquio () Avental () Distendido		98	() Pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco;	87,5%
43	Edema: () MID () MIE () MMII () outro local: () 1x/4x () 2x/4x () 3x/4x () 4x/4x	87,5%	99	() Realizar avaliação clínica obstétrica;	87,5%
44	Média diária de sono: horas		100	() Orientar cuidados com as mamas;	100%
	<u>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</u>		101	() Solicitar exames, conforme protocolo;	100%
45	() Sono adequado () Sono inadequado;	100%	102	() Realizar escuta ativa;	100%
46	() Atividade física inadequada;		103	() Orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;	87,5%
47	() Atividade sexual satisfatória; () Atividade sexual insatisfatória;	87,5%	104	() Estimular a participação em oficinas;	87,5%
48	() Ingesta hídrica adequada; () Desidratação grau ____		105	() Estimular autoestima da paciente;	87,5%
49	() Edema postural de MMII na gestante;	75%	106	() Esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus;	100%
50	() Ingesta alimentar inadequada da gestante; () Ingesta alimentar alterada; () Ingesta alimentar excessiva;		107	() Orientar a gestante quanto aos seus direitos;	100%
51	() Glândula mamária aumentadas/alteradas; () Glândula mamária íntegra;	75%	108	() Agendar consulta com obstetra para ____ dias;	87,5%

52	() Gravidez indesejada;		109	() Agendar consulta com dentista;	100%
53	() Gestação 1º trimestre normal;		110	() Agendar retorno com a enfermeira em ___ dias	
54	() Gestação 2º trimestre normal;		111	() Prescrever ácido fólico, conforme protocolo	
55	() Gestação 3º trimestre normal;		112	() Solicitar ultrassonografia obstétrica, conforme protocolo	
56	() Estado vacinal adequado; () Estado vacinal atrasado.	87,5%	113	() Incentivar presença de familiares nas consultas;	113
57	() Dor em baixo-ventre;	87,5%			114

LEGENDA DE CORES

	ITENS QUE MESMO ATINGINDO O PADRÃO MÍNIMO ESTIPULADO DE ATÉ 75 % E SENDO VALIDADOS, FORAM READEQUADOS CONFORME SUGESTÕES
	ITENS NOVOS SUGERIDOS POR VALIDADORES. POR FAVOR PONTUAR: +1=ADEQUADO; 0=IMPRECISO; -1=INADEQUADO
	ITENS REFORMULADOS SEGUINDO ORIENTAÇÕES DOS AVALIADORES. POR FAVOR PONTUAR: +1=ADEQUADO; 0=IMPRECISO; -1=INADEQUADO
	ITENS VALIDADOS COM 100%, 87,5% E 75% DE APROVAÇÃO DOS VALIDADORES

ESPAÇO PARA CONSIDERAÇÕES DO AVALIADOR

ITEM	SUGESTÃO/COMENTÁRIO

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
7	20,0	20,1 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
9	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
10	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
11	20,3	20,4 – 25,3	25,4 – 30,3	30,4
12	20,4	20,5 – 25,4	25,5 – 30,3	30,4
13	20,6	20,7 – 25,6	25,7 – 30,4	30,5
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
15	20,8	20,9 – 25,8	25,9 – 30,6	30,7
16	21,0	21,1 – 25,9	26,0 – 30,7	30,8
17	21,1	21,2 – 26,0	26,1 – 30,8	30,9
18	21,2	21,3 – 26,1	26,2 – 30,9	31,0
19	21,4	21,5 – 26,2	26,3 – 30,9	31,0
20	21,5	21,6 – 26,3	26,4 – 31,0	31,1
21	21,7	21,8 – 26,4	26,5 – 31,1	31,2
22	21,8	21,9 – 26,6	26,7 – 31,2	31,3
23	22,0	22,1 – 26,8	26,9 – 31,3	31,4
24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,5	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,9 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,2 – 33,1	33,2
41	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3

Fonte: (BRASIL, 2013, p. 75-76).

Apêndice J - Roteiro final - Versão 3.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 1ª CONSULTA DO PRÉ-NATAL

