



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

JAMILE LOPES DE MORAES

**PROTOCOLO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO**

FORTALEZA

2013

JAMILE LOPES DE MORAES

**PROTOCOLO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO**

Dissertação submetida à Banca examinadora constituída pelo Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Kelve de Castro Damasceno.

FORTALEZA

2013

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

M821p Moraes, Jamile Lopes de.
Protocolo para consulta de enfermagem no pré-natal: construção e validação. / Jamile Lopes de Moraes. – 2013.
104 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2013.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profª. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno
1. Cuidado Pré-Natal. 2. Enfermagem Obstétrica. 3. Tecnologia. I. Título.

CDD 610.73678

JAMILE LOPES DE MORAES

**PROTOCOLO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL:
CONSTRUÇÃO E VALIDAÇÃO**

Dissertação submetida à Banca examinadora constituída pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em 02/12/2013

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª Dr^ª Ana Kelve de Castro Damasceno
(Presidente e Orientadora)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof^ª Dr^ª Escolástica Rejane Ferreira Moura
(1ºMembro)
Universidade Federal do Ceará- UFC

Prof^ª Dr^ª Kaelly Virginia Saraiva
(2º Membro)
Faculdade Terra Nordeste- FATENE

Prof^ª Dr^ª Camila Teixeira Moreira Vasconcelos
(1º Suplente)
Universidade Federal do Ceará- UFC

A Deus por ter guiado meus caminhos durante toda minha vida e por ter concedido sabedoria e força para superar os obstáculos durante esses dois anos. Tenho certeza que sem as suas bênçãos não teria conseguido. Obrigada, meu Deus, pela sua infinita misericórdia e por ter feito milagres diários em minha jornada. Passa a frente em tudo na minha vida, meu Pai. Amo-te.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que em seu amor de Pai, não me abandonou por nenhum instante, estando presente em cada momento da minha vida. Por ter me dado força para lutar por meus objetivos e que acima de tudo, me amou e me ama infinitamente. Se consegui, é porque permitiste.

Aos meus pais, José Edilson Lopes de Moraes e Francisca Ribeiro Lopes de Moraes por se fazerem presentes em cada etapa dessa conquista e por acreditarem que conseguiria, mesmo quando eu titubeava.

Ao meu noivo, Danilo Veloso Lopes, pelo amor, sabedoria e paciência. Você foi fundamental nessa minha conquista. As suas palavras de otimismo me impulsionaram em cada desafio que tinha de superar. Você me faz mais feliz!

Às minhas irmãs, Juliana Lopes de Moraes e Jermana Lopes de Moraes, pois mesmo diante das nossas diferenças, nos amamos muito e superamos muitos obstáculos juntas.

À minha orientadora, Professora Ana Kelve de Castro Damasceno, que está presente em minha vida desde a graduação. Obrigada pela sua paciência, pela sua dedicação e por todo conhecimento que adquiri através de seus ensinamentos.

À minha querida colega de mestrado, Amanda Sousa de Oliveira, pela calma que me passava diante das minhas angústias e por ter ensinado muito durante esses dois anos de convivência.

Aos membros do Projeto de Pesquisa Enfermagem na Promoção da Saúde Materna, pelo aprendizado compartilhado.

A todos os professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem da UFC pelas suas valiosas ao longo do curso.

Aos vinte e dois juízes que aceitaram participar desta pesquisa, fornecendo contribuições valiosas para o aperfeiçoamento deste protocolo.

Muito Obrigada!

“... eu te chamo pelo nome, és meu.

Se tiveres de atravessar a água estarei contigo.

E os rios não te submergirão;

se caminhares pelo fogo, não te queimarás,

e a chama não te consumirá.

Pois eu sou o Senhor, teu Deus,

o santo de Israel, teu Salvador.

Dou o Egito por teu resgate,

a Etiópia e Sabá em compensação.

Porque és precioso aos meus olhos,

porque eu te aprecio e te amo,

permuto reinos por ti.

Fica tranquilo, pois estou contigo.”

Isaiás 43, 1-5.

RESUMO

A presente pesquisa teve por objetivo construir e validar um protocolo direcionado a consulta de Enfermagem no pré-natal a ser utilizado na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa. Pesquisa tecnológica desenvolvida de janeiro de 2012 a novembro de 2013 em quatro fases com 10 etapas. A primeira fase correspondeu à construção do protocolo onde foi realizada uma adaptação as etapas propostas pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para Diretrizes Clínicas/ Protocolos Assistenciais de Porto Alegre e foi composta por sete etapas. A primeira etapa correspondeu à escolha do tema, onde o protocolo foi dividido em capítulos em uma sequência lógica para melhor direcionar o atendimento pré-natal. A etapa 2 foi referente a justificativa do tema escolhido. Na etapa 3 foram disponibilizadas as fontes bibliográficas utilizadas no protocolo. A etapa 4 correspondeu as evidências encontradas ao longo da elaboração do protocolo. Na etapa 5 foi realizada a organização do protocolo em algoritmos visando ordenar e estabelecer os fluxos das ações. A etapa 6 foi caracterizada pela enumeração das referências utilizadas as quais foram disponibilizadas em formato Vancouver. Na etapa 7 ocorreu a diagramação do protocolo desenvolvida através do programa CorelDraw x6. A fase 2 correspondeu a elaboração textual do protocolo o qual foi escrito em fonte Times New Roman, tamanho 12 sendo composto por 94 páginas com 12 capítulos. A fase 3 foi referente a validação de conteúdo e aparência do protocolo. Na etapa 8 foram escolhidos, através de critérios de inclusão pré-estabelecidos, 22 especialistas com experiência na área de interesse (Obstetrícia, saúde da mulher, pré-natal, saúde da família, validação de instrumentos), os quais avaliaram objetivos, estrutura, aparência e relevância do protocolo. Um item era considerado validado quando apresentasse Índice de Validade de Conteúdo (IVC) $\geq 0,78$. Ressalta-se que todos os itens apresentaram IVC superior a esse valor. Em relação aos objetivos do protocolo houve variação do IVC de 0.86 a 1.0. Na avaliação alusiva a estrutura e aparência o IVC também variou de 0.86 a 1.0. No tocante a avaliação da relevância do protocolo, houve variação do IVC de 0.90 a 0.95. O protocolo foi validado de forma global com IVC=0.92. Na etapa 9 foi realizada adequação do protocolo às sugestões dos especialistas referente a reelaboração de frases, acréscimo ou modificações de informações e ilustrações. A fase 4 foi equivalente a disponibilização do protocolo e foi composta pela etapa 10 que correspondeu ao encaminhamento do protocolo para impressão. Considerou-se o protocolo validado em conteúdo e aparência por especialistas, sendo importante a realização de estudo posterior para verificar o seu impacto na unidade de saúde na qual será utilizado.

Palavras-chave: Tecnologia. Cuidado pré-natal. Enfermagem obstétrica.

ABSTRACT

This study aimed to build and validate a protocol addressing the Nursing query under prenatal to be used at Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa. This methodological research was conducted from January 2012 to November 2013 in four phases with 10 steps. The first phase was the construction of the protocol in which an adaptation to the steps proposed by the Department of Teaching and Research of Grupo Hospitalar Conceição (GHC) was performed. These suggestions regarded the Clinical Guidelines / Assistance Protocols of Porto Alegre and it was composed of seven steps. The first step corresponded to the choice of the topic, where the protocol was divided into chapters in a logical sequence to better address the prenatal care. Step 2 referred to the justification of the topic chosen. In step 3, the literature sources used in the protocol were cited. Step 4 regarded the evidence found during the protocol development. In step 5, the organization of the protocol in algorithm was performed, aiming to organize and establish the flow of actions. Step 6 was meant to list the references used, which were made available in Vancouver format. In step 7, the layout of the protocol was developed through the software CorelDRAW x6. Phase 2 corresponded to textual elaboration of the protocol which was written in Times New Roman font, size 12, composed of >>>>>> pages throughout 12 chapters. Phase 3 was related to validation of content and appearance of the protocol. In step 8, 22 experts with experience in the area of interest (obstetrics, women's health, prenatal care, family health, validation of instruments) were chosen under inclusion criteria pre-established, who evaluated the goals, structure, appearance and relevance of the protocol. An item would be considered validated when presenting a Content Validity Index (CVI) ≥ 0.78 . It is noteworthy mentioning that all items had CVI greater than this value and were thus validated. Regarding the objectives of the protocol, there was variation of CVI from 0.86 to 1.0. Concerning the evaluation of the structure and appearance of the protocol, CVI also varied from 0.86 to 1.0. As for the assessment of the relevance of the protocol, CVI varied from 0.90 to 0.95. The protocol was also globally validated with CVI = 0.92. In step 9, the protocol was adapted according to the suggestions from the experts, as for the sentences used, addition or modification of information and illustrations. Phase 4 focused on the provision of the protocol and was composed by stage 10, which corresponded to the printing of the protocol. The protocol was considered validated in content and appearance by experts. It would be relevant to conduct further study to verify its impact in the health unit in which it will be used.

Keywords: Technology. Prenatal care. Midwifery.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Gráfico 1	Distribuição de gestantes atendidas na CPN por número de consulta pré-natal de janeiro a outubro de 2013, Fortaleza-CE, 2013. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	39
Quadro 1	Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia.....	42
Quadro 2	Graus de Recomendação nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia de acordo com cada nível de evidência.....	42
Figura 1	Esquema representativo da simbologia que compõe um fluxograma. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	43
Quadro 3	Critérios para seleção de juízes em Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	47
Quadro 4	Fontes bibliográficas utilizadas para o embasamento teórico do protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	58
Figura 2	Fluxograma de Acolhimento Pré-natal na CPN Lígia Barros Costa.....	61
Figura 3	Fluxograma para Diagnóstico da Gravidez.....	62
Figura 4	Fluxograma com esquema para vacina dupla do tipo adulto/dT na gestação..	63
Figura 5	Fluxograma com esquema para vacinação contra hepatite B na gestação.....	64
Figura 6	Fluxograma para suplementação com sulfato ferroso na gestação.....	65
Figura 7	Capas de alguns capítulos do protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013..	67
Quadro 5	Distribuição da caracterização dos especialistas que validaram o protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	69
Quadro 6	Distribuição das avaliações dos especialistas quanto os objetivos do protocolo,	

	Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	71
Quadro 7	Distribuição das avaliações dos especialistas quanto a estrutura e apresentação do protocolo, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	72
Quadro 8	Distribuição das avaliações dos especialistas quanto a relevância do protocolo, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	74
Quadro 9	Distribuição das sugestões de especialistas alusivas às reelaboração de frases dispostas no protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	76
Quadro 10	Distribuição das sugestões de especialistas alusivas às informações dispostas no protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	77
Quadro 11	Distribuição das sugestões de especialistas alusivas às ilustrações dispostas no protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.....	79

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	14
2. OBJETIVOS.....	21
2.1. Objetivo Geral	21
2.2. Objetivos Específicos.....	21
3. REFERENCIAL TEÓRICO	22
4. REVISÃO DE LITERATURA	25
4.1. Assistência Pré-natal baseada em Evidências Científicas	25
4.2. Práticas de Promoção em Saúde para a Assistência Pré-Natal	28
4.3. O uso do protocolo como tecnologia facilitadora na promoção da saúde de gestantes	32
5. METODOLOGIA	37
5.1. Tipo de Estudo.....	37
5.2. Local do estudo.....	37
5.3. Período e fases do estudo	39
5.3.1. Fase 1: Construção de Protocolo	39
5.3.2 Participantes da Construção do Protocolo.....	45
5.3.3 Fase 2: Elaboração Textual	45
5.3.4 Fase 3: Validação do Protocolo	46
5.3.4.1 Instrumento e procedimentos para coleta de dados referentes a validação.....	48
5.3.4.2 Análise dos dados obtidos dos juízes.....	49
5.4 Aspectos Éticos da Pesquisa.....	50
6. RESULTADOS E DISCUSSÕES	51
Fase 1: Construção do Protocolo	51
Fase 2: Elaboração Textual	68
Fase 3: Validação do Protocolo	69
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	81
REFERÊNCIAS.....	83

APÊNDICES	91
ANEXO	102

1. INTRODUÇÃO

A gravidez constitui uma fase de transformações no ciclo de vida da mulher. Durante esse período são vivenciadas modificações fisiológicas, anatômicas e psicossociais. É um momento caracterizado por combinações de diferentes sentimentos, no qual são evidenciadas indagações acerca do cuidado materno-fetal. Assim, torna-se necessário um acompanhamento pré-natal de qualidade, que assista à gestante em suas principais necessidades.

Portanto, a gestação é um momento em que a mulher precisa acolher as mudanças ocorridas, de forma a revertê-las em seu benefício e da criança, visto que, as ações maternas poderão refletir no nascimento de uma criança saudável e no seu posterior crescimento e desenvolvimento satisfatórios (REIS et al., 2010).

O acompanhamento pré-natal é a forma mais segura de prevenir riscos e de detectar precocemente alterações, que caso não tratadas no início da gestação, poderão implicar em um desfecho desfavorável para o binômio mãe e filho.

O principal objetivo da atenção pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o nascimento de um recém-nascido saudável, sem causar impacto na saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012).

No Brasil, o número de consultas pré-natais por mulher que realiza o parto no Sistema Único de Saúde vem aumentando nas últimas décadas. Em 1999, o percentual de mulheres que realizaram de quatro a seis consultas girou em torno de 16% enquanto a porcentagem daquelas que não realizou nenhuma consulta foi de 5,81%. No ano de 2010, 29,85% de mulheres realizaram de quatro a seis consultas e 1,84% não realizou nenhuma consulta (BRASIL, 2011).

Embora se tenha verificado esse aumento, pode-se notar que esses dados ainda são insatisfatórios, tendo em vista que o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) preconiza que a gestante realize um elenco mínimo de seis consultas durante o período gestacional, onde sua primeira consulta deve ser realizada até o quarto mês de gestação e que também seja realizada uma consulta de puerpério (BRASIL, 2002).

Destaca-se a participação do enfermeiro no atendimento pré-natal, sendo esse profissional capacitado para acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde e devendo demonstrar, além de competência técnica interesse pela gestante e

pelo seu modo de vida (BRASIL, 2012). O enfermeiro deve atuar no pré-natal de forma a aumentar a qualidade do serviço, garantindo uma assistência integral à gestante. É importante que atue no acolhimento com classificação de risco, na realização das consultas e em estratégias de educação em saúde dentro e fora da Unidade de Saúde, buscando envolver a comunidade em suas ações.

Observa-se assim, que a assistência pré-natal em nosso país não está acontecendo de forma adequada, pois ainda se percebe uma parcela de gestantes que não recebem acompanhamento adequado.

Sabe-se que por muito tempo a assistência a gestante durante e após o parto era prioridade de algumas esferas privilegiadas da população. As mulheres que eram desfavorecidas economicamente tinham seus filhos em péssimas condições de higiene e não recebiam orientações por parte dos profissionais de saúde, uma vez que essa assistência ficava voltada apenas para a população de maior poder aquisitivo.

Grande parte das gestantes do país não tinha uma cobertura pré-natal e, conseqüentemente, estavam mais propensas a desenvolver intercorrências durante o período gestacional. Assim, fazia-se necessária a criação de programas que visassem uma assistência humanizada à gestante durante o período gestacional, bem com assistisse a mulher em outras etapas do seu ciclo de vida.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), tendo como principal objetivo atender a mulher em sua integralidade, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério. Porém, esse programa ainda possuía uma visão restrita, uma vez que a integralidade da atenção à saúde da mulher não aconteceu de fato, sendo realizados questionamentos quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na redução da mortalidade materna (BRASIL, 2005).

No ano de 1994, surge o Programa Saúde da Família (PSF), hoje denominado Estratégia Saúde da Família (ESF) que emergiu com o propósito de orientar a organização da atenção básica no país, garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade (BRASIL, 2008). No tocante a assistência pré-natal, esse programa visava aumentar a cobertura assistencial, na medida em que ampliava o número de equipes multiprofissionais atuantes dentre outras áreas na promoção da saúde materna, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gestação.

Em primeiro de junho do ano 2000, o Ministério da Saúde através da Portaria/GM nº. 569 instituiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), tendo como objetivo primordial assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O PHPN está estruturado em princípios, tais como, toda gestante deve ter direito a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, de ter assegurado o acesso à maternidade que será atendida no momento do parto, assistência ao parto e puerpério de forma humanizada e segura, bem como o recém-nascido deve ser assistido com atendimento neonatal humanizado e seguro (BRASIL, 2002).

Em 2004, o PAISM avança na forma da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo dentre seus objetivos, a promoção de uma atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes (BRASIL, 2004).

Mais recentemente, através da portaria de nº 1459 de junho de 2011, o Ministério da Saúde lançou no âmbito do SUS, a Rede Cegonha. Essa rede de cuidados visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada durante a gestação, parto e puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, tendo como princípios além da humanização do parto e do nascimento, a organização dos serviços de saúde, acolhimento da gestante e do bebê com classificação de risco, vinculação da gestante à maternidade, gestante não peregrina e a realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2011).

Mesmo com a criação dessas políticas de saúde, a mortalidade materna e neonatal continuam sendo problemas sociais relevantes no país: em 2008, a Razão de Morte Materna (RMM) no Brasil foi de 68,7 óbitos por 100.000 nascidos vivos (BRASIL, 2011). No Ceará, as razões da mortalidade materna no período de 1997 a 2010 vem se mantendo com uma média de 78.5 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos. O risco de uma mulher morrer de parto no Ceará, como também no Brasil, é de quase quatro vezes superior ao preconizado pela OMS, que é de até 20 óbitos por 100.000 nascidos vivos (CEARÁ, 2012).

Diante desse fato, é relevante a melhoria da assistência pré-natal no país e, particularmente no Estado do Ceará. É necessário um olhar crítico por parte dos gestores como forma de priorizar ações de saúde às gestantes, garantindo-lhes uma assistência pré-natal de qualidade.

A busca pela qualidade da assistência passa pela organização e gerenciamento dos serviços. Nesta perspectiva a criação de protocolos direcionados a profissionais da área da saúde pode ser considerada uma ferramenta facilitadora no processo de cuidar, pois à medida que as condutas assistenciais tornam-se atualizadas e padronizadas a qualidade do atendimento tende a crescer. Logo, a elaboração de um protocolo que vise orientar as condutas de Enfermagem durante a assistência pré-natal poderá contribuir para o aumento da adesão das gestantes aos serviços de saúde, elevando a cobertura pré-natal, garantindo mais qualidade no acompanhamento e, conseqüentemente, contribuindo para a redução da mortalidade materna.

Não se pode afirmar que a assistência pré-natal possa prevenir as principais complicações do parto, que são tidas como causas importantes de mortalidade materna, mas algumas intervenções realizadas nesse período poderão favorecer o prognóstico materno e fetal.

O período pré-natal se caracteriza como um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para o enfermeiro desenvolver o processo de cuidar. Sendo assim, o profissional de saúde deve ser um instrumento capaz de fazer com que a gestante adquira empoderamento no autocuidado, tornando-se agente ativa nesse processo.

A humanização no cuidado pré-natal é fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento (compreendido desde a pré concepção até o pós-parto) (ZAMPIERI, 2010).

Segundo relatório técnico produzido pela Organização Panamericana de Saúde, uma assistência de qualidade está relacionada ao processo pelo qual uma mulher e seu bebê recebem atenção adequada durante o ciclo gravídico-puerperal, devendo o profissional que presta os cuidados dispor de condições que facilitem sua atuação nos vários níveis do sistema de saúde, além de apresentar comportamentos, conhecimentos e habilidades que tornem sua prática obstétrica segura e capaz de reduzir a mortalidade materna. (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003).

O cuidado de Enfermagem deve ser individualizado. É necessário compreender e respeitar as diferenças que cada mulher apresenta, buscando prevenir, diagnosticar, recuperar e promover a saúde nos diversos níveis de complexidade, ultrapassando o cuidado rotineiro, mecânico, centrado em procedimentos.