Nome: _____ Hygia: _____
 SISPRENATAL: _____ CNS: _____
 Natural de: _____ / _____ Idade: _____ DN: _____
 Cor: _____ Escolaridade: _____ Reside Com: _____
 Profissão/Ocupação: _____
 Estado Civil/Condição de União: _____
 Parceiro () Fixo () Sem Parceiro fixo _____ nos últimos 12 meses
 G _____ P _____ A _____ PN _____ PC _____ PF _____ DUM: _____ / _____ / _____ DPP: _____ / _____ / _____
 Gravidez Planejada: () Sim () Não. Gestação Anterior: () Há _____ Anos
 Filhos Vivos: () / quantos _____ Intervalo entre as gestações: _____
 Idade na primeira gestação: _____ Anos
 Antecedentes Familiares: () HAS () DM () Outros _____
 Antecedentes Pessoais: _____
 Antecedentes Ginecológicos: _____
 Menarca: _____ anos. Renda Familiar: _____
 Cirurgias Prévias: () Sim () Não Quais? _____
 Uso de Medicação: () Sim () Não Quais? _____
 Suporte Social: () Com Apoio () Sem Apoio _____
 Prática Sexual: () Satisfatória () Insatisfatória _____
 Atividade Física: () Sim () Não _____
 Média diária de Sono: _____ horas. Descanso de: _____
 Apresenta risco para vulnerabilidade: (<15 anos, > 35 anos, situação de rua, uso de drogas, abandono de familiares ou parceiro, múltiplos parceiros, patologia mental)/violência () Sim () Não. Quais? _____
 Fatores de Risco: () Álcool () Tabaco () Café () Drogas. Quais? _____
 Vacinação: () Adequada () Inadequada. Quais? _____
 Estado Nutricional: () Baixo Peso () Adequado () Obesa () Sobrepeso
 Sinais e Sintomas: () Náusea/vômito () Tontura () Edema () Febre () Sonolência () Dor em baixo ventre () Cefaleia () Epigastria () Varizes () Constipação () Perdas vaginais () Outros _____
 Peso: _____ Kg Peso Anterior: _____ Kg Altura: _____ cm IMC: _____

Mucosas: () Coradas () Hidratadas () Hipocoradas () Desidratadas
 Pele: () Lesão () Hidratado () Manchas () Íntegra () Desidratada () Sem manchas
 Mamas: () Simétricas () Assimétricas _____
 Mamilos: () Protusos () Semiplanos () Invertidos () Planos () Pseudoinvertidos
 Abdome: () Globoso () Gravidico () Semiplano () Plano () Batráquio () Avental () Distendido
 Edema: () MID () MIE () MMII () Outro local _____
 () 1+/4+ () 2+/4+ () 3+/4+ () 4+/4+

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() ansiedade decorrente do estado de saúde atual (gestação);
 () atividade física inadequada;
 () atividade sexual satisfatória; () atividade sexual insatisfatória;
 () constipação;
 () controle do regime terapêutico adequado em gestante de risco/sífilis;
 () controle do regime terapêutico inadequado em gestante de risco/sífilis;
 () dor em baixo ventre;
 () edema postural de MMII da gestante;
 () estado vacinal adequado; () estado vacinal atrasado;
 () gestação 1º trimestre normal;
 () gestação 2º trimestre normal;
 () gestação 3º trimestre normal;
 () glândula mamária alterada/aumentada; () glândula mamária íntegra;
 () gravidez indesejada;
 () imagem corporal alterada;
 () ingesta alimentar alterada;
 () ingesta alimentar excessiva;
 () ingesta alimentar inadequada da gestante;
 () ingesta hídrica adequada; () desidratação – Grau _____;
 () náusea;
 () relacionamento familiar conflituoso; () relacionamento familiar restabelecido;
 () sono adequado () sono inadequado;

- () uso de álcool; () drogas; () tabagismo;
 () vínculo familiar presente () vínculo familiar ausente;
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

- () acolher a gestante conforme suas necessidades;
 () agendar consulta com Dentista;
 () agendar consulta com Obstetra para _____ dias;
 () agendar retorno com enfermeira em _____ dias;
 () avaliar estado nutricional da gestante;
 () avaliar história reprodutiva anterior;
 () encaminhar à sala de vacina se situação vacinal atrasada/desatualizada;
 () encorajar a verbalização de sentimento, percepções e medo;
 () enfatizar a importância do pré-natal;
 () envolver família/pessoa significativa no cuidado;
 () esclarecer dúvidas do paciente;
 () esclarecer dúvidas sobre mitos e tabus;
 () estabelecer relação de confiança com paciente;
 () estimular a participação em oficinas;
 () estimular autoestima da paciente;
 () orientar evitar líquidos durante as refeições;
 () identificar rede de apoio familiar e/ou comunitária;
 () incentivar passeios e caminhada;
 () incentivar presença de familiares nas consultas;
 () incentivar reeducação alimentar;
 () investigar hábitos alimentares individuais e familiares, tipo de alimentos, quantidade e frequência;
 () investigar ingestão hídrica;
 () investigar uso de medicamentos ou drogas;
 () investigar outras patologias pessoal e/ou familiar;
 () investigar violência doméstica;
 () oferecer folheto educativo quanto à ingestão nutricional na gravidez;
 () orientar a gestante quanto aos seus direitos;
 () orientar a importância da dieta fracionada;
 () orientar cuidados com as mamas;
 () orientar dinâmica postural correta para prevenção de edema;
 () orientar elevação de MMII por 15 minutos 3 vezes ao dia;
 () orientar ingestão hídrica de no mínimo 2 litros água/dia;
 () orientar ingestão de alimentos variados em todas refeições, principalmente grãos, verduras e carboidratos;
 () orientar o uso correto do sutiã;
 () orientar retornar à unidade de saúde sem agendamento se apresentar: diarreia, vômito, pouca urina, sangramento, perda de líquidos vaginais, dor intensa em baixo ventre e diminuição das atividades diárias;
 () orientar sobre as fases do desenvolvimento fetal durante a gestação;
 () orientar sobre atividade sexual na gestação;
 () orientar sobre danos decorrentes do cigarro;
 () orientar sobre o uso de roupas confortáveis e adequada à temperatura;
 () orientar sobre repouso adequado;
 () orientar sobre repouso deitada do lado esquerdo;
 () pesquisar doenças intercorrentes e indicadores de risco;
 () prescrever ácido fólico, conforme protocolo;
 () realizar avaliação clínica obstétrica;
 () realizar escuta ativa;
 () reforçar a importância da imunização;
 () solicitar exames, conforme protocolo;
 () solicitar ultrassonografia obstétrica, conforme protocolo.
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____
 () _____

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

_____, _____ DE _____ DE 20__ . ____ HORAS.

CARIMBO E ASSINATURA DA(O) ENFERMEIRA(O)

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
7	20,0	20,1 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
9	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
10	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
11	20,3	20,4 – 25,3	25,4 – 30,3	30,4
12	20,4	20,5 – 25,4	25,5 – 30,3	30,4
13	20,6	20,7 – 25,6	25,7 – 30,4	30,5
14	20,7	20,8 – 25,7	25,8 – 30,5	30,6
15	20,8	20,9 – 25,8	25,9 – 30,6	30,7
16	21,0	21,1 – 25,9	26,0 – 30,7	30,8
17	21,1	21,2 – 26,0	26,1 – 30,8	30,9
18	21,2	21,3 – 26,1	26,2 – 30,9	31,0
19	21,4	21,5 – 26,2	26,3 – 30,9	31,0
20	21,5	21,6 – 26,3	26,4 – 31,0	31,1
21	21,7	21,8 – 26,4	26,5 – 31,1	31,2
22	21,8	21,9 – 26,6	26,7 – 31,2	31,3
23	22,0	22,1 – 26,8	26,9 – 31,3	31,4
24	22,2	22,3 – 26,9	27,0 – 31,5	31,6
25	22,4	22,5 – 27,0	27,1 – 31,6	31,7
26	22,6	22,7 – 27,2	27,3 – 31,7	31,8
27	22,7	22,8 – 27,3	27,4 – 31,8	31,9
28	22,9	23,0 – 27,5	27,6 – 31,9	32,0
29	23,1	23,2 – 27,6	27,7 – 32,0	32,1
30	23,3	23,4 – 27,8	27,9 – 32,1	32,2
31	23,4	23,5 – 27,9	28,0 – 32,2	32,3
32	23,6	23,7 – 28,0	28,1 – 32,3	32,4
33	23,8	23,9 – 28,1	28,2 – 32,4	32,5
34	23,9	24,0 – 28,3	28,4 – 32,5	32,6
35	24,1	24,2 – 28,4	28,5 – 32,6	32,7
36	24,2	24,3 – 28,5	28,6 – 32,7	32,8
37	24,4	24,5 – 28,7	28,8 – 32,8	32,9
38	24,5	24,6 – 28,8	28,9 – 32,9	33,0
39	24,7	24,8 – 28,9	29,0 – 33,0	33,1
40	24,9	25,0 – 29,1	29,2 – 33,1	33,2
41	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3
42	25,0	25,1 – 29,2	29,3 – 33,2	33,3

Fonte: (BRASIL, 2013, p. 75-76).

ANEXOS

Anexo A - Protocolo de atendimento da SMS/RP no atendimento do enfermeiro na consulta de pré-natal.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

AO ENFERMEIRO COMPETE:

- Acolhimento de toda mulher com atraso menstrual trazida pela recepção ou enfermagem e encaminhada para consulta com o enfermeiro;
- Investigação da amenorréia: realização do teste d e gravidez urinário com urina colhida na unidade e sempre que possível realizá-lo no mesmo dia em que procurou o serviço de saúde para diagnóstico de gravidez. Na impossibilidade, agendá-la na mesma semana e proceder busca ativa mediante falta na coleta.