A inclusão do enfermeiro na assistência pré-natal visa humanizar o atendimento, visto que sua formação humanística sustenta-se em referenciais da educação e promoção da

saúde como eixos indissociáveis do cuidado em enfermagem (CABRAL; HIRT; SAND, 2013). Assim, a figura do enfermeiro no cuidado pré-natal vem solidificar essa assistência através de um atendimento individualizado e centrado na autonomia da gestante frente a suas escolhas e peculiaridades, contribuindo para o empoderamento feminino, para que, essas gestantes cientes de seus direitos sexuais e reprodutivos, resgatem sua autonomia e protagonismo e tenham livre escolha frente as ofertas de cuidado para a construção de seus projetos terapêuticos no processo de gestação e nascimento (CABRAL; HIRT; SAND, 2013).

O cuidado de enfermagem implica uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilidade e de envolvimento afetivo para com o outro. O enfermeiro precisa desenvolver habilidades tais como escuta sensível, acolhimento de demandas, vínculo e corresponsabilização pela produção social da saúde, sustentados nos pressupostos da humanização do cuidado e da atenção integral (CABRAL; HIRT; SAND, 2013).

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem – Decreto n.º 94.406/87 e o Ministério da Saúde, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 1987).

Como descrito na Lei n.º 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem, cabe ao enfermeiro realizar consulta de Enfermagem e prescrição da assistência de Enfermagem; como integrante da equipe de saúde: prescrever medicamentos, desde que estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; oferecer assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN, 1986).

A consulta de Enfermagem, assim como qualquer outra atividade assistencial, requer sistematização, ou seja, uma sequência dinâmica de etapas, capaz de direcionar as ações de Enfermagem. Sendo compreendida pelas seguintes etapas: histórico, diagnóstico, planejamento, implementação e evolução, a fim de que seu trabalho e conhecimento conduzam ao repensar contínuo da prática profissional (FELIPE et al., 2008).

Enquanto profissional que presta cuidados diretos a gestantes, o enfermeiro necessita padronizar sua prática assistencial. Assim, torna-se importante a criação de protocolos que direcionem a consulta de Enfermagem como ferramenta facilitadora da prática assistencial, levando sempre em consideração sua adequação e pertinência diante das necessidades de saúde da população.

Assim, diante do exposto e através da prática assistencial da autora atuando como enfermeira obstetra no cuidado de gestantes no pré-natal há três anos, percebeu-se a

necessidade de elaborar um protocolo a ser utilizado durante as consultas pré-natais, contendo informações e direcionamentos técnico-científicos que contribuam para ajudar os enfermeiros na tomada de decisão, na melhoria da qualidade do atendimento e que sirva como instrumento colaborador para a organização e regulamentação das ações desse profissional no atendimento básico à saúde.

A prática baseada em evidências científicas aponta que o uso de tecnologias para a realização do cuidado em Enfermagem obstétrica deve ser incentivada, contudo é necessária uma reflexão aprofundada sobre a adequação, a vantagem e a necessidade da utilização delas no cuidado à mulher e que sejam discutidas a sua utilização para a sistematização das ações (TORRES et al.,2008).

Os protocolos em saúde são considerados tecnologias que funcionam como ferramentas importantes para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços, esses devem ser guiados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, tendo, como fundamentação, estudos validados pelos pressupostos das evidências científicas, devendo ser elaborados por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

É importante que os protocolos sejam construídos observando-se sua aplicabilidade frente às realidades locais para que produzam impactos positivos sobre a qualidade de vida da população assistida pela equipe (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

É importante salientar que os protocolos devem sempre passar por processos de avaliações e revisões científicas periódicas para que haja renovação e inovação desse processo.

Diversos municípios brasileiros adotam protocolos nos serviços de saúde, dentre esses, tem-se, Rio de Janeiro; Minas Gerais; Goiás; São Paulo; Curitiba, dentre outros.

Acredito que o desenvolvimento dessa tecnologia apresentará grande relevância no campo da Enfermagem. Visto que, possibilitará aos enfermeiros, prestar um melhor acompanhamento durante as consultas de pré-natal, permitindo realizar um cuidado de Enfermagem de forma padronizada e com maior autonomia.

O protocolo construído foi direcionado a um serviço que é referência para formação de enfermeiros, sob supervisão de docente e de enfermeiro assistencial, que atuam na consulta de Enfermagem ao pré-natal, levando em consideração as políticas públicas de saúde existentes, de acordo com o Ministério da Saúde e suas recomendações no Caderno de

Atenção Básica nº 36, bem como artigos científicos de práticas baseadas em evidências. A construção deste protocolo avança por solidificar uma prática existente neste serviço, que é a realização de uma consulta de Enfermagem em Pré-natal tendo seu embasamento na Sistematização da Assistência de Enfermagem e em um Referencial Teórico, que é o Modelo de Enfermagem de Ropper, Logan e Tierney cujo enfoque são as atividades de vida diárias (ROPPER; LOGAN; TIERNEY, 2001).

Além da construção do protocolo, foi validado quanto a sua aparência e conteúdo. Esta validação se faz importante para a implantação dessa tecnologia no âmbito do pré-natal, de forma a respaldar a assistência de Enfermagem.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo Geral

- ✓ Construir um protocolo direcionado a consulta de Enfermagem no pré-natal.

2.2. Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as etapas do processo de desenvolvimento do protocolo;
- ✓ Validar seu conteúdo e aparência

3. REFERENCIAL TEÓRICO

O desenvolvimento desse estudo foi fundamentado no Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney o qual se baseia no desempenho diário das atividades de vida, modelo esse que surgiu por volta dos anos 80 e foi desenvolvido por três enfermeiras formadas pela Universidade de Edimburgo, Escócia, no Reino Unido, que se uniram para discutir a ideia de desenvolver uma estrutura conceitual de Enfermagem.

Esse modelo é aplicado na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa e é estudado no curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC).

Inicialmente, Roper através de sua pesquisa de mestrado na Inglaterra, buscou identificar as diferenças entre a prática de Enfermagem e a prática médica, visando descobrir o núcleo da Enfermagem, para isso começou a trabalhar um modelo de Enfermagem a partir da identificação de atividades realizadas por indivíduos ao longo da vida (BRITO, 2008). Baseado nessa pesquisa, Roper publicou a *Clinical Experience in Nursing Education* (1976) que serviu de base ao subsequente trabalho com Win Logan e Alison Tierney, a partir de então as autoras passaram a trabalhar visando o aprimoramento do modelo inicial (ROPER, LOGAN, TIERNEY; 2001).

Roper, Logan e Tierney trabalhando juntas, aperfeiçoaram o trabalho de Roper e publicaram pela primeira vez as suas contribuições no *The Elements of Nursing*, em 1980, com intuito de ensinar aos estudantes a pensarem na prática de Enfermagem, estando esse modelo constituído por cinco componentes inter-relacionados, sendo esses: atividades de vida, duração da vida, contínuo dependência/ independência, fatores que influenciam as atividades da vida e individualidade da vida (HOLAND, 2008).

O modelo pode ser dividido em duas partes: o modelo de vida e o modelo de Enfermagem (HOLAND, 2008).

As atividades de vida constituem o componente mais importante do modelo e são realizadas dentro de um contínuo dependência-independência. Cada atividade de vida é influenciada por fatores que determinam o seu desempenho (fatores físicos, psicológicos, socioculturais, ambientais e político-econômicos) e exercem uma participação direta, de acordo com as etapas de vida, para a obtenção dos dados que levarão a identificar o grau de dependência/independência do cliente (ROPER, LOGAN, TIERNEY, 2001).

As atividades que constituem o modelo são: 1. Manter um ambiente seguro; 2. Comunicar; 3. Respirar; 4. Comer e beber; 5. Eliminar; 6. Higiene pessoal e vestir-se; 7.

Controlar a temperatura corporal; 8. Mobilizar-se; 9. Trabalhar e distrair-se; 10. Expressar sexualidade; 11. Dormir; 12. Morrer.

O termo, Atividades de Vida, é utilizado em um sentido amplo, onde cada atividade apresenta inúmeras dimensões. Quanto mais se analisa as atividades de vida, se percebe a complexidade de cada uma delas e o fato de estarem inter-relacionadas. Assim, a alteração no desempenho em uma determinada atividade de vida, implicará em modificação na execução das demais (ROPER, LOGAN, TIERNEY; 2001).

Cada ser humano tem uma duração de vida que vai do nascimento até a morte e as fases de vida, influenciam o comportamento individual em cada atividade de vida, ou seja, o modo como são desempenhadas as atividades sofre grande influência na idade em que se encontra o indivíduo. Essa compreensão é fundamental para que o cuidado seja adequado e eficaz (ROPER, LOGAN, TIERNEY; 2001).

Todas as atividades de vida exercem um grau de importância, umas mais do que as outras a depender da circunstância e não devem ser afastadas dos outros quatro componentes que constituem o modelo (ROPER, LOGAN, TIERNEY, 1987).

O modelo de atividades de vida baseia-se no realismo e na acessibilidade (ROPER, LOGAN, TIERNEY; 2001), sendo uma forma de garantir um cuidado de Enfermagem individual, transferindo a atenção de Enfermagem da doença para a saúde.

Segundo esse modelo, o enfermeiro deve buscar solucionar os problemas detectados em cada atividade de vida e utilizá-lo a luz do processo de Enfermagem o qual é definido pelas autoras como um modelo de pensamento lógico que deve ser usado com um modelo explícito de Enfermagem (ROPER, LOGAN, TIERNEY, 2001).

De acordo com o modelo de Enfermagem, a saúde é vista como uma responsabilidade pessoal, onde cada indivíduo apresenta diferentes percepções acerca do seu estado de saúde (BRITO, 2008).

Nessa percepção a complexidade da vida é trabalhada de forma simples através das atividades diárias que cada pessoa executa.

Modelos teóricos partem de um nível abstrato necessitando da construção do concreto, servindo para embasar o conhecimento em curso ou à produção de novos saberes (PARSE, 1987).

Acontecimentos vivenciados em certas etapas da vida podem afetar significativamente a forma como as atividades de vida são desempenhadas levando ao aparecimento de problemas reais ou potenciais (ROPER, LOGAN, TIERNEY, 2001). A gestação se configura em um desses acontecimentos, pois diante de todas as mudanças que

ocorrem no organismo da mulher nesse período, muitas atividades diárias podem vir a ser alteradas, resultando em diminuição da qualidade de vida caso não sejam realizadas orientações pertinentes por parte dos profissionais da saúde.

Sabe-se que na gestação, mudanças fisiológicas, anatômicas e psicológicas acontecem. No tocante as atividades propostas no modelo de Roper, Logan e Tierney, praticamente todas sofrem modificações nesse período e o enfermeiro deve ser membro atuante auxiliando as gestantes na tomada de decisões como forma de promover saúde.

Assim, ao embasar sua prática assistencial no modelo de Enfermagem, o enfermeiro pré-natalista pode observar as atividades de vida que foram alteradas e/ou mantidas no avançar da gestação e, assim, desenvolver um cuidado individual e holístico.

No decorrer do processo gestacional, a forma como as atividades de vida são desempenhadas torna-se fundamental para a manutenção de uma gravidez saudável e um parto com sucesso.

4. REVISÃO DE LITERATURA

4.1. Assistência de Enfermagem ao Pré-natal baseada em Evidências Científicas

Percebe-se o quanto se torna importante que as práticas assistenciais de Enfermagem sejam baseadas em evidências científicas. Independente do ramo no qual seja trabalhado, o cuidado de Enfermagem deve ser prestado de acordo com critérios clínicos estabelecidos através de evidências científicas, como forma de gerar maiores benefícios ao ser que é cuidado, trazendo aos enfermeiros respaldo e padronização da prática clínica.

Assim, a assistência de Enfermagem ao pré-natal, deve ser realizada com embasamentos teórico-práticos validados cientificamente, onde a abordagem de cada gestante seja baseada no risco gestacional, nas características da população rastreada, na prevalência das doenças mais comuns e na avaliação das evidências disponíveis (AMORIN; MELO, 2009).

Atualmente, encontra-se disponível uma grande quantidade de informações provenientes de estudos realizados em diferentes cenários. Essas pesquisas, muitas vezes, resultam em achados diferentes a depender da cultura e da população em que foram realizadas, podendo acarretar dificuldade para seleção dos procedimentos mais adequados e aplicá-los corretamente durante a prática assistencial.

Assim é de grande importância que o enfermeiro pré-natalista saiba embasar sua prática clínica em estudos com evidências científicas atualizadas e que seja capaz de selecionar as condutas e os procedimentos mais adequados de serem utilizados durante as consultas de pré-natal definindo a época de aplicá-los durante a gestação.

O uso de protocolos como rotina em Unidades de Saúde é uma forma de embasar a assistência em práticas atualizadas através de estudos baseados em evidências científicas. Visando nortear as ações, propiciando o acompanhamento do seu desenvolvimento e a avaliação do desempenho profissional através da Sistematização da Assistência de Enfermagem (RIO DE JANEIRO, 2012).

Estudo realizado em províncias do Canadá com objetivo de verificar o impacto do tabagismo e alcoolismo durante a gestação através da triagem no pré-natal apontou que a evidência científica deve ser analisada como ponto crucial na tomada de decisão envolvendo considerações, tais como a viabilidade do uso, o custo e as necessidades da população. Esse

mesmo estudo enfatiza que as evidências baseadas nas diretrizes de prática clínica são cada vez mais vistas como importantes ferramentas na busca de melhorar a qualidade e a eficácia dos cuidados de saúde, destacando a necessidade de desenvolver recomendações padronizadas na assistência pré-natal embasada em revisões sistemáticas (EDWARDS et al, 2008).

Dessa forma, a assistência pré-natal deve ser baseada em estudos que evidenciem cientificamente as melhores condutas a serem tomadas durante o acompanhamento das mulheres ao longo do período gestacional, visando os melhores resultados para a mãe e para a criança, tendo os protocolos grande importância nesse processo.

É importante deter conhecimento sobre exame físico e obstétrico, os exames que devem ser solicitados, práticas de promoção e educação em saúde, bem como, que sejam levadas em consideração as alterações emocionais de cada mulher.

Torna-se importante que as condutas clínicas adotadas no pré-natal sejam coerentes com as condições socioeconômicas de cada gestante sem deixarmos de atentar para os hábitos culturais, para que assim, a Enfermagem baseada em evidências não seja julgada como Enfermagem massificada, desconsiderando o cuidado individualizado do paciente e sim vise somar conhecimento científico à garantia da melhoria de vida da comunidade.

Assim, a tomada de decisão clínica baseada em evidências envolve a integração do conhecimento proveniente da especialização clínica, as preferências e ações do paciente, o estado clínico, o ambiente e as circunstâncias, bem como as evidências de pesquisas no contexto dos recursos disponíveis (CULLUN et al, 2010).

A cada dia os profissionais estão percebendo mais a necessidade de basear suas ações e decisões em dados que confirmem a adequação clínica com a eficácia de custos e a capacidade de gerar resultados positivos para os pacientes. Os dados da Prática Baseada em Evidências (PBE) devem ser extraídos preferencialmente de estudos criteriosos que forneçam informações consistentes e que orientem as ações e as decisões dos enfermeiros (POLIT; BECK, 2011).

Desde o final da década de 1990 surgem ensaios clínicos objetivando analisar a eficácia da atenção pré-natal na redução de desfechos negativos, demonstrando a efetividade de práticas para a prevenção da mortalidade materna, da natimortalidade e da prematuridade (VILAR et al, 2008; BARROS et al, 2010). Dentre essas práticas destaca-se a realização da assistência pré-natal por profissionais de saúde que não são da área médica, como enfermeiros, sem diferenças nos resultados perinatais; a suplementação com sulfato ferroso e ácido fólico; o diagnóstico e tratamento da anemia, da Síndrome Hipertensiva Gestacional e

de infecções maternas (sífilis, gonorréia, HIV); vacinação com antitetânica e a indução do parto em mulheres com ruptura prematura de membrana amniótica (DOMINGUES, 2011).

Ações de pré-natal adequadas e baseadas em estudos sistemáticos podem ser úteis como forma de garantir uma assistência mais atualizada a respeito de descobertas relevantes, tornando os profissionais mais envolvidos com a população, tendo em vista serem levados em considerações aspectos como preferências e ações do paciente.

Os critérios de julgamento relacionados a uma assistência pré-natal apropriada passaram por diversas mudanças ao longo dos anos, tendo acompanhado o desenvolvimento de novas ferramentas diagnósticas e das evidências científicas geradas no campo da saúde materno-infantil (AMORIN; MELO, 2009). Porém, ressalta-se que a fonte de informação utilizada para definição dos critérios de adequação da assistência possivelmente influenciarão nos resultados dos índices de julgamentos avaliativos (EDSON, 2012).

Estudo exploratório-descritivo realizado no município de Rio Branco- Acre com o objetivo de analisar a satisfação de puérperas acerca da assistência pré-natal pela equipe de Enfermagem apresentou praticamente unanimidade no que se refere à satisfação das puérperas diante das consultas de Enfermagem, apontando que as mulheres caracterizaram a assistência pré-natal como de grande relevância por ser um momento em que podem realizar exames, receber orientações acerca de como cuidar do recém-nascido e desenvolver o autocuidado de forma adequada (PESSOA et al, 2009).

No componente pré-natal, o maior envolvimento gestante-enfermeiro pode vir a aumentar a assiduidade das mulheres nas consultas, fato esse que pode contribuir para um melhor desfecho da gestação e garantir maior bem estar do binômio.

No Brasil, vem ocorrendo um aumento considerável da cobertura da assistência pré-natal nos últimos anos. O número de gestantes sem qualquer consulta de pré-natal passou de 10,7% em 1995 para apenas 2,0% em 2009. No mesmo período, proporção de gestantes com sete ou mais consultas aumentou de 49,0% para 58,5%. No município de Fortaleza o percentual de gestantes que não realizou nenhuma consulta de pré-natal passou de 8,89% em 1995 para 2,19% em 2009. (BRASIL, 2009).

Paralelamente a esses dados as taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal também apresentaram diminuição considerável no mesmo período observado (BRASIL, 2009). Fato esse, que nos leva a perceber o quão se faz importante à atenção pré-natal para repercussões maternas e fetais positivas.

A atenção pré-natal apresenta um papel fundamental ao acompanhar o desenvolvimento da gravidez, sendo capaz de diagnosticar e tratar intercorrências clínicas e

obstétricas, realizar ações profiláticas específicas e reduzir a exposição da gestante e do feto a fatores de risco. Constitui-se, ainda, um excelente momento para realização de ações de educação e promoção em saúde, com foco na integralidade da saúde materna (DOMINGUES, 2011).

O maior desafio para a Enfermagem é atribuir o peso apropriado à evidência de pesquisa, garantindo mais atenção ao paciente, ajudando-lhe na tomada de decisões clínicas relacionadas a seu atendimento baseadas em evidências (CULLUN et al, 2010).

4.2. Práticas de Promoção em Saúde para a Assistência Pré-Natal

O programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC) possui como área de concentração, Enfermagem na promoção da saúde em indivíduos, grupos e comunidades, através da investigação de políticas, práticas, processos e recursos de ordem institucional e governamental.

A promoção da saúde pode ser considerada como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida, incluindo uma maior participação no controle desse processo (BRASIL, 2002). Assim, acredita-se que quando ocorre o fortalecimento das habilidades e conhecimento da comunidade, os indivíduos sentem-se mais responsáveis pelo desenvolvimento de ações que gerem saúde, passam a entender melhor a necessidade da mudança de hábitos, implicando na melhoria da qualidade de vida.

Sabe-se que durante o período gestacional ocorre uma série de modificações no organismo da mulher e que aliada a essas mudanças surgem inúmeras indagações decorrentes dessas alterações. Assim, durante esse período a gestante pode vir a interessar-se mais por informações acerca dos cuidados com seu corpo e com o recém-nascido. Logo, passa a ser um momento oportuno para que profissionais de saúde invistam em estratégias de promoção em saúde que possam vir a melhorar a qualidade de vida dessa população, enfocando a prevenção de doenças e mudança de hábitos de vida através de estratégias educativas.

No contexto da promoção, a saúde se conceitua de forma mais positiva e abrangente com ênfase em aspectos pessoais, sociais e na capacidade física. Assim, a promoção da saúde não é de responsabilidade do setor saúde, requerendo ações intersetoriais que ultrapassa um estilo de vida saudável (GURGEL, 2010).

A educação em saúde também pode vir a ser utilizada na atenção pré-natal como uma estratégia de promoção em saúde, sendo definida como um conjunto de saberes e práticas voltadas para a prevenção de doenças e promoção da saúde. Trata-se de um recurso através do qual o conhecimento científico produzido pelos profissionais de saúde é levado à comunidade por meio da compreensão dos fatores condicionantes do processo saúde-doença, oferecendo subsídios para a adoção de novos hábitos de saúde (SILVA et al, 2007).

Os modelos educativos em saúde vêm passando por alterações ao longo dos tempos, ocorrendo à modificação do modelo tradicional com ênfase no tecnicismo para um modelo mais dinâmico baseado na interação educando e educador, onde são levados em consideração às crenças populares e as reais necessidades da população e a educação em saúde funciona como um instrumento de transformação social (CORIOLANO et al, 2012).

Através das práticas de promoção em saúde deve-se buscar a ruptura do modelo hospitalocêntrico voltada para a doença, adotando um novo modelo focado na promoção em saúde, centrado em estratégias multiprofissionais onde a comunidade participe ativamente na construção desse processo.

Assim, cabe ao enfermeiro, juntamente com outros profissionais de saúde uma busca contínua por um modelo assistencial em que a qualidade de vida da comunidade seja o principal foco, que sejam incentivadas práticas de promoção e educação em saúde de forma que a saúde da comunidade seja garantida independente do cenário no qual esteja inserida.

A consulta de Enfermagem no pré-natal deve ser um momento oportuno para que o enfermeiro realize estratégias que visem à promoção da saúde materno-fetal através de uma abordagem contextualizada e participativa.

É importante que além da competência técnica, o enfermeiro pré-natalista desenvolva interesse pelo estilo de vida de cada gestante, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, é necessário que esse profissional seja capaz de criar um vínculo com a gestante, através de uma escuta qualificada, pois assim, poderá contribuir mais facilmente para que as gestantes desenvolvam mudanças positivas frente a hábitos de vida, exercendo papel educativo e promovendo saúde (BRASIL, 2012).

O Ministério da Saúde enfatiza a necessidade da promoção da saúde no pré-natal através da criação de espaços de educação em saúde, onde as gestantes possam ouvir e falar sobre suas vivências, consolidando informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Torna-se importante que as práticas de promoção em saúde também sejam direcionadas aos companheiros e familiares e

que sejam realizadas de forma criativa e dinâmica através de estratégias como dramatizações e discussões em grupo (BRASIL, 2012).

Salientamos a importância do acompanhante nas estratégias educativas, bem como nas consultas de pré-natal, pois ao serem ofertadas informações ao companheiro, esse adquire poder para tranquilizar a gestante fornecendo-lhe orientações sobre o processo do parto, o que a deixará mais tranquila e conseqüentemente, menos ansiosa (FIGUEIREDO et al, 2010).

Sabe-se que o estilo de vida de cada gestante vai depender de fatores socioeconômicos, culturais, psicológicos, nível de escolaridade e que poderá ser influenciado também pelas crenças de familiares e de outras pessoas de convívio próximo. Assim, as estratégias de promoção em saúde devem ser realizadas levando em consideração todos esses fatores e que sejam elaboradas tendo em vista a individualidade e as particularidades de cada gestante para que sejam alcançados os desfechos esperados.

Várias são as oportunidades de promover a saúde materna durante o pré-natal, pois há muitos momentos de encontro entre gestantes e profissionais de saúde ao longo desse acompanhamento. O enfermeiro deve ser capaz de lançar estratégias que otimizem ainda mais essas oportunidades como forma de garantir uma assistência qualificada. A sala de espera, por exemplo, deve ser considerada uma ocasião oportuna para que sejam realizadas estratégias educativas como vídeos, jogos educativos, entrega de folders, cartilhas e dinâmicas grupais.

É importante também que sejam realizadas oficinas e cursos na comunidade como forma de envolver um maior número de gestantes e familiares e que os profissionais que realizam essas atividades sejam capazes de desenvolver nessas mulheres um maior empoderamento frente a seu estilo de vida, fazendo com que se sintam capazes de desenvolverem sua autogestão de forma compromissada e competente para que seja devolvido à gestante o seu protagonismo durante toda a gestação.

A realização de cursos para gestantes é uma estratégia que tem grande importância, pois propicia aprendizado acerca de diferentes temas que lhes despertam interesse, como por exemplo, cuidados com o bebê; modificações fisiológicas no organismo materno; orientação sobre técnicas corretas e benefícios da amamentação; como diagnosticar o início do trabalho de parto; direito ao acompanhante dentre outras temáticas.

A realização desses cursos favorece a criação de vínculos dos profissionais de saúde com as gestantes e assim, torna as atividades mais efetivas no tocante ao cuidado materno-fetal.

Um estudo descritivo realizado no Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará objetivando descrever experiências educativas com gestantes da rede pública de saúde através da realização de curso para gestantes, foi pontuado pelas participantes como algo de extrema importância, tendo em vista o grande aprendizado proporcionado. As autoras concluíram com esse estudo que a educação em saúde é uma estratégia de grande valia no tocante a aquisição de conhecimentos para as gestantes (FIGUEIREDO et al, 2010).

As ações educativas são consideradas como um diferencial no cuidado pré-natal, pois ampliam conhecimento, subsidiam decisões, preparam para parto, maternidade, paternidade e auxiliam na reivindicação de direitos e cuidados, garantindo às gestantes respeito à integridade, a privacidade, a dignidade e a autonomia para decidir sobre a própria saúde (ZAMPIERI, 2010).

Lembramos que as ações de educação em saúde devem ser instigantes, criativas, motivadoras e inovadoras, capazes de estimular as gestantes a participarem do processo educativo. Devem ser utilizadas todas as opções e recursos disponíveis na comunidade (GURGEL et al, 2010).

Percebe-se, entretanto, que grandes são as dificuldades enfrentadas pelos enfermeiros frente à realização de práticas de promoção da saúde. A grande demanda de pacientes diante do número insuficiente de profissionais e da falta de recursos financeiros são fatores que contribuem para a não realização dessas práticas. Dessa forma, o enfermeiro deve utilizar estratégias visando driblar esses obstáculos, realizando cursos em horários que não esteja em atendimento, parcerias com universidades e demais centros de ensino, bem como solicitar apoio de equipe multiprofissional e aproveitar o momento de cada consulta para realizar orientações relacionada à adequação de hábitos de vida, de forma que a promoção da saúde da gestante não seja prejudicada.

O Ministério da Saúde preconiza que sejam abordados durante as atividades educativas no pré-natal aspectos relacionados à importância do pré-natal, cuidado e higiene, a prática de atividades físicas, promoção de uma alimentação saudável (com ênfase na prevenção de distúrbios alimentares e de doenças associadas à alimentação), desenvolvimento gestacional, modificações corporais e emocionais, dúvidas e ansios relacionados ao período gestacional, atividade sexual, orientações referentes às queixas mais frequentes, sinais de alerta (perdas vaginais, febre, dispneia, transtornos visuais), preparo para o parto, importância da participação do pai durante a gestação e o parto e direitos da gestante (BRASIL, 2012).

Verifica-se assim, quão ampla devem ser as atividades de promoção e educação em saúde realizadas pelo enfermeiro, devendo esse profissional atuar com uma visão holística frente a cada mulher, pois as orientações fornecidas deverão ser feitas considerando a necessidade da gestante naquele momento. É preciso saber ouvir seus anseios e dificuldades, encorajá-las no alcance de práticas adequadas, tornando-se coparticipante nesse processo educativo.

Esse profissional desempenha um papel relevante na assistência pré-natal, devendo ser capaz de promover estratégias de promoção e educação em saúde interdisciplinares de forma a envolver a gestante, a família e a comunidade, despertando o interesse dessa população em ampliar seus conhecimentos, através do desenvolvimento de habilidades e de uma maior empoderamento frente a sua realidade.

4.3. O uso do protocolo como tecnologia facilitadora na promoção da saúde de gestantes

Os profissionais que lidam com práticas que envolvem o cuidar humano, necessitam a cada dia desenvolver estratégias como forma de melhor efetivar esse cuidado. Assim, torna-se importante o uso da criatividade e da dinamicidade embasados em conhecimento científico visando um maior aproveitamento de suas atividades assistências.

O uso da tecnologia na prática de Enfermagem vem sendo empregado como uma ferramenta auxiliadora no processo de cuidar, visto que, dinamiza a assistência tornando por vezes o cuidar mais eficaz. As tecnologias podem e devem ser utilizadas em todos os níveis de assistência, para diferentes públicos, tendo como objetivo primordial a promoção da saúde dos envolvidos.

Ao se refletir sobre o uso de tecnologias na perspectiva do cuidar, verifica-se o quão importante é a capacidade humana em buscar inovações capazes de modificar seu cotidiano visando uma melhor qualidade de vida e uma maior realização profissional (SOUSA, 2011).

Desde a primeira revolução técnica- científica, no final do século XVIII e início do século XIX, a tecnologia passou a ser compreendida como o estudo de teorias, métodos e processos científicos objetivando a solução de problemas técnicos (NIETSCHE, 1999).

No campo da Enfermagem essa revolução tecnológica também não foi diferente. Conta-se, hoje, com um aparato tecnológico bem mais modernizado que em outros períodos na história. Diante dessa modernização cabe ao enfermeiro utilizar-se desses novos artifícios como forma de otimizar sua assistência, inovando e aprofundando sua prática, tornando-a ao mesmo tempo mais humanizada.

Lembra-se, entretanto que não se deve relacionar tecnologia somente a máquinas e equipamentos sofisticados ou resumi-la a procedimentos técnicos, consistindo a tecnologia em Enfermagem na aplicação sistemática de conhecimentos científicos, com o intuito de proporcionar melhor atendimento ao ser humano (CAMPOS; CARDOSO, 2008).

A tecnologia em saúde pode ser definida como um fenômeno complexo que nos leva a reflexões cotidianas referentes às experiências de cuidado ao cliente que dela depende. Nesse sentido, à luz dos conceitos que sustentam uma concepção socioconstrucionista sobre a tecnologia, esta se conforma como objeto de conhecimento psicossociológico, implicando modos de agir específicos no cuidado de Enfermagem (SILVA; FERREIRA, 2009).

Segundo Merhy (1999) as tecnologias envolvidas no trabalho em saúde podem ser divididas em três grupos onde a tecnologia leve refere-se ao tipo produção de vínculo, acolhimento e gestão como forma de dirigir processos de trabalho. Já a tecnologia leve-dura denota os saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, tendo como exemplo a clínica médica e psicanalítica e a epidemiologia. No tocante a tecnologia dura, essa se refere ao uso de equipamentos tecnológicos, normas e estruturas organizacionais.

A Enfermagem traz na sua essência, enquanto profissão, o uso da tecnologia como ferramenta facilitadora do processo de cuidar, possibilitando através de seu uso uma prática com mais qualidade, contribuindo para a promoção da saúde. É importante que durante sua prática assistencial o enfermeiro utilize tecnologias inovadoras como, jogos, folders e dramatizações como forma de instigar a participação dos usuários e, assim, gerar resultados mais satisfatórios.

O uso de tecnologias também pode contribuir para melhorar o cotidiano do enfermeiro, disponibilizando informações e potencializando a aquisição de conhecimentos, na educação permanente deste profissional (FONSECA et al, 2011).

A tecnologia enriquece a prática assistencial no momento em que vislumbra uma harmoniosa integração entre avanço científico e humanização. Torna-se importante que os profissionais de saúde busquem constantes atualizações em decorrência de inúmeras mudanças e avanços no contexto tecnológico como forma de possibilitar o uso da tecnologia mais adequada frente as suas práticas assistenciais.

Atualmente percebe-se a preocupação de enfermeiros em desenvolver tecnologias como ferramentas facilitadoras no processo de cuidar. Cita-se como exemplo, o estudo desenvolvido por Freitas (2010) que teve por objetivo construir e validar uma hipermídia educacional para favorecer o processo ensino-aprendizagem sobre a Enfermagem no exame físico no pré-natal e a pesquisa realizada por Teles (2011) que objetivou a elaboração e a validação de um manual direcionado para acompanhantes durante o trabalho de parto e parto. Ambos os estudos foram desenvolvidos no município de Fortaleza, Ceará e denotam avanços no campo da tecnologia em Enfermagem.

Um dos pontos-chaves para o avanço das práticas de Enfermagem está em uma maior integração tecnológica com sua aplicação em atividades educacionais (GYURKO; ULLMAN, 2012).

Muitos são os métodos tecnológicos que vem sendo desenvolvidos ou aplicados por enfermeiros a fim de facilitar seu trabalho, sendo a criação e o uso de protocolos em serviços de saúde um desses métodos, caracterizado como uma tecnologia, vem sendo utilizado como uma ferramenta capaz de padronizar as ações de Enfermagem.

O processo de trabalho dos enfermeiros torna-se a cada dia mais complexo, tendo as tecnologias um importante papel ao intermediar o saber-ser e o saber-fazer das pessoas, o que torna imprescindível a elaboração de protocolos que direcionem, normatizem e proporcionem segurança e qualidade no desempenho das atividades de Enfermagem (BEZERRA et al, 2010).

Os protocolos são considerados instrumentos de grande importância para o enfrentamento de problemas na assistência e na gestão de serviços. Em sua maior parte, os protocolos clínicos são embasados em evidências científicas e estão envolvidos na incorporação de novas tecnologias (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

Devido à necessidade da criação de protocolos em saúde como forma de melhorar o atendimento gerando maior satisfação ao usuário, o Ministério da Saúde, através da portaria GM/MS 816, de 31/05/2005, constituiu o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde (BRASIL, 2005).

Tal portaria foi criada levando em consideração necessidades como a superação do elevado grau de dependência do país na incorporação de equipamentos e insumos médicos; a definição de critérios para avaliação, aprovação e incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), de protocolos clínicos e assistenciais, diretrizes terapêuticas e outras tecnologias, tendo por base seus impactos na saúde da população e na organização dos serviços; identificação e ordenação dos protocolos clínicos e assistenciais existentes e em

elaboração no âmbito do Ministério da Saúde; racionalização dos gastos públicos com a incorporação de novos procedimentos e tecnologias; estabelecimento de processos permanentes de incorporação e revisão dos protocolos clínicos e assistenciais e tecnologias em saúde, tendo por base as evidências científicas disponíveis, os benefícios e riscos para saúde dos usuários, seu custo-efetividade e impacto na organização dos serviços e na saúde da população (BRASIL, 2005).

Com a proposta de descentralização advinda com a criação do Sistema único de Saúde (SUS), os municípios passaram a adquirir maior autonomia. Em muitos deles, a construção do sistema de saúde vem se consolidando à medida que se alcança um processo estruturado de gestão, no qual, entre outros, o emprego de protocolos tem sido uma maneira de efetivar o modelo de atenção proposto pelo SUS (WERNECK; CAMPOS; FARIA, et al, 2009).

Embora, a elaboração e uso de protocolos em serviços de saúde seja respaldado e incentivado pelo Ministério da saúde, percebe-se que em grande parte dos municípios essa discussão sobre o emprego de protocolos ainda não aconteceu, e quando acontece, muitas vezes não é de forma clara, participativa e democrática. Em alguns municípios, os gestores não se posicionam e delegam aos profissionais as responsabilidades da condução das ações de saúde, já em outras localidades os gestores tomam para si a responsabilidade de definição pelo uso dos protocolos e apenas comunicam sua implantação. Essa situação pode gerar acomodação dos profissionais e resultar em um trabalho rotineiro e desestimulante (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

No tocante a assistência pré-natal, o município de Fortaleza, Ceará, não possui nenhum embasamento de protocolos para a orientação do atendimento. Assim, torna-se urgente a elaboração desses instrumentos como forma de integrar e uniformizar a assistência, tornando-a mais eficaz.

Os protocolos exercem notória influência na construção do modelo assistencial, sendo embasados nas diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) podem ser considerados estratégias essenciais tanto para o processo de planejamento, implementação e avaliação das ações, quanto na padronização das ações e do processo de trabalho. Podem ser considerados elementos fundamentais para a obtenção de qualidade dos serviços (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

Um estudo realizado em ambulatório de um hospital público referência em cardiologia na cidade de Fortaleza objetivando avaliar a eficácia de um protocolo de consultas de Enfermagem ao paciente após revascularização do miocárdio, evidenciou que a

implementação do protocolo revelou-se eficaz para o controle de variáveis relacionadas com a doença arterial coronariana, como melhoria de hábitos alimentares, adesão à prática de exercícios físicos, diminuição de ingestão de bebidas alcoólicas e de fumo (LIMA, 2007).

Werneck, Campos e Faria, (2009; 31), trazem a seguinte definição para protocolos:

De forma mais sintética, protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Diante do exposto, verifica-se que o uso de tecnologias na prática de Enfermagem levará possivelmente a uma melhor qualidade na assistência e que o uso de protocolos em consultas de Enfermagem é de grande importância, pois permite uma avaliação sistemática de cada paciente contribuindo para um melhor planejamento das metas a serem alcançadas.

O essencial é que o enfermeiro busque na essência do cuidar, o desenvolvimento de uma prática humanizada e comprometida com a qualidade de vida da comunidade. É preciso que esse profissional seja ético, compromissado e responsável pela prática que realiza, pois apesar da dificuldade encontrada em muitos ambientes de trabalho relacionados à falta de recursos materiais e humanos, o enfermeiro deve ser capaz de driblar esses obstáculos. Lembrando-se da importância de sua atuação educativa para com as gestantes, visto que essas mulheres, na maioria das vezes, dispõem somente de suas orientações para a realização eficaz do autocuidado.

5. METODOLOGIA

5.1. Tipo de Estudo

Trata-se de pesquisa tecnológica a qual objetiva resolver problemas concretos através de soluções imediatas. Também denominada de tecnológica, tem como uma de suas principais características o desenvolvimento de novas tecnologias e conhecimentos resultantes do processo de pesquisa (GARCES, 2010).

Como seu objetivo principal é a produção de novos produtos e processos, os seus resultados nem sempre são divulgados, pois podem gerar novas patentes internacionais, então, neste caso, se diz que a pesquisa é reservada (GARCES, 2010).

Além de gerar novos produtos e processos, produz conhecimentos que são veiculados diretamente pelos pesquisadores em empresas, ou através de congressos, feiras, seminários, consultorias para assistência técnica, publicação de boletins industriais e manuais técnicos. A pesquisa aplicada apresenta aspectos semelhantes a pesquisa pura, pois depende de suas descobertas e se enriquece com o seu desenvolvimento (GIL, 1999).

A presente pesquisa visa elaborar um protocolo a ser utilizado em consultas de Enfermagem no pré-natal e terá por base as diretrizes do Ministério da Saúde, documentos dos Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e artigos científicos, priorizando as revisões sistemáticas com metanálise e os ensaios clínicos randomizados, por serem esses estudos de maior nível de evidência.

5.2. Local do estudo

O protocolo em questão será utilizado na Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa, a qual se trata de um órgão ligado ao Complexo Hospitalar Universitário da Universidade Federal do Ceará. Não possui vínculo com a Prefeitura Municipal de Fortaleza ou Governo do Estado do Ceará, sendo uma unidade acadêmica ligada diretamente ao Departamento de Enfermagem da UFC, bem como coordenada por docentes enfermeiros.