Quando resultado positivo:

- Obter dados:

- 1) Histórico: identificação, ocupação habitual, da dos sócio-econômicos (condições de vida), hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogadição), prática regular de exercícios físicos e medicamentos em uso. Antecedentes ginecológicos e obstétricos, informações sobre a sexualidade e dados da gestação atual (DUM, percepção dos movimentos fetais, sinais e sintomas, se gestação foi desejada).
- 2) Exame físico: Peso e estatura, estado nutricional (Índice de massa corporal-IMC), verificação de sinais vitais (FC, FR, T, PA), inspeção de pele e mucosas, exame de MMII (pesquisa de edema e lesões), inspeção de mamas avaliando e orientando para o aleitamento materno.
- 3) Diagnóstico de enfermagem /levantamento de problemas.
- 4) Realizar orientações dietéticas (fracionamento), ingestão de proteínas, fibras, normossódica, hipogordurosa.
- 5) Avaliação de carteira de vacinação se a tiver no momento. Avaliação deve ser anotada em folha de atendimento da consulta de enfermagem e na carteira de pré-natal.
- 6) Solicitar os exames laboratoriais protocolados pelo programa da saúde da mulher

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA PRUDENTE DE MORAES, 457 - CEP 14115-100 - RIBEIRÃO PRETO - SP
FONE (16) 3977-9329 / 3977-9330
E_MAIL: paism@saude.pmrp.com.br

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

7) Encaminhar paciente para avaliação odontológica (à partir de março de 2010, todas as unidades do município terão disponíveis o Programa Meu Bem Querer da SMS, que atende gestantes e recém-nascidos, inclusive com palestras e orientações odontológicas em cursos de gestantes)

8) Prescrever medicação (ácido fólico¹) para as gestantes no primeiro trimestre:.

- Para a mulher com teste de gravidez negativo, e que deseja engravidar o ácido fólico¹ pode ser prescrito.

¹ A recomendação para uso do ácido fólico é: Prevenção de Malformação do Tubo Neural: ideal é iniciar três meses antes de engravidar manter até oito semanas de gestação. A dose é de 2mg se não houver antecedente de RN afetado ou 5mg se antecedente de RN com malformação do tubo neural. Entretanto como rede só tem de 5mg, fornecemos 5mg para todas as mulheres. Suplementação: A partir de 8 semanas o Ministério da Saúde recomenda Sulfato Ferroso associado a ácido fólico (5mg) para todas as gestantes.

Enfermeiro: Prescrição de Medicamentos e Solicitação de Exames (Resolução COFEN nº 271)

A Lei 7498/86, regulamentada pelo Decreto-Lei 94406/87, está em plena vigência constitucional, e assim, compete privativamente ao Enfermeiro a realização da Consulta, Prescrição e Evolução de Enfermagem. Assim, o enfermeiro poderá continuar o seu pleno exercício profissional, sendo que a prescrição medicamentosa somente é assegurada pela legislação profissional quando fundamentada nos Programas de Saúde Pública ou em rotinas institucionais, mediante Protocolos elaborados pela Instituição ou pelo Ministério da Saúde, até que se decida sobre o mérito da questão judicial. O mesmo se refere à solicitação de exames referentes às rotinas de Protocolos Institucionais.

Observações importantes:

- Os exames das gestantes nas unidades devem ser priorizados, colhidos preferencialmente no 1º dia útil após a consulta de enfermagem uma vez que é necessária a rápida disponibilidade dos resultados para diagnóstico precoce dos fatores de risco na gestação. Fornecer dia, horário e orientações para a coleta dos diferentes exames.
- Os resultados, assim que disponíveis deverão ser avaliados por profissional da equipe de atendimento identificando resultados que mereçam convocação e antecipação de consulta agendada.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA PRUDENTE DE MORAES, 457 - CEP 14115-100 - RIBEIRÃO PRETO - SP
FONE (16) 3977-9329 / 3977-9330
E_MAIL: paism@saude.pmrp.com.br

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

www.saude.ribeiraopreto.sp.gov.br

c) Orientar que mediante resultados inconclusivos será realizada nova coleta de sangue.

9) Agendar consulta médica em no máximo 30 dias (não vincular este atendimento a disponibilidade dos exames solicitados). Mediante presença de riscos, priorizar o máximo possível esse atendimento.

10) Documentos a serem oferecidos:

- Cadastrar a gestante através de um número específico, único (SISPRENATAL – é um sistema informatizado, desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS, para ser utilizado pelos municípios no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento)
- Cartão de pré-natal com **todos** os dados da gestante, identificação da Unidade de Saúde, orientar sobre sua apresentação e em qualquer consulta, inclusive mediante intercorrências. **Letra legível.**
- Solicitar o cartão SUS. Se já o possuir, deverá ser anotado: no cartão de pré-natal e na ficha de cadastro do SISPRENATAL.

11) Caso o parceiro esteja presente, oferecer exames de acordo com o Pré Natal do Parceiro, com orientação e aconselhamento.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA PRUDENTE DE MORAES, 457 - CEP 14115-100 - RIBEIRÃO PRETO - SP
FONE (16) 3977-9329 / 3977-9330
E_MAIL: paism@saude.pmrp.com.br

Anexo B - Projeto Meu Bem-Querer – SMS/RP**COORDENAÇÃO DO PROGRAMA DE
PROCEDIMENTOS COLETIVOS E
PREVENTIVOS EM ODONTOLOGIA****ÁREA TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL** **JUNHO DE 2013**

Prefeita

Darcy Vera

Secretário Municipal da Saúde

Stênio José Correia Miranda

Chefe da Divisão Odontológica

Pedro José Bistane

Coordenadora do Prog. de Procedimentos Coletivos e Preventivos em Odontologia

Josiane Aparecida Ferreira da Costa Montans

Colaboradores

Adriana Botelho – Cirurgiã-dentista

Vania Cristina Tonholo – Cirurgiã-dentista

Vinícius Rogério de Freitas – Residente de Odontologia FMRP - USP

PROGRAMA MEU BEM QUERER

Programa voltado para as gestantes com objetivo de orientar, formar e conscientizar as mesmas em relação à saúde geral e bucal.

INTRODUÇÃO

Este instrumento tem o objetivo de formalizar e orientar o processo de trabalho no atendimento às gestantes nas Unidades de Saúde do município de Ribeirão Preto, considerando e respeitando as particularidades locais.

FLUXOGRAMA

ROTEIRO PARA ANAMNESE

- a- Verificação de ficha médica (possíveis enfermidades); b- Ouvir as queixas da usuária (estabelece vínculo e contribui para o diagnóstico); c- Questionar o estado atual da gestação (enjôos, vômitos, etc);
- d- Questionar hábitos alimentares e higiene oral (se faz boa higiene oral após cada refeição, ingestão de açúcares, etc);
- e- Realizar exame extra e intra-oral; f- Orientação de higiene oral e adequação do meio bucal;
- g- Tratamento odontológico realizado preferencialmente no segundo trimestre da gravidez;

ORIENTAÇÕES DE ATENDIMENTO À GESTANTE

- a- Confirmada a gestação, a usuária será orientada pela enfermeira a procurar o serviço odontológico para agendar sua participação na **reunião educativa**, realizada preferencialmente em parceria com os demais integrantes da equipe multiprofissional de saúde, em grupos de no mínimo dez indivíduos e lançada no mapa diário em educação em saúde /atividades coletivas, assegurando à gestante sua vaga para o atendimento clínico odontológico programado. Nesse primeiro encontro, entregar uma escova dental para cada nova gestante e, se possível, realizar a escovação dental supervisionada.
- b- Na impossibilidade de fazer grupos, na primeira consulta realiza-se individualmente a palestra e a escovação dental supervisionada. Ao somar 10 palestras, essas devem ser lançadas no Mapa Diário na quantidade de 1 e a escovação dental supervisionada é lançada individualmente.
- c- Início do atendimento clínico programado. Visa à incorporação de bons hábitos de saúde e alimentação, e adequação do meio bucal. Inicia-se com profilaxia e raspagem gengival e sugere-se o TRA - tratamento restaurador atraumático - utilizando o cimento de ionômero de vidro como material restaurador temporário para adequar o meio bucal.
- d- Continuidade do atendimento clínico programado, levando em consideração o estado geral e o período gestacional da usuária. O atendimento deve ser realizado preferencialmente no segundo trimestre da gestação e as sessões devem ser breves e efetivas a fim de diminuir o número de retornos.
- e- Atenção especial à condição periodontal da gestante, marcando retornos mensais para profilaxia, quando necessário, para controle do biofilme.
- f- Estimular o auto cuidado, reforçando a importância da boa condição periodontal para se evitar partos prematuros e bebês de baixo peso.

- g- Orientar a gestante sobre a importância em aderir ao programa Clínica do Bebê, verificar a data provável do parto e enfatizar o agendamento do futuro bebê para 3 meses após o nascimento.

REGISTRO DE PROCEDIMENTOS

O registro mensal do número de atendimentos deve ser enviado até o quinto dia útil do mês seguinte para o Programa de Procedimentos Coletivos e Preventivos em Odontologia, no impresso denominado CONTROLE DE GESTANTE.

Nesse impresso deve-se informar as gestantes que aderiram ao programa no mês vigente e as gestantes que terminaram ou abandonaram o tratamento (**não é para informar as gestantes que se encontram em tratamento**). A coluna **“SEÇÕES DE ATENDIMENTO”** deve ser preenchida com o número final de sessões realizadas **somente para as gestantes que receberam alta ou abandonaram o tratamento.**

LANÇAMENTOS NO HYGIA

NO MAPA DIÁRIO

(AÇÕES COLETIVAS)

A palestra coletiva introdutória, ou a somatória de 10 palestras individuais, deve ser lançada no Mapa Diário como **ATIVIDADE COLETIVA/ ORIENTAÇÃO EM GRUPO NA ATENÇÃO BÁSICA (quantidade por sessão)**, na quantidade de 1 para cada somatória de 10 gestantes e a **AÇÃO COLETIVA DE ESCOVAÇÃO DENTAL**

SUPERVISIONADA deve ser lançada computando-se uma escovação por gestante atendida no mês, somando-se todas as gestantes uma única vez no mês e lançada no Mapa Diário. Ambos os procedimentos devem ser apontados com idade média de 25 anos.