Encontra-se localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, no Campus do Pici, junto às comunidades do Planalto do Pici, Panamericano, Jóquei Clube e comunidade do Papoco.

Essa instituição faz parte da regional III do município de Fortaleza. Essa regional é responsável pela prestação de serviços a aproximadamente 378 mil habitantes distribuídos em 17 bairros. Fazem parte dessa regional, 16 Centros de Saúde da Família.

Embora tenha o nome de Casa de Parto Natural Ligia Barros Costa, desde a sua inauguração em 16 de outubro de 2003, vem realizando consultas de pré-natal, planejamento familiar, prevenção de câncer de colo uterino e puericultura, porém a assistência direta a mulher no parto não foi implementada até o momento.

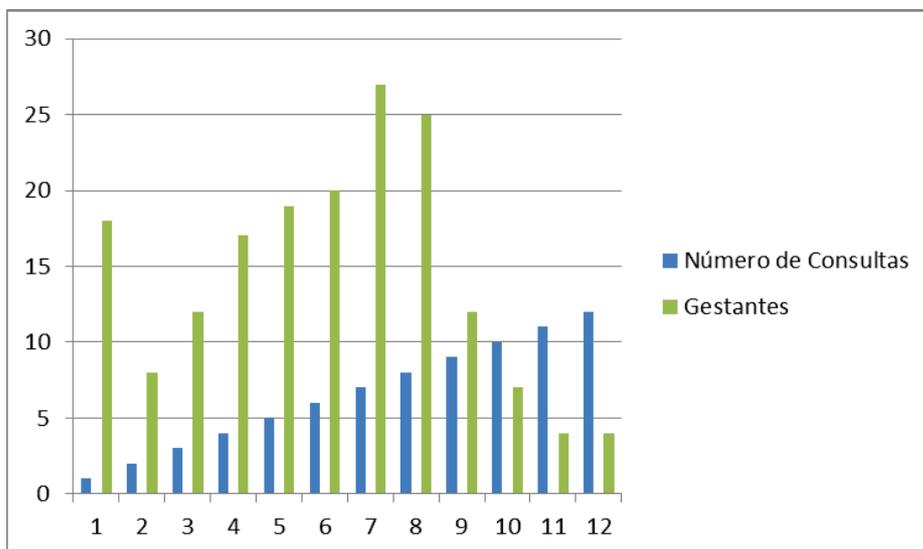
Esse local é utilizado como campo de prática para o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). As consultas de pré-natal são realizadas por enfermeiros e acadêmicos de Enfermagem supervisionados por enfermeiros assistenciais e docentes do curso de Graduação em Enfermagem da UFC. Essas consultas são norteadas pela aplicação do processo de Enfermagem no acompanhamento das gestantes e fundamentadas no modelo de atividades de vida de Roper, Logan e Tierney.

Ressalta-se que as mulheres acompanhadas na CPN são aquelas incluídas nos critérios de gravidez de baixo risco, visto que, não se tem nessa instituição a presença de médicos, porém as mesmas são incentivadas a realização das consultas médicas na Estratégia Saúde da Família. Quando a gestante é classificada como de alto risco é encaminhada a unidades especializadas para um médico obstetra, porém continua em acompanhamento concomitante na CPN, como forma de manter o monitoramento dos cuidados oferecidos nesse nível de atenção.

Atualmente constam aproximadamente 1414 gestantes cadastradas na instituição, sendo que de janeiro a outubro de 2013 foram acompanhadas 173 gestantes e estão em acompanhamento 75 gestantes com uma média de seis consultas realizadas por cada gestante nesse período.

À seguir é exposto um gráfico referente ao total de gestantes por consulta pré-natal na CPN Lígia Barro Costa.

Gráfico 1: Distribuição de gestantes atendidas na CPN por número de consulta pré-natal de janeiro a outubro de 2013, Fortaleza-CE, 2013. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.



Fonte: Casa de Parto Natural Lígia Barros Costa

5.3. Período e fases do estudo

O desenvolvimento do estudo ocorreu de janeiro a dezembro de 2012 e de janeiro a novembro de 2013, tendo as seguintes fases:

5.3.1. Fase 1: Construção de Protocolo

Para a construção do protocolo optou-se por seguir as etapas propostas pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) para Diretrizes Clínicas/ Protocolos Assistenciais de Porto Alegre (GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO-GHC, 2003). Esse grupo é referência no atendimento do Sistema Único de Saúde e desde o ano de 2001 vem desenvolvendo protocolos clínicos, preferencialmente baseados na melhor evidência científica, visando auxiliar no manejo de um problema de saúde. Constando nas seguintes etapas:

Etapa 1: Escolha do tema

O protocolo desenvolvido servirá como um guia para as consultas de Enfermagem ao pré-natal, por isso foi dividido em capítulos contendo informações alusivas aos assuntos que o enfermeiro precisa conhecer para desempenhar a assistência de Enfermagem ao pré-natal de forma completa e humanizada, sendo composto pelos seguintes capítulos: acolhimento, diagnóstico da gravidez, primeira consulta pré-natal, roteiro para primeira consulta, consultas subsequentes, curso de gestantes: estratégia de educação em saúde, diagnósticos de Enfermagem no pré-natal e plano de parto.

Etapa 2: Justificativa do Tema

Os assuntos abordados no protocolo foram escolhidos tendo em vista a necessidade de se ter na instituição estudada um guia para as consultas de Enfermagem ao pré-natal com o intuito de padronizar o atendimento, melhorando sua qualidade e garantindo ao mesmo tempo maior autonomia aos enfermeiros que utilizarem o protocolo, bem como servir de base para o ensino da graduação em Enfermagem, haja vista a CPN Lígia Barros Costa ser uma instituição escola.

Etapa 3: Fontes Bibliográficas

Foi realizada uma vasta busca na literatura através de periódicos em bases de dados nacionais e internacionais; banco de dissertações; teses e documentos do Ministério, Secretaria de Saúde e Conselhos de Enfermagem (COREN/COFEN) buscando encontrar fontes bibliográficas atualizadas para servirem de base na criação do protocolo.

Inicialmente foi feito levantamento no sistema de busca online, google, buscando os estados que já usam protocolos de Enfermagem para consulta pré-natal para que me servissem de direcionamento. Foram encontrados protocolos nas cidades do Rio de Janeiro, São Paulo, Minas Gerais, Curitiba e Goiás. Fato esse, permite-nos duas conclusões: ou o

número de cidades que utilizam protocolo na assistência de Enfermagem ao pré-natal ainda é muito pequeno, ou algumas cidades utilizam, porém não os disponibilizam virtualmente.

Posteriormente, foram realizadas leituras minuciosas e repetitivas aos manuais de pré-natal do Ministério da Saúde, especialmente o Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco de 2012, por ser esse o mais recente.

Foi feita uma busca na base de dissertações e teses da Universidade Federal do Ceará, porém não foi encontrado material referente a protocolos de Enfermagem na obstetrícia.

Realizou-se também busca em revisões sistemáticas e ensaios clínicos na Cochrane Library, onde foram realizados cruzamentos com os descritores prenatal care and nursing; prenatal care and guidelines; prenatal care and arterial pressure; imunization and prenatal care; imunization and pregnancy. Os cruzamentos desses descritores também foi realizado para pesquisa de artigos na base de dados CINAHL e PubMed.

Na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) foram usados descritores tais como cuidado pré-natal, Enfermagem e protocolos, utilizados de forma isolada e em cruzamentos.

A partir da leitura desses materiais foi feita uma seleção dos conteúdos que serviu como suporte para a construção de cada capítulo do protocolo.

Após a seleção do conteúdo lido, foi realizado um fichamento de tudo que foi considerado relevante para a construção do protocolo.

As informações julgadas importantes de serem utilizadas durante a assistência de Enfermagem ao pré-natal foram selecionadas e parafraseadas para que posteriormente fossem integradas ao estudo.

Estando as informações parafraseadas foi realizada a organização do conteúdo a compor o protocolo.

O protocolo foi elaborado sob a forma de texto observando-se aspectos essenciais como introdução, justificativa, relevância, objetivos e desenvolvimento.

Etapa 4: Evidências Encontradas

Durante o processo de busca literária foram consideradas as evidências científicas com seus graus de recomendação conforme preconiza o GHC, dando-se preferência para níveis I de evidência com grau A de recomendação, ou seja, ensaios clínicos randomizados

(ECR) ou revisão sistemática (RS) de ECR com desfechos clínicos, somente na ausência desses estudos partiu-se para os demais graus de recomendação.

Ressalta-se que durante a elaboração do protocolo, utilizou-se a classificação de níveis de evidências propostos pelo Ministério da Saúde contidos no Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, 2012, dispostos abaixo:

Quadro 1: Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia.

I	Ensaio clínico randomizado (ECR) ¹ ou revisão sistemática (RS) de ECR com desfechos clínicos ¹
II	ECR ou RS de ECR de menor qualidade: <ul style="list-style-type: none"> • Com desfechos substitutos validados; • Com análise de subgrupos ou de hipóteses <i>a posteriori</i>; • Com desfechos clínicos, mas de menor rigor metodológico; • Estudo observacional de reconhecido peso científico (coorte ou caso-controle aninhado em uma coorte, séries temporais múltiplas) ou revisão sistemática destes estudos.
III	ECR com desfechos clínicos não validados. Estudo de caso-controle.
IV	Estudo com desfecho clínico, mas com maior potencial de viés (tais como experimento não comparado e demais estudos observacionais).
V	Fórum representativo ou opinião de especialista sem evidência dos níveis supracitados.
Nota	¹ Para ser considerado nível I, o estudo deve preencher critérios de rigor metodológico, como ser aleatorizado, duplo-cego ou de alocação sigilosa.

Fonte: Brasil, 2012.

Os graus de recomendação também são considerados como uma classificação hierarquizada que busca levar em conta os estudos de acordo com os seus níveis de evidência científica e classificam as condutas específicas quanto à recomendação a se adotar ou não na prática clínica ou na tomada de decisões de gestores etc.

Quadro 2: Graus de Recomendação nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia de acordo com cada nível de evidência

A	Altamente recomendável.
B	Recomendável.
C	Sem evidência a favor ou contrária.
D	Desaconselhável.
E	Claramente Desaconselhável.

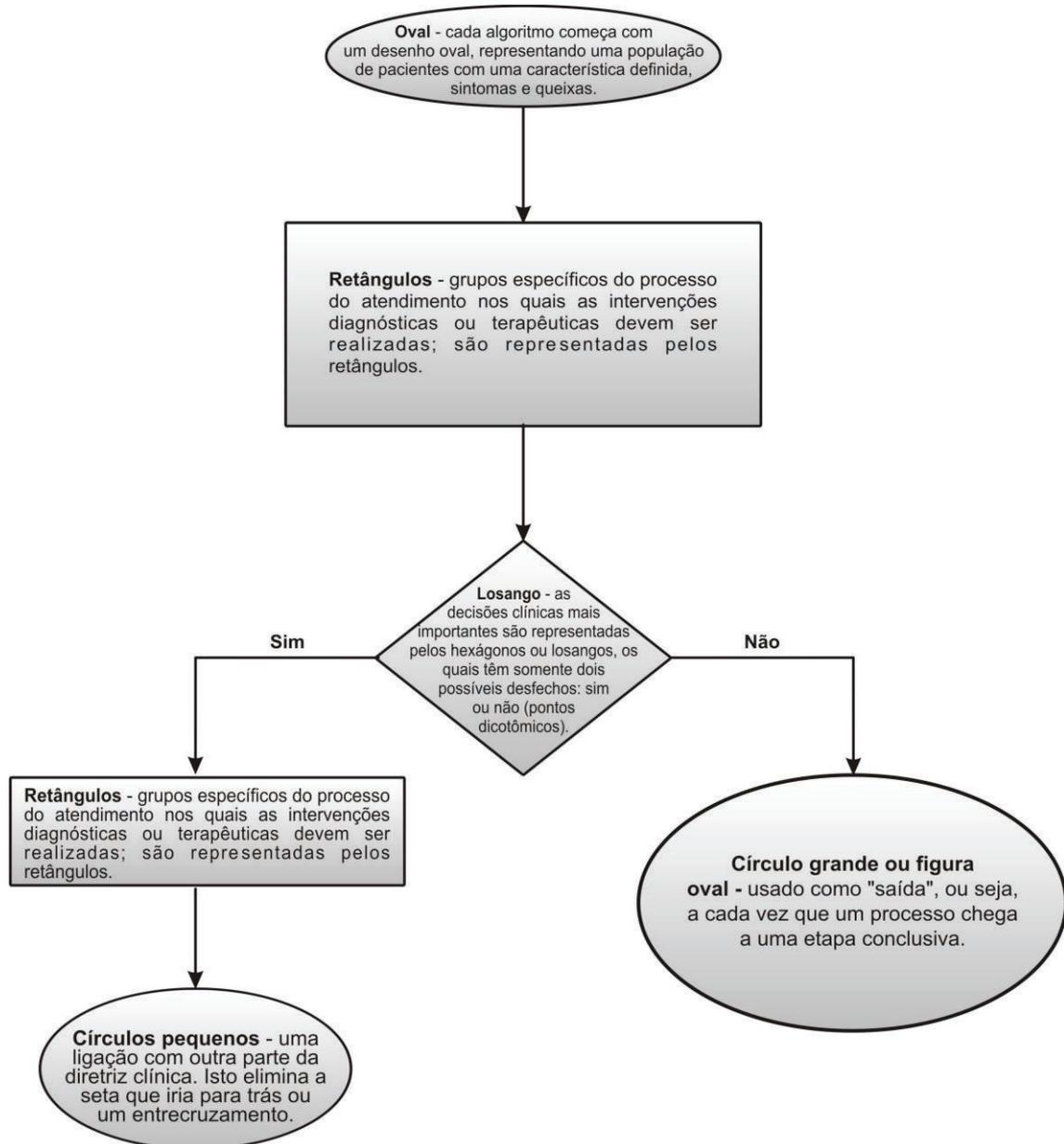
Fonte: Brasil, 2012.

Etapa 5: Organização do Protocolo em Algoritmos

O protocolo também foi representado na forma gráfica de fluxogramas com algoritmos. Esse tipo de representação permite uma qualificação da representação facilitando a compreensão por parte dos profissionais (WERNECK; CAMPOS; FARIA, 2009).

Devido à utilização de um algoritmo implicar no conhecimento de seus símbolos e significados para sua correta aplicação. Mostramos abaixo a representação de um algoritmo conceituando-se sua simbologia.

Figura 1 - Esquema representativo da simbologia que compõe um fluxograma. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.



Fonte: WERNECK; CAMPOS; FARIA (2009).

Etapa 6: Enumeração das Referências Utilizadas

As referências utilizadas foram dispostas de forma enumerada por ordem de aparecimentos no texto em formato Vancouver conforme preconizado pelo GHC e foram expostas no capítulo alusivo às referências.

Etapa 7: Diagramação

Estando o protocolo finalizado se procedeu a diagramação. Nessa etapa, foi contratado um designer gráfico o qual desenvolveu todo o conceito do projeto junto à diagramação e desenhos utilizando ferramentas do programa Corel Draw X6.

5.3.2 Participantes da Construção do Protocolo

Participaram também do processo de elaboração do protocolo uma professora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, membro da Associação Brasileira de Enfermeiras Obstetras (ABENFO) e obstetra com vivência prática e teórica na temática desenvolvida e a qual foi à orientadora da pesquisa e 22 especialistas que colaboram com o processo de validação do protocolo.

5.3.3 Fase 2: Elaboração Textual

Para a fase de elaboração textual, foi realizada uma adaptação da padronização gráfica proposta pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para Diretrizes Clínicas/ Protocolos Assistenciais de Porto Alegre. Obedecendo aos seguintes critérios:

Texto: fonte Times New Roman, tamanho 12.

Algoritmos: com sua representação conforme citado.

Bibliografia: Formato Vancouver.

Autores: Descrição de todos os autores que colaboraram com o processo de criação do protocolo.

5.3.4 Fase 3: Validação do Protocolo

Após a construção do protocolo se deu início o processo da validação de conteúdo e aparência.

A validade é um tipo especial de acurácia e é definida como o grau em que a medida representa o fenômeno de interesse (HULLEY et al., 2008).

Cassiane (1987) afirma que a validade de conteúdo é um método baseado necessariamente no julgamento. Desse modo são meios adequados de assegurar a cobertura adequada do conteúdo de um instrumento. Para realizar esse julgamento chama-se um grupo de juízes ou peritos com experiência na área de conteúdo, ao qual caberá analisar os itens e verificar se eles representam adequadamente o universo hipotético em proporções corretas. Sendo determinado pelo pesquisador, o número de juízes e a porcentagem de concordância esperada para que seja tomada uma decisão em relação ao destino de cada item. É necessário instruir os validadores sobre como se dará a validação, fornecendo-lhes um formulário próprio para que seja efetuado o registro de seus julgamentos.

A validação aparente indica se o instrumento parece estar medindo o construto apropriado, especialmente de acordo com aqueles que irão utilizar o instrumento (POLIT; BECK, 2011). Consiste no julgamento de juízes quanto à clareza dos itens, facilidade de leitura, compreensão e forma de apresentação do instrumento (WILIAMSON, 1981).

Assim, para a validação será realizada consultas a especialistas ou profissionais de Enfermagem com experiência em uma ou mais áreas de interesse: obstetrícia, saúde da mulher, pré-natal, saúde da família e validação de instrumentos.

Etapa 8: Consulta a especialistas ou profissionais com experiência na área de interesse

Para a seleção dos experts, Pasquali (1997) ressalta que o número de seis especialistas é o recomendável para processos de validação. No entanto, optou-se por realizar a escolha do número de juízes através da estimativa do cálculo amostral com base na fórmula de população infinita, sendo os critérios estatísticos numa proporção mínima de 85% de concordância com a pertinência de cada item avaliado, admitindo-se uma diferença de 15% nesta concordância. Assim, o tamanho amostral foi definido conforme a fórmula a seguir:

$$n = \frac{Z\alpha^2 \cdot P \cdot (1-P)}{d^2}$$

Z α : coeficiente de confiança (95% - 1,96): referente à tomada de decisão correta baseada na hipótese nula (ou seja, o pesquisador está 95% confiante de que o desfecho ocorreu naquele grupo);

P: é a proporção de indivíduos que concordam com a pertinência do componente do resultado;

d: diferença a ser detectada: é a diferença de proporção considerada aceitável.

O cálculo final foi determinado por $n = (1,96)^2 \cdot 0,85 \cdot 0,15 / (0,15)^2$ e com isso, a amostra foi composta por 22 especialistas.

Destaca-se a dificuldade de captação de especialistas competentes para a avaliação do protocolo. Foram convidados 30 profissionais e apenas 24 aceitaram participar da pesquisa. Desses, dois não entregaram suas avaliações, ficando assim, 22 juízes.

Os especialistas foram selecionados por meio da amostragem bola de neve, na qual ao identificar um sujeito que se encaixa nos critérios de elegibilidade necessários para participar do estudo, é solicitado ao mesmo que sugira outros participantes (POLIT; BECK, 2011). Após a indicação, foi realizada consulta ao *Currículo Lattes* para verificar a adequação do especialista aos critérios de seleção para esse estudo.

Os especialistas foram escolhidos conforme os seguintes critérios estabelecidos: titulação, produção científica e tempo de atuação com a temática escolhida. Foi atribuída uma determinada pontuação para cada requisito conforme disposto no quadro 1.

Quadro 3: Critérios para seleção de juízes em Enfermagem, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

Critério	Pontuação
Ser doutor em Enfermagem e ter desenvolvido tese de doutorado na área de interesse.*	4
Ser mestre em Enfermagem e ter desenvolvido dissertação de mestrado na área de interesse.*	3
Ter grau mínimo de especialização ou residência em Enfermagem obstetrícia ou especialista em pré-natal (pré-natalista).	2
Ter grau mínimo de especialização em Enfermagem saúde da família.	2

Ter no mínimo três anos de experiência como enfermeiro na assistência pré-natal.	3
Ter apresentado monografia de graduação envolvendo a área de interesse.*	1
Ter trabalho científico publicado na área de interesse.*	1
Participar de grupos de pesquisas/projetos relacionados as áreas de interesse.*	1

* Áreas de interesse: obstetrícia, saúde da mulher, pré-natal, saúde da família e validação de instrumentos.

Fizeram parte do comitê somente àqueles profissionais que obtiveram um escore mínimo de cinco pontos. Após preenchimento dos critérios de inclusão, os juízes foram convidados a participar do estudo através de contato formal por meio de carta convite apresentada via e mail (APÊNDICE A).

Após aceitação em participar da pesquisa, foi enviado aos profissionais captados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) – (APÊNDICE B), para que fosse realizada sua anuência e lhes foi apresentado o instrumento de avaliação (APÊNDICE C), juntamente com as orientações acerca do seu preenchimento e esclarecidas dúvidas quanto aos objetivos do estudo.

Foi estabelecido um prazo de 15 dias para que os juízes lessem o material e o devolvessem com as devidas sugestões ao pesquisador.

5.3.4.1 Instrumento e procedimentos para coleta de dados referentes a validação

Utilizou-se como instrumento para validação do protocolo uma adaptação do instrumento utilizado por Oliveira (2006) em que a autora o empregou para validação de material educativo para o autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia (APÊNDICE C). Esse instrumento foi direcionado aos especialistas, tendo a seguinte divisão: primeira parte com dados referentes ao avaliador a fim de ser feita sua caracterização quanto à titulação, tempo de formação, tempo de atuação na área e produção científica; a segunda parte conterà informações referentes aos itens do protocolo a serem avaliados como, objetivo, apresentação, estrutura e relevância.

Foi adotado a forma de escala tipo Likert, com os seguintes níveis de resposta, sendo: 1-Inadequado, 2 - Parcialmente adequado, 3- Adequado, 4- Totalmente adequado.

5.3.4.2 Análise dos dados obtidos dos juízes

Para a validação do protocolo foi utilizado o Índice de Validade do Conteúdo (IVC) tendo esse que ser igual superior a 0,78. O IVC mede a concordância entre as opiniões dos especialistas (POLIT; BECK, 2011). Esse método emprega a utilização de escala tipo Likert com pontuação de um a quatro. O escore do índice é calculado por meio da soma de concordância dos itens que foram marcados como “3” ou “4” pelos especialistas, dividido pelo número total de respostas. Recomenda-se um ponto de corte superior a 0,78 quando a avaliação é realizada por um número superior a seis juízes (POLIT; BECK, 2006). Para avaliar o protocolo de forma geral será utilizada uma das formas de cálculo recomendada por Polit e Beck (2006), na qual o somatório de todos os IVC calculados separadamente é dividido pelo número de itens do instrumento, devendo o valor ser também superior a 0,78 para ser considerado validado.

Etapa 9: Adequação do protocolo às sugestões dos especialistas

Após as sugestões realizadas pelos juízes realizaram-se as devidas correções. Primeiramente os instrumentos de avaliação foram analisados juntamente com as sugestões realizadas em cada impresso, posteriormente essas sugestões foram organizadas de acordo com cada tópico para facilitar a organização e à partir de então foram analisadas para em seguida serem feitas as modificações necessárias.

Foi realizado também novo contato com profissional da informática para adequar o processo de diagramação de acordo com as sugestões dos especialistas.

Fase 4: Disponibilização do Protocolo

Etapa 10: Encaminhamento à gráfica para impressão

Estando o protocolo finalizado e validado será encaminhado à gráfica para impressão.

5.4 Aspectos Éticos da Pesquisa

O presente estudo foi encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará e aprovado de acordo com o parecer nº 321.022 (ANEXO A). Todo processo da pesquisa obedeceu aos princípios éticos dispostos na Resolução nº 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, especificamente, no seu artigo IV que aborda o respeito à autonomia do participante da pesquisa. Foi garantido sigilo sobre todas as informações coletadas, assegurando-se o anonimato dos participantes (BRASIL, 1996).

6. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Fase 1: Construção do Protocolo

Garantir uma assistência pré-natal de qualidade deve ser visto como desafio e prioridade pelos profissionais de saúde que atuam na atenção básica. É uma tarefa complexa que além do conhecimento científico exige também interesse, iniciativa e disponibilidade para atualizar-se conforme as evidências científicas sejam modificadas.

A assistência de Enfermagem no pré-natal exige do enfermeiro conhecimento teórico e prático de uma gama de assuntos referentes ao processo gestacional e suas repercussões na vida de cada mulher que realiza esse acompanhamento. Vale ressaltar que essas repercussões poderão influenciar de forma negativa ou positiva o cotidiano dessas gestantes a depender da forma como se dá essas alterações e das intervenções que são realizadas no período pré-natal.

Segundo Furlerton e Thompson (2005) a prática obstétrica pode ser entendida como uma arte baseada em bom senso, tradição e cuidado centrado na pessoa e, como a maior parte das mulheres que buscam a atenção obstétrica são saudáveis e requerem apenas cuidados básicos de promoção à saúde, a definição de competências essenciais, baseadas na melhor e mais atualizada evidência, auxilia a clarear o trabalho das enfermeiras obstetras e obstetrizes e fundamenta a construção de um novo modelo assistencial, ou seja, um campo do saber na área da ciência.

Estudo realizado em Hospitais com leitos obstétricos e em Unidades Básicas de Saúde na cidade de São Paulo, apontou que enfermeiros não possuem qualificação para a adoção de um modelo de cuidado qualificado e centrado na mulher e que esse fato pode estar relacionado à falta de protocolos baseados nas melhores práticas e nas competências essenciais para o exercício eficaz da atenção à maternidade (NARCHI, 2010).

Pensando nisso, foi decidido elaborar esse protocolo, pois se acredita que através das temáticas abordadas será possível direcionar o cuidado de Enfermagem frente às reais necessidades de cada gestante e assim, contribuir para uma prática inovadora e cientificamente embasada. Além de garantir a esses enfermeiros e aos acadêmicos de enfermagem mais autonomia no cuidar.

Os materiais impressos quando elaborados de forma adequada podem facilitar a aquisição, o aproveitamento e o aprofundamento dos conhecimentos, no processo de domínio

de habilidades e de tomada de decisão, garantindo o processo de comunicação em saúde (MOREIRA; NÓBREGA; SILVA, 2003).

Etapas 1 e 2: Escolha do Tema e Justificativa

A primeira etapa do processo de construção do protocolo se correspondeu na escolha da temática. A etapa 2 (Justificativa) é exposta juntamente com a primeira etapa por estarem interligadas e pelo fato de ter se destinado, no protocolo, um capítulo especial para essa etapa, conforme será exposto logo mais.

O protocolo foi dividido em capítulos contendo direcionamentos voltados a prática de Enfermagem na atenção pré-natal. Por vezes são expostos fluxogramas, como uma forma de melhorar organização e para facilitar o manuseio do protocolo pelos enfermeiros.

À seguir tem-se um resumo do conteúdo que compõe o protocolo:

Prefácio: consta na apresentação do protocolo aos enfermeiros contemplando uma visão geral do que será abordado como uma forma de incentivar a leitura.

Capítulo 1. Introdução: nesse capítulo é feita uma abordagem sobre os principais objetivos da assistência pré-natal para o binômio mãe e filho, destacando as principais competências que devem estar presentes no profissional que realiza esse acompanhamento, em especial, no Enfermeiro.

Capítulo 2. Objetivos: apresenta os objetivos almejados com a criação do protocolo.

Capítulo 3. Público Alvo: contempla o público ao qual o protocolo se destina.

Capítulo 4. Justificativa: optou-se por fazer a justificativa de forma geral, ao invés de realizá-la após cada capítulo, para torná-la mais concisa.

Cada capítulo foi desenvolvido pensando-se nas etapas para a realização das consultas pré-natais de forma sequencial, tornando o protocolo organizado e direcionado. Foram abordados diversos tópicos, porém todos relacionados à mesma temática: assistência de Enfermagem ao pré-natal.

Essa temática justificou-se pelo fato do Brasil e do Ceará apresentarem um elevado índice de mortalidade materna, podendo esse índice ser reduzido através de uma assistência pré-natal de qualidade. Visando contribuir com a melhoria da assistência pré-natal, em cobertura e em qualidade na CPN Lígia Barros Costa e como forma de instigar outros profissionais da saúde a buscarem melhoria na prática assistencial em seus locais de trabalho, foi elaborado o protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal, pois acredita-se que através da construção desse tipo de tecnologia é possível realizar um acompanhamento mais preciso com um olhar clínico mais criterioso, além de garantir ao enfermeiro, que realiza a consulta, uma maior autonomia.

Capítulo 5. Acolhimento: aborda a importância do acolhimento para a efetivação da humanização e como forma de fortalecer o vínculo entre gestante/profissional da saúde. Nesse capítulo é exposto um fluxograma orientando o fluxo de atendimento das gestantes à partir do momento que se dirigem à recepção da CPN Lígia Barros Costa em busca de atendimento pré-natal.

Feitas as apresentações iniciais, partiu-se para a elaboração dos capítulos referentes à consulta de Enfermagem em si. Sendo o conteúdo de cada capítulo e suas etapas resumidas abaixo.

Na elaboração de cada capítulo, foram expostos os graus de recomendações das evidências científicas encontrados para os principais achados.

Capítulo 6. Diagnóstico da Gravidez: nesse capítulo é realizada uma abordagem sobre a consulta de Enfermagem para diagnosticar a gravidez. São citadas as três formas de diagnóstico: hormonal, método mais rápido, mais sensível e confiável; clínico: através dos sinais de presunção, probabilidade e de certeza; ultrassonografia.

É realizada a apresentação de um fluxograma baseado no Manual de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde, 2012, trazendo as condutas que devem ser tomadas pelo enfermeiro frente aos sinais clínicos apresentados pela mulher diante de uma possível gestação e como esse profissional deve proceder diante dos principais dados encontrados.

Capítulo 7. Primeira Consulta Pré-natal: inicialmente é abordada a rotina da CPN Lígia Barros Costa em relação aos impressos existentes ressaltando-se a importância de

seus preenchimentos adequados para garantir uma coleta de dados completa da gestante e contribuir para a continuidade da assistência nas consultas posteriores. Sendo esses: folha de identificação, ficha perinatal, impresso referente ao modelo de atividades de vida e histórico. Salienta-se também a importância de garantir as gestantes o cartão nacional da gestante, número no SisPrenatal e o cartão do SUS.

Os impressos têm por objetivo sistematizar o acompanhamento da evolução da gravidez, devendo, por isso, estar de acordo com o que é estabelecido, nacional e internacionalmente, para o controle pré-natal (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995). Quando informações referentes ao período gestacional não aparecem disponíveis para os profissionais que assistem as mulheres no processo de parto e nascimento, podem ocorrer fragilidades de ações que elevam os índices de morbi-mortalidade materna e perinatal (NARCHI, 2010).

Capítulo 8. Roteiro para primeira consulta: esse capítulo é dividido em subseções de forma a facilitar a leitura, melhorando a organização e a didática. Consta no passo a passo para a realização da primeira consulta pré-natal, onde deve ser abordada a história clínica da gestante; realização do exame físico geral e específico (gineco-obstétrico); fornecimento de orientações dietéticas; avaliação do estado de vacinação; encaminhamento para avaliação odontológica e para o curso de gestantes; prescrição de medicamentos de rotina; solicitação de exames; classificação do risco gestacional e incentivo à presença de acompanhante nas consultas.

Por fim é apresentado o esquema de marcação dos retornos para as consultas subsequentes e o número de consultas de pré-natal, por gestante, estabelecidas para a instituição.

8.1 Imunização: nesse momento, são informadas as vacinas que podem ser administradas na gestação de acordo com o Programa Nacional de Imunização (PNI), visando a imunização da gestante e do feto, sendo feitos informes frente ao esquema vacinal adequado a luz do Ministério da Saúde e de outras evidências científicas.

8.1.1 Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano): neste tópico é feita uma apresentação sobre a importância da gestante ser imunizada o quanto antes, independente da idade gestacional. É explanado o esquema vacinal para dT em situações diversas com representação sob a forma de fluxograma, visando facilitar a compreensão.

8.1.2 Vacinação contra hepatite B (recombinante): sendo a hepatite B uma doença de alto nível de transmissão neonatal, (SANGKOMKAMHANG; LUMBIGANON P; LAOPAIBOON, 2011) nesse capítulo é realizada uma abordagem desse esquema vacinal com a idade gestacional adequada para seu início. Também é exposto um fluxograma para melhor orientar o profissional que realiza a consulta.

8.1.3 Outras vacinas que poderão ser ofertadas: enfatiza-se a necessidade de orientar às gestantes quanto à vacinação contra influenza em períodos de campanha por fazerem parte de um grupo mais suscetível ao desenvolvimento dessa patologia e outras vacinas que devem ser levados em consideração o risco benefício para sua administração (situações especiais), como as vacinas contra raiva, febre amarela, sarampo, rubéola e caxumba.

8.2 Prescrição de Suplementos Alimentares: destina-se a abordagem frente ao uso do sulfato ferroso e ácido fólico, pois são considerados suplementos importantes para a prevenção dos baixos níveis de hemoglobina durante a gestação e o puerpério (BRASIL, 2012). Esse tópico traz um quadro constando objetivo, período de uso, posologia, orientações quanto ao uso e reações adversas de cada um desses suplementos, com intuito de orientar ao profissional que realiza a consulta sobre pontos-chaves que devem ser levados em consideração para a prescrição desses medicamentos, de forma sucinta. Esse tópico traz também um fluxograma orientando a posologia do sulfato ferroso a depender dos níveis de hemoglobina.

8.3 Determinação da Idade Gestacional (IG): nesse tópico é feita uma abordagem frente as vantagens do cálculo da IG baseado na US em comparação ao cálculo baseado na data da DUM. São expostas evidências científicas frente ao período adequado para a realização de ecografias na gestação e número de ultrassonografias que a gestante que faz acompanhamento na CPN Lígia Barros Costa deverá realizar no decorrer do PN.

8.4 Principais Achados na US obstétrica: traz a exposição de um quadro referente aos parâmetros que devem ser observados na US obstétrica durante o PN relacionado ao período mais adequado para a solicitação dessa US, sendo esses: cálculo da IG e determinação de gestações múltiplas; determinação do índice de líquido amniótico (ILA);

determinação de anomalias fetais; placentação; peso fetal estimado (PFE); estudo da estática fetal e crescimento intrauterino.

8.5 Controle dos Níveis Pressóricos: apresenta dados estatísticos referentes a epidemiologia da hipertensão gestacional e aborda o conceito de hipertensão arterial na gestação.

8.5.1 Técnica de Verificação da Pressão Arterial em Gestantes: explica a técnica correta para a verificação da PA para que a monitorização dos níveis tensionais se dê de forma mais fidedigna. Nessa seção são expostas as condutas que devem ser tomadas frente aos diferentes níveis pressóricos, deixando claro que independente da gestante necessitar ser encaminhada ao PN de alto risco deverá permanecer em acompanhamento concomitante na CPN Lígia Barros Costa.

8.6 Exames no Pré-natal: nessa parte do protocolo são abordados os exames que devem ser solicitados ao longo do período gestacional. Para cada exame é colocado o momento que deve ser solicitado e os resultados possíveis de serem encontrados com as condutas de Enfermagem à partir de cada achado. Também são expostas os graus de recomendações para cada conduta explicitada, segundo os níveis de evidências propostos. Traz-se ainda, nesse capítulo, um quadro com as Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) da Regional III do município de Fortaleza, as quais as gestantes podem ser referenciadas para realizar esses exames e um mapa de distribuição dessas UAPS.

Capítulo 9. Consultas Subsequentes: são trazidas considerações referentes à como o enfermeiro deverá proceder nessas consultas, as quais poderão ser mais sucintas, porém não menos importantes, necessitando ser realizada anamnese, exame físico direcionado, checagem do calendário de vacinas, avaliação dos resultados de exames, cálculo da IG e do IMC com monitorização do ganho ponderal semanal, medição da PA, verificação dos resultados de exames, pesquisa de edema, verificação da PA, palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU), pesquisa de edema, inspeção das mamas para avaliação dos mamilos, ausculta dos BCF, avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e detectados durante o exame obstétrico, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso, orientações de Enfermagem referentes às principais necessidades da gestante por trimestre gestacional e

agendamento das próximas consultas. Nessas consultas, torna-se importante que as atividades de vida sejam revistas de forma mais breve e que seja reforçada a participação no curso de gestantes.

9.1 Exames Solicitados em Consultas Subsequentes: esse tópico aborda quais exames devem repetidos durante a gestação e o momento em que cada um deve ser solicitado.

9.2 Mobilograma: também conhecido por Registro Diário dos Movimentos Fetais (RDMF), à partir da 34ª semana deverá ser obrigatório à todas gestantes acompanhadas na CPN Lígia Barros Costa. É abordado, nesse tópico, a importância de ser entregue um impresso para que a gestante realize o registro e que sejam feitas orientações verbais e impressas para que ela entenda como e quando deverá realizá-lo.

Capítulo 10. Curso de Gestantes: Estratégia de Educação em Saúde: tendo em vista que a gestação é o período ideal para o processo de aprendizagem do autocuidado materno e cuidados com o recém-nascido, foi desenvolvido o curso de gestantes na CPN Lígia Barros Costa como estratégia de educação em saúde visando promover a saúde materno fetal. O curso consta em 12 encontros onde são abordados temas variados referentes ao período gestacional e cuidados com o RN.

Capítulo 11. Diagnósticos de Enfermagem no Pré-Natal: esse capítulo expõe um quadro o qual deverá ser utilizado na CPN contemplando os diagnósticos de Enfermagem mais comuns em gestantes saudáveis, os quais foram baseados em uma revisão integrativa da literatura, realizada por uma aluna de mestrado da Universidade Federal do Ceará (GOMES, 2012), onde foram encontrados cinco artigos relacionados à diagnósticos de Enfermagem em gestantes saudáveis no pré-natal. Os DE contemplados foram: Conhecimento deficiente, Padrão de sono prejudicado, Náusea, Risco de infecção, Disfunção sexual, Fadiga, Dor crônica, Volume de líquido excessivo, Déficit no autocuidado para banho, Dor aguda, Intolerância à atividade, Risco de lesão, Risco de baixa autoestima situacional, Conforto prejudicado e Processo familiar alterado. Além dos DE, também deverão ser registrados os resultados esperados e as intervenções de Enfermagem realizadas, como parte do processo de Enfermagem.

Capítulo 12. Plano de Parto: o profissional de saúde tem a obrigação ética e legal de fornecer informações claras e completas à gestante sobre o cuidado com sua saúde e de seu bebê, os tratamentos e as alternativas, dando-lhe a oportunidade de participar das decisões em relação ao que lhe foi informado sobre o parto, para que assim, apresente-se mais segura durante a evolução do trabalho de parto, pois isso influenciará diretamente na sua satisfação em relação ao evento (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004). Devido às essas questões, esse capítulo, aborda a importância da criação de um plano de parto elaborado pelo enfermeiro juntamente com a gestante, enfatizando a livre escolha da gestante sobre os eventos do seu trabalho de parto e parto. Embora com todas as dificuldades relacionadas às políticas hospitalares restritas, de ir em contra o cuidado individualizado, é preciso que no pré-natal sejam enfatizados os direitos dessas mulheres e, principalmente, o direito de serem protagonistas no parto.

Etapa 3: Fontes Bibliográficas

Conforme descrito no percurso metodológico foi realizada uma vasta busca literária e selecionadas as informações que foram tidas como importantes para compor o protocolo. As fontes bibliográficas utilizadas para a elaboração do protocolo são dispostas no quadro 4.