NO ATENDIMENTO DA GESTANTE

(PROCEDIMENTOS INDIVIDUAIS)

Não se esquecer de lançar normalmente no Hygia (no primeiro atendimento da gestante) o procedimento **030101015-3 (PRIMEIRA CONSULTA ODONTOLÓGICA PROGRAMÁTICA)** e também o procedimento código **9999990031 (CONSULTA DE CN DE GESTANTE)**. Este último procedimento tem por objetivo rastrear, monitorar e avaliar o acesso de gestantes ao serviço odontológico e **o 030101015-3 é fundamental como indicador do Ministério da Saúde e não pode ser esquecido.**

Outros tipos de procedimentos devem ser lançar normalmente, ex: restaurações, extrações, selantes, aplicação tópica de flúor, etc.

Anexo C - Protocolo de atendimento da SMS/RP no atendimento do enfermeiro pré-natal do parceiro.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

FLUXO DO PRÉ NATAL DO PARCEIRO NAS UNIDADES DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE RIBEIRÃO PRETO

- 1) Mulher chega à unidade de saúde para agendar teste de gravidez. O Teste é agendado e solicitado presença do parceiro (explicando a importância e que a partir de agora se ela estiver grávida o parceiro acompanhará o pré natal, inclusive realizando alguns exames que possam interferir na gravidez e também que será fornecido atestado do período)
- 2) No dia do teste, estando o parceiro presente e sendo o teste positivo a gestante e o parceiro receberão todas as orientações sobre a gestação e sobre os exames que serão solicitados. É fundamental informar quais exames serão solicitados e também a concordância em fazê-los. A gestante então é cadastrada no SIS Pré Natal e oferecidos os exames de rotina do pré natal para a gestante e para o parceiro (atenção: tendo sido os mesmos já esclarecidos sobre esses exames). Solicitar os exames no ícone **PN_PARCEIRO** (que engloba os exames: HbsAg, Anti HCV, VDRL e teste de HIV. Anotar o nome e Hygia da gestante no pedido de exame do parceiro para facilitar a identificação da gestante frente a exames positivos do parceiro). Serão convidados a participarem dos grupos de gestantes. Fornecer atestado do período do parceiro utilizando o CID Z76.3

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA PRUDENTE DE MORAES, 457 - CEP 14115-100 - RIBEIRÃO PRETO - SP
FONE (16) 3977-9329 / 3977-9330
E-MAIL: paism@saude.pmrp.com.br

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

ADENDO: Por que pedir Anti HCV para o homem e não para a gestante?

O projeto original do pré- natal do parceiro engloba outros exames além das sorologias.

Porém, para nossa realidade de equipe de saúde o projeto não seria viabilizado.

Adaptamos, então o projeto à nossa realidade e optamos por manter as sorologias preconizadas no projeto original. Quanto à solicitação do exame HCV na rotina do pré natal ainda não padronizamos o exame, porém vamos estudar essa possibilidade para o futuro.

- 3) Após coleta dos exames agendar consulta com o obstetra (cerca de 20 dias após a coleta dos exames) Usar sigla PN para a gestante e RT para o parceiro
- 4) No dia da consulta gestante e parceiro farão pré-consulta onde serão medidos Pressão Arterial e Peso de ambos; constatado aumento da PA e/ou obesidade no parceiro esse deverá ser orientado a agendar consulta na clínica médica para seguimento, na gestante o médico seguirá as condutas do Protocolo de PN
- 5) Na consulta com obstetra, este deverá receber o casal apresentando-se ao marido e à gestante se for a sua primeira consulta. Verificará os exames da

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA PRUDENTE DE MORAES, 457 - CEP 14115-100 - RIBEIRÃO PRETO - SP
FONE (16) 3977-9329 / 3977-9330
E-MAIL: paism@saude.pmrp.com.br

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

gestante e do parceiro. Em relação à gestante seguir o PROTOCOLO DE PRÉ NATAL . Para o parceiro: exames normais, orientar prevenção de

DST; exames alterados : seguir fluxo abaixo. Esclarecer as dúvidas do casal e fornecer atesto do período quando necessário. Paraa gestante CID Z34. Para o parceiro CID Z76.3 .

Fluxo de exames alterados (parceiro)

HbsAg positivo encaminhar para ambulatório de hepatites: Guia de referência . Se o HbsAg da gestante for negativo solicitar novo exame em um mês. ORIENTAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO PARA A GESTANTE .