Quadro 4: Fontes bibliográficas utilizadas para o embasamento teórico do protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

Fonte	Referência
Artigos Científicos	PETROU; KUPEK; VAUSE; MARESH, 2003; DEMICHELI; BARALE; RIVETTI, 2005; BLECOWE; LAWN; VANDELAER; ROPER, 2010; SANGKOMKAMHANG; LUMBIGANON; LAOPAIBOON, 2011; PEÑA-ROSAS; De REGIL; DOWAWELL; VIERI, 2012; TAYLOR; JAMES, 2011; KIRKHAN; HARRIS; GRZYBPWSKI, 2005; BRICKER; NEILSON, 2013; NABHAN; ABDELMOULA, 2009; PATRELI et al. 2012; STIGTER; MULDER; BRUINSE; VISSER, 2011; QUEIROZ; COSTA, 2006; HADLOCK; HARRIST;

	MARTNEZ-POYER, 1991; MOFFATT; HODNET; ESPLÉN; WAT-WATSON, 2010; AMORIN, 2009; DUARTE; MARCOLIN; QUINTANA; CAVALLI, 2008; CARDOSO; CEZAR-VAZ; SILVA; COSTA, 2011; SODRÉ; BONADIO; JESUS; MERIGHI, 2010; YAM; GROSSMAN; GOLDMAN, 2007.
Dissertação	GOMES, 2012.
Livros	HOLLAND; JENKINS; SOLOMON, 2008; HORTA, 1979; GRANER; FARIA; BARROS, 2009; MONTENEGRO; REZENDE, 2011; BRANDÃO, 2009; MOORHEAD; JOHNSON; MASS, 2008; DOCHTERMAN; BULECHEK, 2008.
Manuais	BRASIL, 2012; BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; OMS, 2001; BRASIL, 1984; BRASIL, 2011.
Protocolos e Guidelines	WERNECK; FARIA; CAMPOS, 2009; BROCKLEHURST ET AL., 2008; BROCKLEHURST ET AL., 2010; US DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS AND THE DEPARTMENT OF DEFENSE, 2009.
Website	INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT WEBSITE, 2013; BELOOSESKY, 2013.

Etapa 4: Evidências Encontradas

Ao longo de todo o protocolo foram disponibilizados os graus de recomendações nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia de acordo com cada nível de evidência, segundo o Ministério da Saúde no caderno de atenção básica: atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012. Dessa maneira, o leitor fica informado quanto ao tipo de recomendação relacionada à informação passada, no momento início da leitura, como uma forma de basear a prática profissional em dados levantados por pesquisas científicas, característica da prática baseada em evidência. Estudos criteriosos fornecem orientações consistentes que fundamentam as ações e decisões do enfermeiro (POLIT; BECK, 2011).

Os graus de recomendações encontrados no protocolo variaram desde o grau de recomendação A até o grau de recomendação D. Na criação do protocolo em questão foi dada

preferência aos estudos com níveis I de evidência e com grau A de recomendação e que, somente na ausência desses estudos, partiu-se para os demais graus de recomendações.

Etapa 5: Organização do Protocolo em Algoritmos

Um algoritmo representa os passos necessários para a realização de uma tarefa, apresentando cinco características importantes (CRUZ; KNOPMAN, 2001).

Finitude: sempre terminar após um número finito de passos.

Definição: cada etapa, assim como as ações devem ser precisamente definidas sem causar ambiguidades.

Entradas: um algoritmo pode ter de zero a mais entradas, ou seja, informações que lhe são fornecidas antes do algoritmo iniciar.

Saídas: um algoritmo deve ter uma ou mais saídas, isto é: quantidades que têm relação específica com as entradas.

Efetividade: deve ser efetivo, logo as operações devem ser suficientemente básicas de modo que possam ser, em princípio, executadas com precisão em um tempo finito por um humano usando papel e lápis.

Desta forma, em muitas situações, para ordenar e estabelecer os fluxos das ações de um protocolo é aconselhável que se utilize algoritmos representados sob a forma de fluxogramas (WERNECK; CAMOS; FARIA, 2009).

A elaboração do protocolo resultou em um total de cinco fluxogramas, a saber:

Figura 2: Fluxograma de Acolhimento Pré-natal na CPN Lúgia Barros Costa

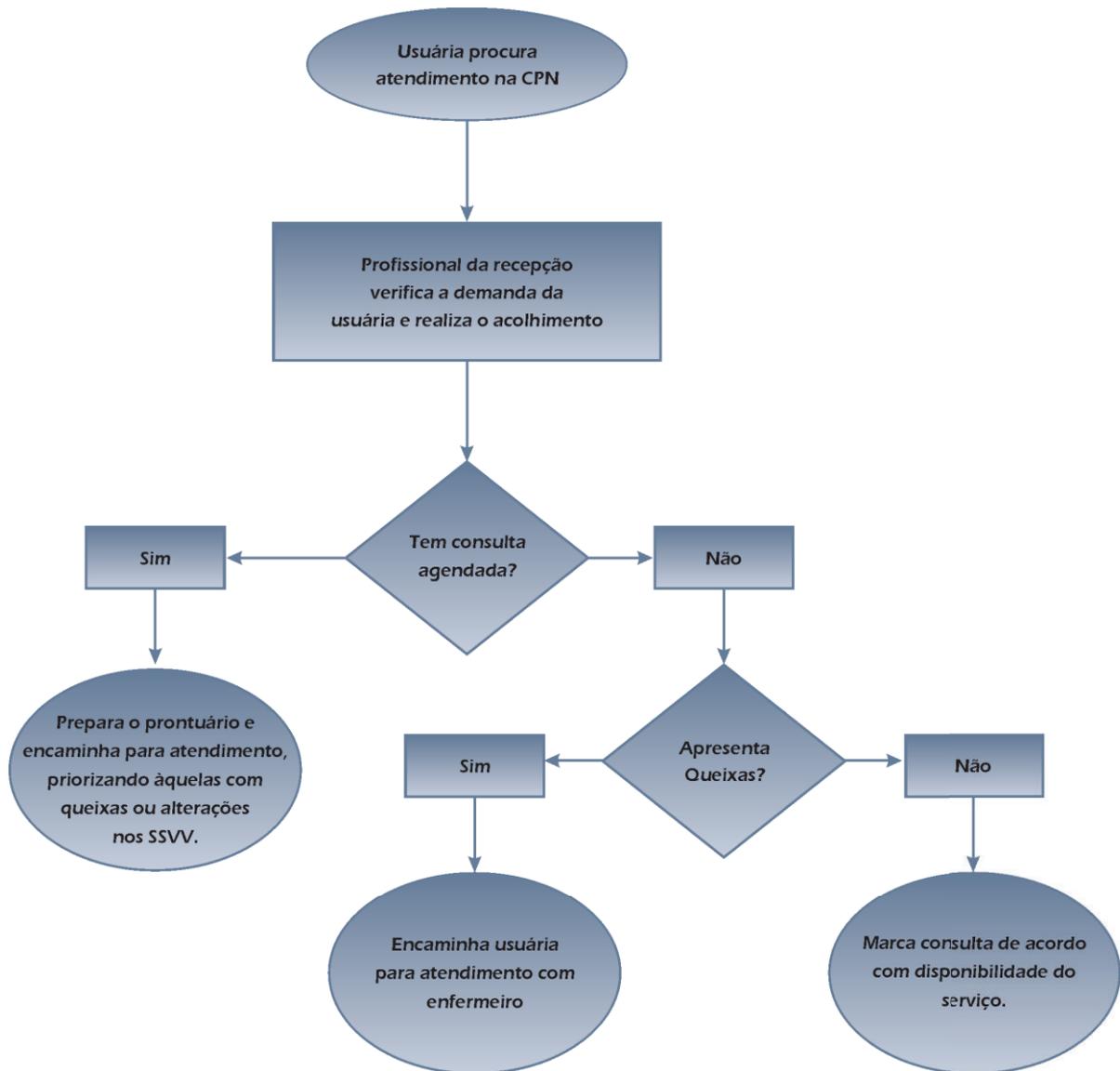


Figura 3: Fluxograma para Diagnóstico da Gravidez

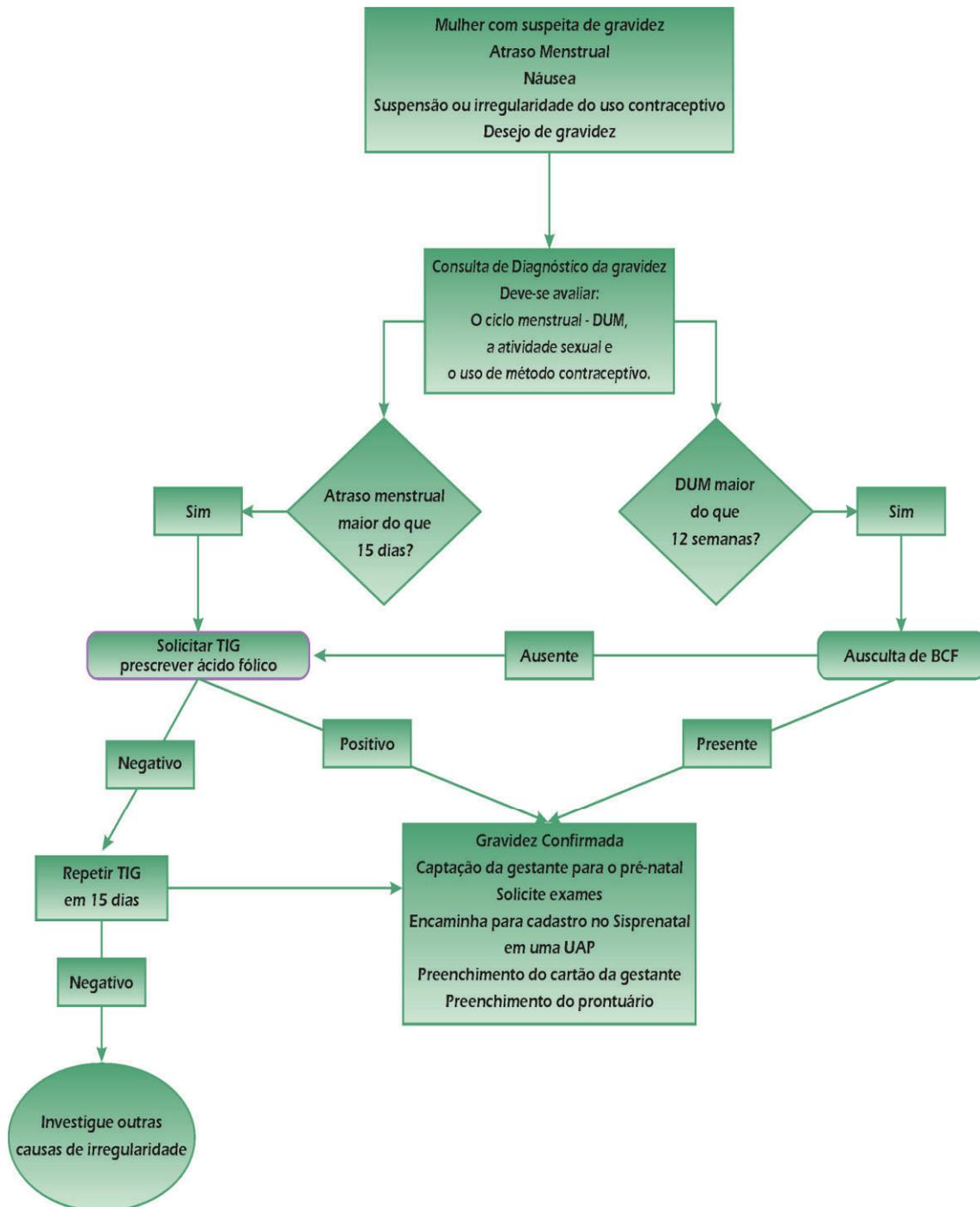


Figura 4: Fluxograma com esquema para vacina dupla do tipo adulto/dT na gestação

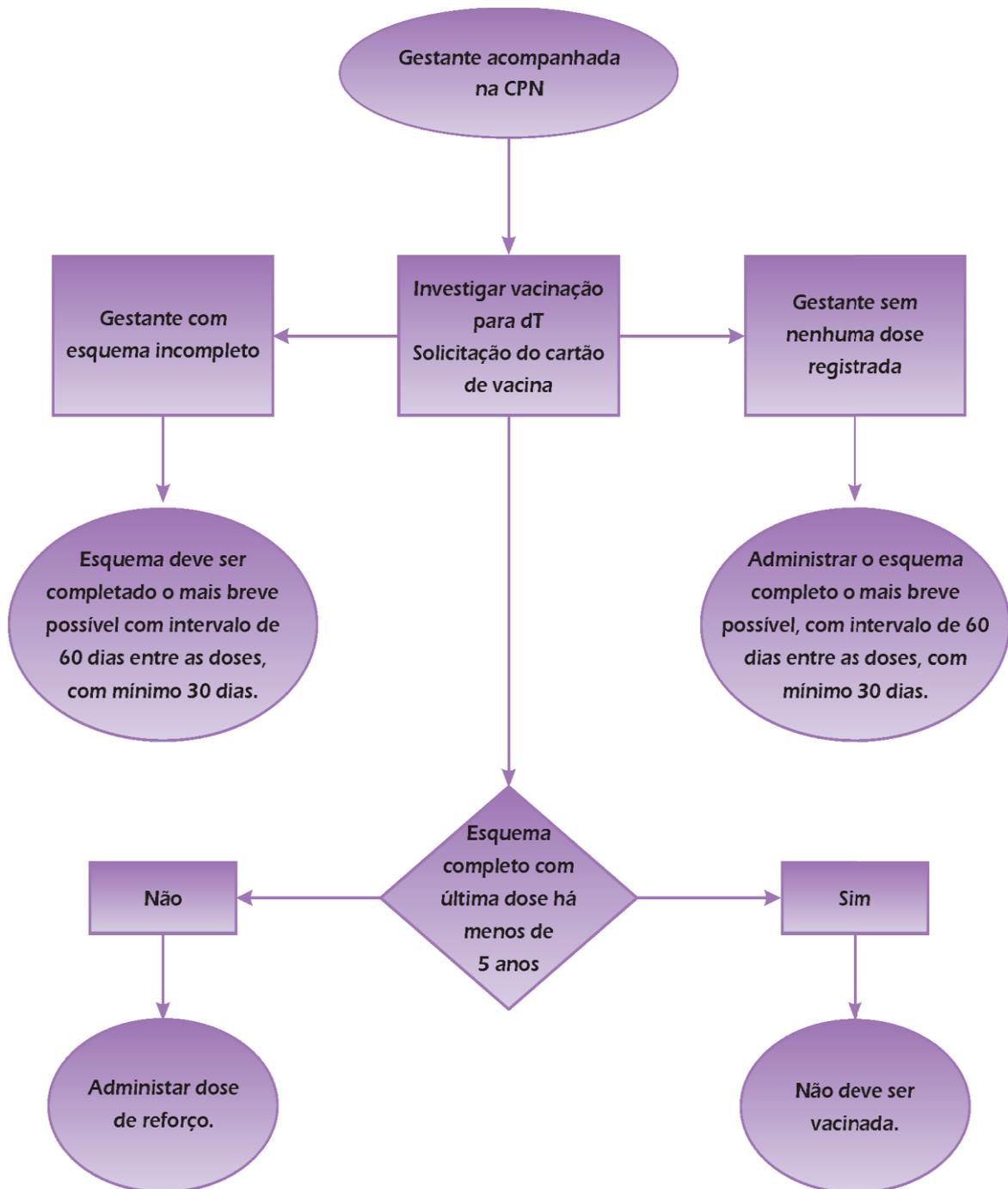


Figura 5: Fluxograma com esquema para vacinação contra hepatite B na gestação

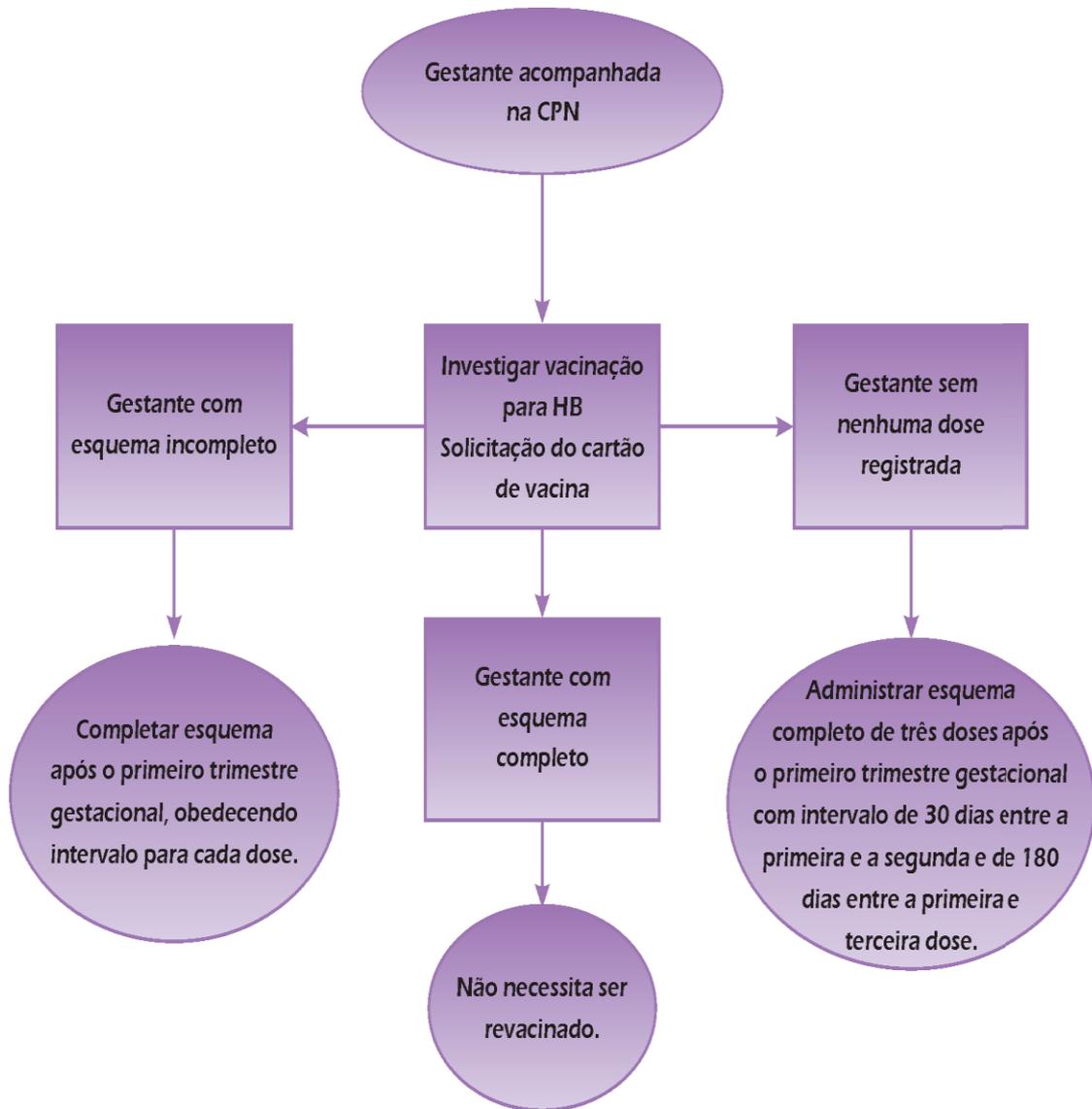
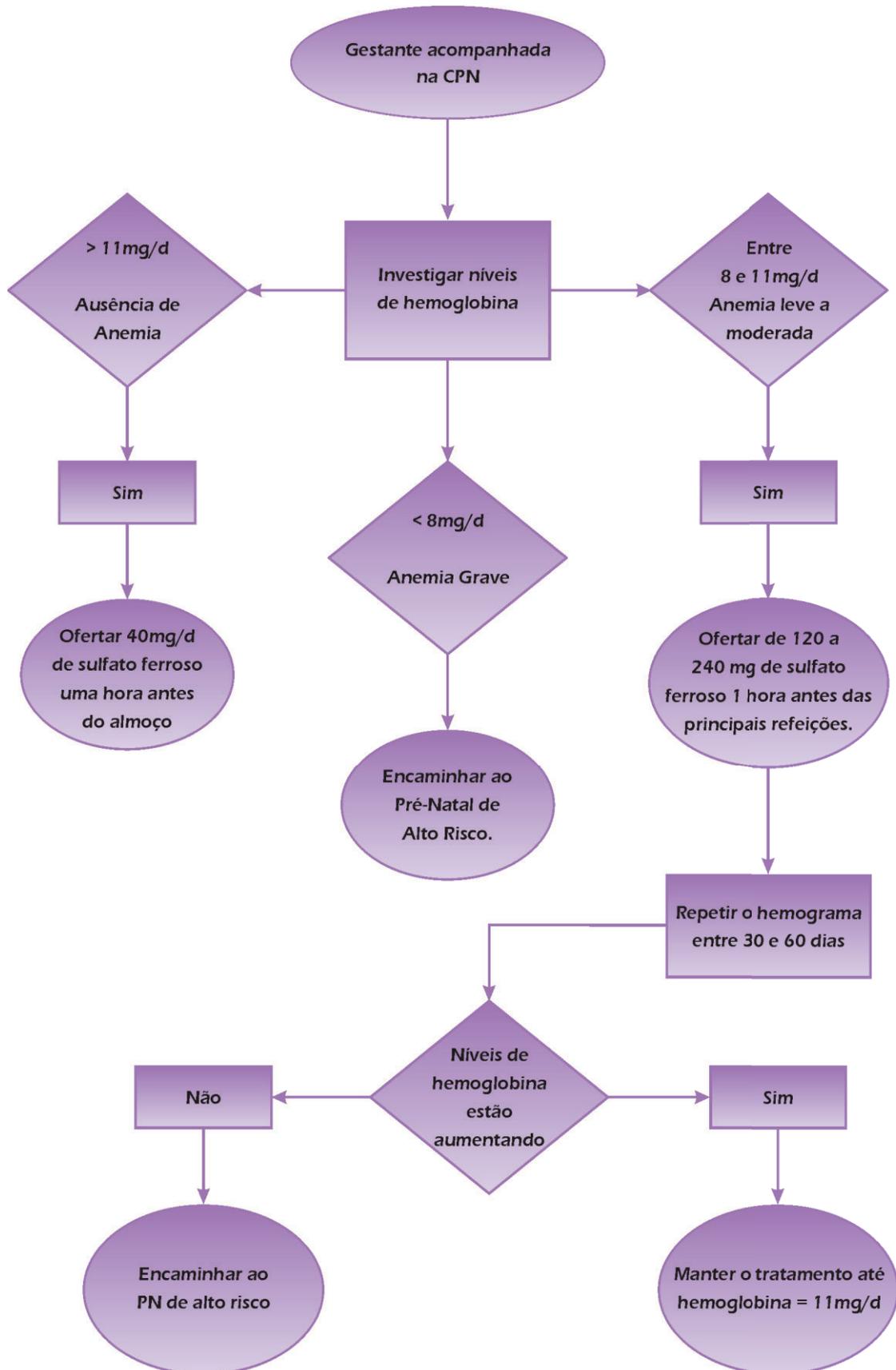


Figura 6: Fluxograma para suplementação com sulfato ferroso na gestação



Etapa 6: Enumeração das Referências Utilizadas

Foram utilizadas para a composição do protocolo, 39 referências que foram dispostas por ordem de aparecimento no texto e detalhadas no capítulo específico às referências em formato Vancouver.

Etapa 7: Diagramação

Essa etapa se correspondeu à organização e formatação dos tópicos, fluxogramas e páginas.

A criatividade do educador aliada às características peculiares dos diferentes recursos são elementos essenciais para a efetividade da aprendizagem (SALES, 2008). Além disso, a cor é um fator de importância na comunicação visual gráfica, tendo um poder em despertar a atenção do leitor (DOAK *et al.*, 1996).

Assim, teve-se a atenção de elaborar o protocolo com cores harmoniosas de modo a instigar a leitura. Foram utilizadas as cores: azul, verde, rosa e lilás que foram alternadas em sequência lógica, conforme ilustrado a seguir:

Figura 7: capas de alguns capítulos do protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.





Fase 2: Elaboração Textual

O processo de elaboração textual se deu de forma criteriosa visando facilitar a leitura e manuseio do protocolo durante sua utilização, tendo sido elaborado em uma sequência lógica abordando desde o primeiro contato com a paciente até a última consulta pré-natal, conforme abordado anteriormente.

Para a elaboração do conteúdo de um material, a informação deve ser clara, útil e relevante àqueles os quais são destinadas em uma ordem lógica e progressiva (GONÇALES, 2007).

O protocolo foi escrito em fonte Times New Roman, tamanho 12 sendo composto por 95 páginas com 12 capítulos. Foram utilizadas 10 figuras, dentre essas, cinco fluxogramas, dois roteiros para realização de consultas, um mapa de distribuição das Unidades de Atenção Primária à Saúde da Regional III de Fortaleza e um cartaz referente ao curso de gestantes; 12 quadros e 39 referências enumeradas em sequência conforme aparecimento no texto em formato Vancouver. Foi realizada descrição da autoras do protocolo e a orientadora de seu desenvolvimento.

Fase 3: Validação do Protocolo

Etapa 8: Consulta a especialistas ou profissionais com experiência na área de interesse

Para essa etapa do estudo realizou-se a seleção dos juízes, conforme os critérios pré-estabelecidos e citados anteriormente. Inicialmente foi enviado ao e mail de cada especialista uma carta convite explicando o objetivo geral do protocolo (APÊNDICE A). Foi aguardada a resposta do especialista aceitando ou recusando a participação. Cinco juízes não responderam ao e mail.

Àqueles que aceitaram participar desse processo, foi realizado contato e entregue o TCLE (APÊNDICE B), bem como o protocolo e o instrumento de avaliação (APÊNDICE C) pessoalmente ou por e mail, conforme melhor lhe conviesse. Alguns especialistas pediram prorrogação do prazo de entrega do material avaliado devido à extensão do trabalho.

O quadro 5 expõe o perfil dos juízes que participaram da pesquisa.

Quadro 5: Distribuição do número de especialistas que participaram da validação do protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal, segundo suas credenciais. Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

Variáveis	Especialistas
Área de Trabalho	
Docência	8
Estudante de Pós-graduação	7
Saúde da Família	5
Obstetrícia	4
Auditoria	1
Instituição	
Universidade Federal do Ceará (UFC)	3
Universidade Estadual do Ceará (UECE)	1
Faculdade Metropolitana de Fortaleza (FAMETRO)	3
Faculdade Terra Nordeste (FATENE)	2

Faculdade da Grande Fortaleza (FGF)	1
Maternidade Escola Assis Chateaubriand	4
Hospital da Mulher de Fortaleza	2
Prefeitura Municipal de Horizonte	3
Prefeitura Municipal de Fortaleza	1
Prefeitura Municipal de São Gonçalo do Amarante	3
UNIMED Fortaleza	1
Titulação	
Doutor	4
Mestre	9
Especialista em Obstetrícia	6
Especialista em Saúde da Família	5
Especialista em Pré-natal	1
Publicação de pesquisa envolvendo a temática:	
Assistência Pré-natal	12
Obstetrícia	10
Validação de Instrumentos	2
Saúde da Mulher	16
Saúde da Família	8

Observa-se que os especialistas reúnem em si experiência prática aliada a cursos de pós-graduação e/ou atuação na docência, fato que contribui para um processo de validação mais criterioso de modo que se verifica a capacidade que possuem para julgarem a adequabilidade do protocolo.

Quanto à pontuação de acordo com os critérios estabelecidos inicialmente, houve variação de 6,0 a 14,0 pontos.

Inicialmente, os juízes fizeram uma avaliação dos objetivos do protocolo, o qual refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do protocolo. Essa avaliação contemplou quatro itens que são expostos no quadro 6 com suas respectivas notas.

Quadro 6: Distribuição das avaliações dos especialistas quanto os objetivos do protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado	Totalmente Adequado	IVC
1.1 São coerentes com as necessidades do enfermeiro durante as consultas de pré-natal.	-	3	1	18	0.86
1.2 São coerentes do ponto de vista da assistência de Enfermagem ao pré-natal.	-	1	2	19	0.95
1.3 Pode circular no meio científico na área da obstetrícia.	-	-	4	18	1.0
1.4 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com assistência de Enfermagem ao pré-natal.	-	2	3	17	0.90

Quanto aos objetivos, todos os itens foram considerados validados, haja vista terem apresentado IVC maior que 0,78.

Ressalta-se que a maioria dos especialistas classificou os itens como totalmente adequados.

O item 1.1 foi considerado como parcialmente adequado por três juízes, os quais sugeriram modificação no objetivo de número quatro, tendo sido sugerido por uma juíza a seguinte modificação: substituí-lo por contribuir para melhoria da qualidade do atendimento às gestantes e, subsequente redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal. A solicitação foi realizada e feita à modificação no protocolo.

Apenas um especialista classificou o item 1.2, referente à coerência dos objetivos, como parcialmente adequado e sugeriu também modificação no objetivo de número de quatro. A sugestão foi acatada.

O item 1.3 apresentou unanimidade de respostas positivas pelos juízes, obtendo IVC de 1.0, o que significa que o protocolo poderá circular no meio científico na área de Enfermagem Obstétrica.

Dois juízes enfatizaram que o item 1.4 ficaria melhor escrito da seguinte forma: atende aos objetivos da instituição de destino na assistência de Enfermagem ao pré-natal, tendo em vista suas peculiaridades e por isso o julgaram como parcialmente adequados.

Após análise e avaliação dos objetivos, foi dado seguimento com a avaliação da estrutura e apresentação do protocolo. Essas se referem à forma de apresentar as orientações, incluindo sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

O quadro 7 expõe as avaliações dos juízes para esse tópico.

Quadro 7: Distribuição das avaliações dos especialistas quanto a estrutura e apresentação do protocolo, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado	Totalmente Adequado	IVC
2.1 O protocolo serve como suporte de orientação aos enfermeiros durante a realização das consultas de pré-natal.	-	2	2	18	0.90
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	-	2	6	14	0.90
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	-	3	5	14	0.86
2.4 Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto.	-	2	5	15	0.90
2.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	-	3	7	12	0.86
2.6 Informações da capa, contracapa e apresentação são coerentes.	-		5	17	1.0
2.7 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	-	1	2	19	0.95
2.8 O número de páginas está adequado.	-		6	16	1.0
2.9 As figuras são expressivas e suficientes.	-	3	6	13	0.86

No quesito estrutura e apresentação o protocolo também foi considerado validado em todos os itens, pois o menor valor para o IVC foi de 0.86 para os subitens 2.3, 2.5 e 2.9.

Mais uma vez, mais da metade dos juízes classificou os itens como totalmente adequados, fato que colabora para o processo de validação desse material.

O item 2.1 apresentou-se como parcialmente adequado por dois juízes, os quais apresentaram sugestões ao longo do conteúdo do protocolo e serão explicitadas mais à frente na etapa de sugestões dos especialistas (quadros 9 e 10).

O item 2.2 também foi classificado parcialmente adequado por dois especialistas, sendo que ambos sugeriram deixar mais claro, no capítulo acolhimento, quem o realizaria. Foi feita essa modificação no protocolo de forma que foi citado qual profissional iria realizar essa função e em que momento se daria.

Três especialistas consideraram o item 2.3, referente ao respaldo científico das informações, parcialmente adequado. Um especialista questionou a orientação da dieta hipossódica para gestantes com aumento dos níveis pressóricos em relação aos níveis pré-gravídicos com PA<140x90mmHg; outro especialista questionou o uso do ácido fólico somente até a 12^a semana gestacional e o início da vacina contra hepatite B somente após o primeiro trimestre gestacional. Essas informações não foram modificadas, visto que foram todas extraídas do caderno de atenção básica atenção ao pré-natal de baixo risco do Ministério da Saúde, 2012 e do Antenatal care: routine care for the healthy pregnant woman, 2010.

Dois desses especialistas também questionaram a informação de que o tétano neonatal ainda é uma das principais causas de mortalidade infantil nos países em desenvolvimento, tendo em vista esse fato não ser verídico no Brasil, já que temos uma elevada cobertura vacinal. Essa informação foi retirada do protocolo, seguindo as orientações dos especialistas.

O item 2.4 alusivo à sequência lógica do protocolo foi considerado parcialmente adequado por dois especialistas. Ambos solicitaram que ao ser mencionado algum assunto que seria detalhado mais adiante fosse feita referência da página e/ou figura. Essas sugestões foram acatadas.

Três especialistas julgaram o item 2.5 como parcialmente adequado e foi realizado estudo referente a questões de pontuações e grafias sugeridas e àquelas observadas como adequadas foram incorporadas ao protocolo.

O item 2.6 alusivo a coerência das informações da capa, contracapa e apresentação obteve IVC de 1.0, sendo classificado como adequado por cinco juízes e como totalmente adequado por 17 avaliadores, não acarretando em modificações.

Um especialista considerou o item 2.7, tamanho do título e dos tópicos, como parcialmente adequado, porém não fez sugestões, assim, não houve modificações.

No tocante ao número de páginas, item 2.8, todos os avaliadores classificaram como adequado (seis) ou totalmente adequado (dezesesseis) o que resultou em um IVC de 1.0.

O item 2.9 alusivo a expressividade e número suficiente das figuras, foi tido como parcialmente adequado por três juízes, sendo sugerido por todos esses que fosse aumentado o tamanho das imagens objetivando facilitar a leitura. Essa proposta foi aceita e realizada as devidas mudanças. Um juiz solicitou que fossem acrescentadas mais figuras referentes ao parto, manobras de Leopold, gestante com acompanhante, da classificação do edema; porém essa sugestão não foi acatada tendo em vista que poderia estender muito o tamanho do protocolo.

A última etapa do processo de validação do protocolo foi referente à relevância do material à qual avalia o grau de significação do material apresentado e será apresentado no quadro 8.

Quadro 8: Distribuição das avaliações dos especialistas quanto a relevância do protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

	Inadequado	Parcialmente Adequado	Adequado	Totalmente Adequado	IVC
3.1 Os temas retratam aspectos chaves que devem ser retratados.	-	1	1	20	0.95
3.2 O protocolo propõe ao enfermeiro adquirir mais conhecimento quanto às condutas adequadas durante as consultas de pré-natal.	-	1	3	18	0.95
3.3 O protocolo aborda assuntos necessários a serem oferecidos às gestantes em acompanhamento pré-natal.	-	2	3	17	0.90
3.4 Está adequado para ser usado por enfermeiros durante as consultas de pré-natal.	-	2	1	19	0.90

O protocolo foi considerado validado no tocante à relevância, com variação do IVC de 0.90 a 0.95.

Todos os itens apresentaram a maioria das respostas como totalmente adequadas, como IVC mais elevado para os itens 3.1 e 3.2 com valor de 0.95.

Os itens 3.1 e 3.2 foram avaliados como parcialmente adequados por apenas uma especialista, a qual solicitou outros aspectos chaves que poderiam ser abordados no material. Esses serão expostos na etapa de adequação do protocolo.

Dois especialistas julgaram o item 3.3, referente aos assuntos abordados no protocolo e sua necessidade de serem oferecidos às gestantes em acompanhamento pré-natal, como parcialmente adequados, onde foi recomendado que se abordasse no protocolo o ganho ponderal adequado na gestação e outras orientações nutricionais necessárias. Foi sugerido também que o protocolo trouxesse os 10 passos para uma alimentação saudável na gestação. Ambas as sugestões foram acatadas.

O item 3.4 diz respeito à adequação do protocolo para utilização por enfermeiros durante as consultas de pré-natal. Esse item foi tido como parcialmente adequado por dois juízes que solicitaram algumas modificações as quais serão explicitadas na etapa de adequação do protocolo, por serem mais extensas.

No tocante a validação global do protocolo obteve-se um IVC de 0.92, o qual foi calculado através da soma de todos os IVC calculados separadamente (15.64) dividido pelo número de itens do instrumento (17). Assim, o protocolo foi considerado validado também de forma geral, pois apresentou IVC superior a 0.78.

Etapa 9: Adequação do protocolo às sugestões dos especialistas

Ao final do instrumento de avaliação, que foi entregue aos juízes, foi destinado espaço para que fossem feitas sugestões visando o aperfeiçoamento do material. Foi sugerido também que, caso necessário, escrevessem observações no próprio protocolo.

À partir dessas considerações foram realizadas as modificações pertinentes.

Adequações sugeridas pelos especialistas alusivas às informações textuais

Alguns especialistas sugeriram substituições de expressões textuais, reelaboração de frases e retirada de palavras visando facilitar o entendimento do leitor. Alterações

sugeridas resultam de detalhes para melhorar a compreensão trazendo maior clareza às informações. As sugestões pertinentes foram acatadas e são expostas no quadro 9.

Quadro 9: Distribuição das sugestões de especialistas alusivas à reelaboração de frases dispostas no protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

Itens Avaliados	Modificações Sugeridas
Prefácio	<p>Substituir expressões</p> <p>“é com grande satisfação que lhes apresento” por “é com satisfação que lhes apresentamos”.</p> <p>“criado através do interesse de melhor embasar por “foi construído com o propósito de embasar...”</p> <p>“...trará para o âmbito da Enfermagem por “...terá para a assistência de Enfermagem...”</p> <p>“ferramenta de motivação para uma Enfermagem inovadora” por “ferramenta motivadora para uma prática de Enfermagem inovadora.”</p>
Introdução	<p>Substituir expressões</p> <p>“O principal objetivo da assistência pré-natal” por “seu principal objetivo”.</p> <p>“Através” por “por meio”</p> <p>“buscar documentos” por “seguir normas técnicas”.</p> <p>Acrescentar informação</p> <p>“Para tanto, o uso de um protocolo se apresenta como estratégia ímpar”.</p>
Objetivos	<p>Substituir expressões</p> <p>“Utilizar o protocolo como instrumento” por “oferecer instrumento”.</p> <p>Reformular frase</p> <p>O objetivo de número quatro passou a ser: contribuir para melhoria da qualidade do atendimento gestantes e, subsequente redução das taxas de morbimortalidade materna e neonatal.</p>
Público Alvo	<p>Retirar palavras</p> <p>“O protocolo elaborado será utilizado por”...</p>
Justificativa	<p>Retirar palavras</p> <p>“regulamentação”, “considerados”, “importantes”, “diversos”, “a criação de”.</p> <p>Substituir</p> <p>“a elaboração de um protocolo” por “o uso de um protocolo”.</p> <p>“ele por “o mesmo”.</p>

	“proporcionando” por “exercitando”.
Diagnóstico da Gravidez	Substituir “realizar o diagnóstico de gravidez” por “investigar a possibilidade de uma gravidez”. “mostrado” por “apresentado”.
Primeira Consulta Pré-natal	Substituir A expressão “onde deverá ser realizada” por “espaço reservado para”. “No quadro abaixo” por “no quadro 1”
Roteiro para Primeira Consulta	Substituir “Ressalta-se que esse curso” por “o curso” Realocar A figura 3 ser colocada abaixo do tópico retorno.
Curso de Gestantes: estratégia de educação em saúde	Substituir “Devendo” por “nesse sentido”. “O qual visa” por “com a finalidade de”. “de forma semanal” por “semanais”. “Prevenção ginecológica” por “prevenção do câncer de colo uterino”. Acrescentar Número de encontros do curso de gestantes.