Anti HCV positivo: encaminhar para ambulatório de hepatites: Guia de referência Verde. Solicitar Anti HCV para a gestante , sendo negativa solicitar novo exame em um mês. ORIENTAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO PARA A GESTANTE

Teste HIV positivo: Encaminhar para Centro de Referência DST/AIDS. Agendar consulta por fone, não precisa de guia de referência. ORIENTAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO PARA A GESTANTE.

VDRL positivo : Identificar a fase **tratar e** agendar seguimento com clínico geral orientar e seguir. Se a gestante tiver exame negativo solicitar VDRL mensal .

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA PRUDENTE DE MORAES, 457 - CEP 14115-100 - RIBEIRÃO PRETO - SP
FONE (16) 3977-9329 / 3977-9330
E_MAIL: paism@saude.pmrp.com.br

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

ORIENTAR MEDIDAS DE PREVENÇÃO DE TRANSMISSÃO PARA A
GESTANTE.

***PARA EXAMES ALTERADOS EM GESTANTES SEGUIR O PROTOCOLO DE
PRÉ NATAL***

6) Consultas Subseqüentes : Rotina de pn para a gestante, acolher o
parceiro respondendo suas dúvidas; encaminhar para freqüentar as
reuniões das gestantes ou convidá-lo a vir nas consultas de pré-natal junto
com a parceira (ou os dois se ele aceitar); fornecer atestado para o parceiro
utilizando o CID Z76.3.

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER - RIBEIRÃO PRETO
SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE
RUA PRUDENTE DE MORAES, 457 - CEP 14115-100 - RIBEIRÃO PRETO - SP
FONE (16) 3977-9329 / 3977-9330
E_MAIL: paism@saude.pmrp.com.br

Anexo D - Parecer do comitê de ética em pesquisa da escola de enfermagem de Ribeirão Preto – USP.

Ofício CEP-EERP/USP nº 341/2016, de 14.10.2016

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa abaixo especificado foi analisado e considerado **aprovado** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP) em sua 29ª Reunião Extraordinária, realizada em 13 de outubro de 2016.

Protocolo CAAE: 60761816.7.0000.5393

Projeto: ELABORAÇÃO DE ROTEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À GESTANTE: PROPOSTA DE UTILIZAÇÃO DA CIPESC.

Pesquisadores: Luciana Batista

Silvia Matumoto (orientadora)

Em atendimento à Resolução 466/12, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,

Prof.ª Dra. Angelita Maria Stabile

Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dra. Silvia Matumoto

Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

**ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP** **PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: ELABORAÇÃO DE ROTEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À GESTANTE: PROPOSTA DE UTILIZAÇÃO DA CIPESC.

Pesquisador: LUCIANA BATISTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 60761816.7.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.773.885

Apresentação do Projeto:

Trata-se de estudo com abordagem metodológica realizado em duas fases. Para alcance dos objetivos propostos, a primeira será o desenvolvimento de revisão integrativa, analisando as produções científicas em três bases de dados sobre Cuidados de Enfermagem, Enfermagem em Saúde Pública, Saúde da Mulher, Classificação Internacional de Atenção Primária e Pré-natal para fundamentar a reconstrução do roteiro inicial. Na segunda fase será realizada a validação por experts transformando o roteiro reconstruído por meio de abordagem científica com fundamentação teórica. O roteiro validado poderá oferecer subsídios aos enfermeiros na documentação da consulta de enfermagem, o que permitirá qualificação do trabalho da enfermeira além da adequação das exigências do COREN espaço para novos estudos relacionados a sua aplicabilidade.

Objetivo da Pesquisa:

Formular e validar roteiro para primeira consulta de enfermagem à gestante em sua primeira consulta na Atenção Básica, utilizando a Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva.

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.773.885

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos da participação no projeto são mínimos, podendo caracterizar risco leve de desconforto ao avaliar o formulário, podendo suscitar questões pessoais e/ou gerar reflexões de ordem pessoal/profissional, assim como o incômodo com o contato com o pesquisador; para essas situações a pesquisadora se compromete em minimizar os possíveis riscos, o participante terá total liberdade em desistir de sua participação caso ocorra. Os participantes não terão benefícios materiais, o benefício será contribuir com a validação de um roteiro que poderá ofertar maior qualidade no atendimento ao cliente na Atenção Básica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A fundamentação teórica apresentada no presente projeto é pertinente e a pesquisa a ser realizada é justificável e relevante para a área em que se insere. A metodologia indicada é adequada para responder aos objetivos apresentados. O cronograma de atividades é exequível.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto da Plataforma Brasil assinada

Instrumento de coleta da revisão da literatura

Instrumento de coleta da SAE

Cronograma

Ofício de encaminhamento ao CEP

Orçamento de 4.502 reais

Comprovante de envio do projeto a plataforma Brasil

Projeto

TCLE

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto Aprovado

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 29ª reunião extraordinária do CEP EERP

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3315-9197

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 1.773.885

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_799229.pdf	06/10/2016 18:38:14		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	projeto1.pdf	06/10/2016 12:33:24	LUCIANA BATISTA	Aceito
Investigador				
Folha de Rosto	cep.pdf	05/10/2016 12:24:43	LUCIANA BATISTA	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	PREFEITURARP.pdf	05/10/2016 12:24:02	LUCIANA BATISTA	Aceito
Outros	OFICIOCEP.pdf	05/10/2016 12:11:29	LUCIANA BATISTA	Aceito
Outros	CONSULTADAGESTANTE.pdf	29/09/2016 09:55:42	LUCIANA BATISTA	Aceito
Outros	COLETADE DADOS.pdf	29/09/2016 09:55:18	LUCIANA BATISTA	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.pdf	29/09/2016 08:23:04	LUCIANA BATISTA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	29/09/2016 08:22:52	LUCIANA BATISTA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	29/09/2016 08:22:42	LUCIANA BATISTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIBEIRÃO PRETO, 13 de Outubro de 2016

Assinado por:
Angelita Maria Stabile
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE CEP: 14.040-902
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 E-mail: cep@eerp.usp.br

Anexo E - Parecer da comissão de avaliação de projetos de pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto.

Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo - Secretaria Municipal da Saúde

OF. 3524/16- GS

RG/r

Ribeirão Preto, 30 de AGOSTO de 2016.

Senhora Orientadora,

Informo que a CHEFE DA DIVISÃO DE ENFERMAGEM da SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE de Ribeirão Preto, SP, manifestou a concordância de que a coleta de dados do projeto de pesquisa seja realizada na unidade referida na Secretaria da Saúde de Ribeirão Preto.

Sendo assim, **declaro estar ciente e concordo com a realização** do projeto de pesquisa: "ELABORAÇÃO DE ROTEIRO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À GESTANTE: PROPOSTA DE UTILIZAÇÃO DA CIPESC.", sob a responsabilidade da PROFª SILVIA MATUMOTO.

Informo que a pesquisa somente poderá iniciar quando obtiver a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da instituição proponente.

Solicito que a pesquisadora encaminhe à Secretaria Municipal da Saúde o Relatório Final ao encerrar a pesquisa.

Cordialmente,

Ronaldo Guizzo

**Coordenador da Comissão de Avaliação de Projeto de Pesquisa
da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto**

Ilustríssima Senhora

PROFª SILVIA MATUMOTO

ORIENTADORA DO PROJETO DE PESQUISA

EERP-RP

NESTA

Anexo F - Instrumento URSI, 2005.

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS VALIDADO POR URSI(2005)

A. Identificação

Título do artigo

Título do periódico

Autores

Nome _____
Local de
trabalho _____
Graduação _____

País

Idioma

Ano de publicação

B. Instituição sede do estudo

Hospital

Universidade

Centro de pesquisa

Instituição única

Pesquisa multicêntrica

Outras instituições

Não identifica o local

C. Tipo de publicação

Publicação de enfermagem

Publicação médica

Publicação de outra área da saúde. Qual?

D. Características metodológicas do estudo

1. Tipo de publicação

1.1 Pesquisa

- ☐ Abordagem quantitativa
- ☐ Delineamento experimental
- ☐ Delineamento quase-experimental
- ☐ Delineamento não-experimental
- ☐ Abordagem qualitativa

1.2 Não pesquisa

- ☐ Revisão de literatura
- ☐ Relato de experiência
- ☐
- Outras _____

2. Objetivo ou questão de investigação

3. Amostra

3.1 Seleção

☐ Randômica
☐ Conveniência
☐
Outra _____

3.2 Tamanho (n)

☐

Inicial _____

☐

Final _____

3.3 Características

Idade _____

Sexo: M ☐ F ☐

Raça _____

Diagnóstico _____

Tipo de

cirurgia _____

3.4 Critérios de inclusão/exclusão dos
sujeitos _____

4. Tratamento dos dados

5. Intervenções realizadas

5.1 Variável

independente _____

5.2 Variável

dependente _____

5.3 Grupo controle: sim ☐ não ☐5.4 Instrumento de medida: sim ☐ não ☐

5.5 Duração do

estudo _____

5.6 Métodos empregados para mensuração da
intervenção _____

6. Resultados

7. Análise

7.1 Tratamento

estatístico _____

7.2 Nível de

significância _____

8. Implicações

8.1 As conclusões são justificadas com base nos
resultados _____8.2 Quais são as recomendações dos autores

9. Nível de evidência

E. Avaliação do rigor metodológico

Clareza na identificação da trajetória metodológica no texto (método empregado, sujeitos participantes, critérios de inclusão/exclusão, intervenção, resultados)

Identificação de limitações ou vieses

REFERÊNCIA

URSI, E. S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura**. 2005. 128p Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.