Também foi sugerido pelos especialistas, acréscimo e/ou modificações de informações. Essa etapa torna-se importante pelo fato de que através dessa avaliação é possível ter uma real noção do que está se produzindo (LOPES, 2001). Essa sugestões são mostradas no quadro 10, à seguir.

Quadro 10: Distribuição das sugestões de especialistas alusivas às informações dispostas no protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

Primeira Consulta Pré-natal	Acrescentar Anexo de todos os impressos do prontuário e fazer referência desse anexo ao citá-los. Nos itens 1 e 3 referentes, respectivamente, ao cartão nacional da gestante e ao cartão do SUS, informar onde a gestante irá recebê-los.
Roteiro para Primeira Consulta	Acrescentar No tópico Exame físico geral: informações mais detalhadas sobre sua

	<p>realização.</p> <p>No tópico realização de orientações dietéticas: 10 passos para uma alimentação saudável na gestação.</p> <p>No tópico prescrição de medicamentos: anexar portaria do município de Fortaleza.</p> <p>No tópico encaminhamento para curso de gestantes: as gestantes que não puderem comparecer ao curso, poderão ter suas faltas justificadas.</p> <p>Em controle dos níveis pressóricos: aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, deve ser considerado sinal de alerta.</p> <p>Reformular informação</p> <p>No tópico exame físico específico: a gestante não deverá ser encaminhada para realização do exame de prevenção de câncer de colo uterino e sim realizá-lo na sala de atendimento pré-natal.</p> <p>Em determinação da Idade Gestacional: colocar, “sendo esse método mais confiável que o cálculo da IG baseado na DUM”, onde tinha “sendo esse método mais confiável que a DUM”.</p> <p>Retirar informação</p> <p>Na página 55 abaixo do quadro 7: a gestante só poderá permanecer em atendimento com enfermeiro caso mantenha também atendimento médico.</p> <p>À critério médico na prescrição para ITU.</p>
Consultas Subsequentes	<p>Acrescentar</p> <p>Orientações de Enfermagem referentes às principais necessidades da gestante por trimestre gestacional.</p> <p>Referência da página onde cada tópico foi detalhado.</p> <p>Condutas de Enfermagem frente à classificação dos tipos de edemas.</p>
Diagnósticos de Enfermagem	<p>Substituir</p> <p>Resultados Esperados e Intervenções de Enfermagem de Sparks e Taylor por NIC e NOC.</p>
Plano de Parto	<p>Substituir</p> <p>Orientações por extenso por um check list;</p> <p>Acrescentar</p> <p>Local de parto, métodos não farmacológicos de alívio da dor e posição de escolha para parir.</p> <p>Retirar</p> <p>A frase a administração de ocitocina fica à critério da minha médica.</p>

Adequações sugeridas pelos especialistas referentes às ilustrações do protocolo

As ilustrações são importantes para facilitar a comunicação, segundo González, 2003, essas devem adequar-se ao tema tratado colaborando para uma melhor compreensão do texto. As sugestões realizadas pelos especialistas referentes às ilustrações são dispostas no quadro 11.

Quadro 11: Distribuição das sugestões de especialistas alusivas às ilustrações dispostas no protocolo, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/Mestrado/UFC, 2013.

Fluxogramas	Aumentar tamanho da fonte
Figura 1: Fluxograma para acolhimento pré-natal na CPN Lígia Barros Costa	Substituir “gestante” por “usuária”.
Figura 2: Fluxograma para Diagnóstico da Gravidez	Substituir “consulta de acolhimento” por “consulta de diagnóstico da gravidez”. “preenchimento do sisprenatal” por “encaminhar para cadastro no sisprenatal em uma UAPS”. Acrescentar informação Inserir a prescrição de ácido fólico no balão onde tem solicitação do TIG. Inserir informação em caso de TIG positivo após repetição em 15 dias. Modificar Informação Substituir β HCG urinário por TIG.
Figura 5: Fluxograma com esquema para vacinação contra hepatite B na gestação.	Acrescentar informação Referente à gestante com esquema completo para hepatite B.
Figura 6: Fluxograma para suplementação com sulfato ferroso na gestação.	Acrescentar informação Especificar para onde a gestante deverá ser encaminhada ao PN de alto risco
Quadro 10: classificação do edema na gestação	Acrescentar informação Inserir condutas de Enfermagem de acordo com cada classificação.
Figura 9: Cartaz do VI curso para gestantes.	Ampliar.

As alterações nas ilustrações tiveram grande importância para facilitar a comunicação visual e para melhorar o entendimento da informação prestada.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elaboração de tecnologias que visem aprimorar o conhecimento técnico-científico de profissionais da saúde deve ser incentivada, pois despertam interesse na busca por informações atualizadas, inovando a prática assistencial.

O processo de elaboração de protocolos demanda tempo e necessita de atenção e rigor metodológico, além disso, o pesquisador que o elabora deve estar atualizado, tendo em vista que as informações contidas nesse material servirão como base para outros profissionais.

O protocolo elaborado visa direcionar o cuidar do enfermeiro que atua na assistência pré-natal contribuindo para uma prática de maior qualidade com foco na humanização do cuidado. Ao utilizar o protocolo, acredita-se que o enfermeiro sentir-se-á mais seguro na realização do atendimento, adquirindo mais conhecimento para embasar sua prática.

O uso desse material deverá ser aliado a características intrínsecas de cada enfermeiro como, por exemplo: a capacidade de saber ouvir a paciente, a empatia, o interesse em proporcionar uma maior qualidade de vida às mulheres no período gestacional e a criatividade em buscar novos meios de transmitir o conhecimento. Somente aliado a predicados como esses, o protocolo trará os resultados esperados.

Ressalta-se a importância de serem realizadas atualizações periódicas a esse material para que as informações não se tornem obsoletas e causem prejuízo à assistência. Sugere-se que a cada dois anos, o protocolo seja revisado por uma equipe de profissionais especialistas, treinados e engajados, para que o protocolo acompanhe a evolução do conhecimento técnico e científico.

O protocolo foi validado por 22 especialistas em conteúdo e aparência. Esses juízes realizaram avaliação referente aos objetivos, estrutura, apresentação e relevância do protocolo. Os especialistas tiveram ainda a oportunidade de realizar observações ao longo do protocolo, fato que foi importante, pois puderam ter liberdade para opinar em tudo aquilo que sentiram necessidade.

O processo de validação foi positivo, pelo fato de as contribuições dos juízes terem aprimorado as informações contidas no protocolo. Enfatiza-se a dificuldade na captação desses especialistas, já que alguns não responderam à carta convite e outros, embora tenham aceitado participar desse processo, não enviaram suas contribuições.

Espera-se obter resultado positivo na assistência pré-natal na CPN Lígia Barros Costa após a implementação do protocolo, sendo necessária a realização de um estudo posterior para avaliar o impacto trazido para a assistência pré-natal com o uso do protocolo.

Sugere-se que outras tecnologias sejam utilizadas na assistencial pré-natal, como por exemplo, vídeos; dramatizações; jogos interativos; dentre outras, para que favoreçam o aprendizado das gestantes frente às suas reais necessidades.

Como limitação desse estudo cita-se o fato de não ter sido realizado grupos para escuta das gestantes, antes da criação do protocolo, visando conhecer àquilo que mais buscam receber durante o atendimento pré-natal, pois esse momento poderia contribuir na elaboração do material.

Recomenda-se que sejam criados outros protocolos alusivos a temáticas diferentes no serviço em questão, visando padronizar a assistência nas diversas áreas de atuação do enfermeiro com vistas a possibilitar um maior compromisso clínico.

Destaca-se a figura do enfermeiro como um profissional capaz de produzir tecnologias que auxiliem sua prática, compartilhando seu conhecimento com outros profissionais. Para que desenvolva uma prática inovadora e atualizada, o enfermeiro deve realizar treinamentos e cursos de especialização com periodicidade, pois a assistência pré-natal demanda responsabilidade e compromisso por parte desses profissionais.

Espera-se que esse protocolo sirva de incentivo para que outros enfermeiros busquem a criação de materiais semelhantes em suas unidades de saúde e que mesmo diante de todas as dificuldades encontradas em seus ambientes de trabalho, não se acomodem e lutem por uma assistência humanizada e de qualidade, principalmente àqueles que atuam na obstetrícia, pois a gestação se configura como uma das etapas mais importantes na vida de uma mulher, sendo um místico de alegria, medo e ansiedade, que quando acompanhada por um profissional compromissado poderá ter toda uma diferença em seu desfecho.

Cabe ao enfermeiro ou enfermeiro e/ou obstetra ser acolhedor, competente e dinâmico e que utilize tecnologias apenas como auxílio em suas atividades, pois a sua presença é insubstituível. Esse profissional deve apropriar-se de tecnologias leves, devendo aliar conhecimento técnico a empatia, humanização, compromisso e ética.

O cuidado de Enfermagem deve ser holístico. É imprescindível que a gestante seja respeitada frente aos seus desejos, que suas opiniões e crenças sejam respeitadas, para que, detenha o protagonismo na gestação e sejam respeitados seus direitos sexuais e reprodutivos, devendo, a Enfermagem seja participante ativa para a concretização desse processo.

REFERÊNCIAS

AMORIN, M. M. R.; MELO, A. S. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (parte 1). **Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.31, n.3, mar. 2009. Disponível em: < Acesso em: 17 ago. 2013.

BARROS, F. C.; BHUTTA, Z. A.; BATRA, M.; HANSEN, T. N.; VICTORA, C. G.; RUBENS, C. E. Global report on preterm and stillbirth: evidence for effectiveness of interventions. **BMC Pregnancy and Childbirth**, Washington, v. 10, n. 1, mai. 2010.

BEZERRA, A. L. T. et al. **Protocolo de Enfermagem em atenção a saúde de Goiás**, Conselho Regional de Enfermagem de Goiás: Goiania, 2010.

BRASIL. Decreto nº 94.406/87 de 25 de junho de 1987. Regulamenta a Lei nº 7.498, de que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 08 dez. 1987. Seção I, p. 8.853 a 8.855.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196/96. Decreto nº 93.933 de 10 de outubro de 1996. Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Bioética**, Brasília, DF, v. 4, n. 2, p. 15-25, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Parto**: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pacto Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos- uma prioridade do Governo**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 816 de 31/05/2005. Constitui o Comitê Gestor Nacional de Protocolos de Assistência, Diretrizes Terapêuticas e Incorporação Tecnológica em Saúde, e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 02 jun. 2005. Disponível em: <<http://>

dtr2001.saude.gov.br/sas/ PORTARIAS/Port2005/GM/GM-816. htm>. Acesso em: 15 out. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde da Família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados, 1998-2005/2006**. 2ª edição. Brasília, DF, 2008.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de situação em saúde: guia de vigilância epidemiológica do óbito materno. Brasília; 2009.

_____. Ministério da Saúde. Portaria N° 1459, de 24 de Junho de 2011. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS a Rede Cegonha. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 24 de junho de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Datasus: Indicadores e Dados Básicos, IDB, 2011. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2010/C03b.htm>>. Acesso em: 21 ago. 2012.

_____. Ministério da Previdência Social. **Requerimento de salário maternidade: informações básicas**. Disponível em: <http://www.dataprev.gov.br/servicos/salmat/salmat_def.htm>. Acesso em: 26 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

BRITO, P. R. Relaciones conceptuales en el modelo enfermero basado en el modelo vital de roper, logan y tierney. **Rev. enfermería global**. Murcia, v. 12, fev. 2008.

CABRAL, F.; HIRT, L. M.; SAND, I. C. P. V. D. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. esc. enferm. USP**, v.47, n.2, abr. 2013. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 jan. 2014.

CAMPOS, A. D. C. S.; CARDOSO, M. V. L. M. L. Tecnologia educativa para a prática do cuidado de Enfermagem com mães de neonatos sob fototerapia . **Rev Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n. 1, jan./mar. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072008000100004&script=sci_arttext>. Acesso em: 18 out. 2012.

CASSIANI, S. H. B. **A coleta de dados nas pesquisas em Enfermagem: estratégia, validade e confiabilidade**, 1987. 142f. Dissertação (Mestrado)- Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1987.

CEARÁ. Governo do Estado de Ceará. Secretaria de Saúde. **Informe Epidemiológico de Mortalidade Materna**. Coordenadoria de Promoção e Proteção à Saúde / Núcleo de Vigilância Epidemiológica / SESA/CE. Fortaleza, 2012. Disponível em: <<http://www.saude.ce.gov.br>>. Acesso em: 26 set. 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Lei n. 7.498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 26 jun. 2006. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>. Acesso em 18 out. 2011.

_____. Resolução 358 de 12 de julho de 1973. Dispõe sobre a sistematização da assistência de Enfermagem e a implementação do processo de Enfermagem. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, DF, 15 out. 2009. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/site/2007/section.asp?sectionParent>>. Acesso em 18 out. 2011.

CORIOLOANO, M. W. L.; LIMA, M. M.; QUEIROGA, B. A. M.; MORENO, L. R.; LIMA, L. S. Educação permanente com agentes comunitários de saúde: uma proposta de cuidado com crianças asmáticas. **Rev. Trab. educ. saúde**, Rio de Janeiro, v.10, n.1 mar./jun. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198177462012000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 08 out. 2012.

CRUZ, A. J. O.; KNOPMAN, J. **O que são algoritmos?** Wikipédia, a Enciclopédia livre. Disponível em:<<http://pt.wikipedia.org/wiki/Algoritmo>>. Acesso em: 20 mai. 2013.

CULLUM, N.; HAYNES, R. B.; CILISKA, D.; MARKS, S. **Enfermagem baseada em evidências: uma introdução**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

DOAK, C. C.; DOAK, L. G.; ROOT, J. H. **Teaching patients with low literacy skills**. 2nd ed. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1996.

DOMINGUES, R. M. S. M. **Avaliação da implantação da assistência pré-natal na rede SUS do município do Rio de Janeiro com ênfase nas ações de controle da sífilis e do HIV**. 2011. 113f. Tese (Doutorado) – Departamento de Epidemiologia em Saúde Pública. Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M.; SANTOS, E. M.; LEAL, M. C. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 1, p.52-62, 2004.

EDSON, T. S. N. **Avaliação da assistência pré-natal na região metropolitana da grande Vitória, Espírito Santo, Brasil**. 2012. 155f. Tese (Doutorado) – Departamento de Epidemiologia em Saúde Pública. Escola de Saúde Pública Sérgio Arouca, Rio de Janeiro, 2012.

EDWARDS, N.; SEMENIC, S.; PREMJI, S.; MONTGOMERY, P.; WILLIAMS, B.; OLSON, J.; MANSI, O. Provincial prenatal record resion: a multiple case study of evidence-based decision-making at the population-policy level. **BMC Health Serv Res**, Ottawa, v.8, n.266, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6963/8/266/>>. Acesso em: 15 set. 2011.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C.; MOREIRA T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de Enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v.42, n.4, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_serial&pid=0080-6234&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 20 set. 2011.

FIGUEIREDO, J. V.; FREITAS, L. V.; LIMA, T. M.; OLIVEIRA, A. S.; DAMASCENO, A. K. C. Promovendo a autoridade e o poder da gestante: uma atividade da Enfermagem na construção da cidadania. **Rev. Enfermagem em Foco**, v.1, n.3, p. 124-128, 2010.

FONSECA, L. M. M.; LEITE, A. M.; MELLO, D. F.; SILVA M. A. L.; LIMA, R. A. G.; SCOCHI, C. G. S. Tecnologia educacional em saúde: contribuições para a Enfermagem pediátrica e neonatal. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n.5, mar. 2011.

FREITAS, L.V. **Construção e validação de hiperídia educacional em exame físico no pré-natal**. 2010. 116p. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

FURLLERTON , J. T.; THOMPSON, J. B. Examining the evidence for the International Confederation of Midwives' essential competencies for midwifery practice. **Midwifery, London**, v. 21, n. 1, p. 2-13, 2005.

GARCES, S. B. B. Classificação e Tipos de Pesquisas. Universidade de Cruz Alta – Unicruz, 2010.

GIL, Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 5.ed. São Paulo: Atlas,1999.

GOMES, L. C. F. **Diagnósticos de Enfermagem em gestantes: revisão integrativa da literatura** [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2012.

GONÇALES, M.B. **Teste de Papanicolau: construção e validação de material educativo para usuárias de serviços de saúde**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Escola Paulista de Medicina, Universidade Federal de São Paulo. São Paulo, 2007.

GONZÁLEZ, L.C. Cumplimiento de los principios didácticos en la utilización de un software educativo para la educación superior. **Educ. Med. Super.**, Habana, v.17, n.1, p. 53-7, enero/marzo 2003.

GURGEL, M. G. I.; ALVES, M. D. S.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, P. N. C.; REGO, R. M. V. Desenvolvimento de habilidades: estratégia de promoção da saúde e prevenção da gravidez na adolescência. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.31, n.4, dez 2010. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S198314472010000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 10 out. 2012.

GYURKO, C. C.; ULLMANN, J. Using Online Technology to Enhance Educational Mobility. **Online Journal of Nursing Informatics**, v. 16, n. 2, fev. 2012. Disponível em: <http://web.ebscohost.com.ez11.periodicos.capes.gov.br/>. Acesso em: 18 out. 2012.

GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO. Gerência de Ensino e Pesquisa. **Diretrizes Clínicas/Protocolos Assistenciais**. Manual Operacional. GEP-GHC. Porto Alegre/RS, 2003.

HOLLAND, K.; JENKINS, J.; SOLOMON, J.; WHITTM, S. **Applying the Roper, Logan, Tierney Model in Practice**. 2ªed. Londres: Elsevier, 2008.

HULLEY, S. B.; CUMMINGS, S. R.; BROWNER, W. S.; GRADY, D. G.; NEWMAN, T. B. **Delineamento a Pesquisa Clínica: uma abordagem epidemiológica**. 3ªed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

LIMA, F.E.T. **Protocolo de Enfermagem ao paciente após revascularização do miocárdio: avaliação da eficácia**. 2007. 139f. Tese (doutorado)- Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2007.

LO BIONDO, W.G.; HABER, J. **Pesquisa em Enfermagem: métodos, avaliação crítica e utilização**. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

LOPES, M. V. O. **Validação de um software educativo para auxílio ao ensino de sinais vitais**. 2001. 122p. Tese (doutorado)-Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

MERHY, E. E.; CAMPOS, G. W.; CECILIO, L. C. **Inventando a mudança na saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

NIETSCHE, E. A.; DIAS, L. P. M.; LEOPARDI, M. T. Tecnologias em Enfermagem: uma saber em compromisso com a prática. In: Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem, 1999, Gramado. **Anais**. Brasília: ABEn; Poro Alegre, 1999.

MOREIRA, F. M.; NÓBREGA, M. L.; SILVA, M. T. Comunicação escrita: contribuição para elaboração de material educativo em saúde. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 56, n. 2, p.184-188, 2003.

NARCHI, N. Z. Análise do Exercício de Competências dos não Médicos para Atenção à Maternidade. **Rev. Saúde Soc. São Paulo**, v.19, n.1, p.147-158, 2010.

OLIVEIRA, M. S. **Autocuidado da mulher na reabilitação da mastectomia**: estudo de validação de aparência e conteúdo de uma tecnologia educativa. 2006. 114 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). Consulta Técnica Regional: Atención Calificada del Parto en América Latina y el Caribe [CD ROM]. Santa Cruz de la Sierra, 2003

PARSE, R. R. **Paradigms and theories**. In: Parse RR. Nursing science: major, paradigmes, theories and critiques. Philadelphia (USA): WB Saunders Company, 1987.

PASQUALI, L. **Psicometria**: teoria e aplicações. Brasília: UnB, 1997.

PESSOA, I. N.; MENEZES E. D.; FERREIRA, T. F.; DOTTO, L. M. G.; BESSA, L. F. Percepção de puérperas sobre assistência de Enfermagem na gravidez. **Rev. Cienc. Cuid. Saúde**, Paraná, v.8, n.2, Abr./Jun. 2009. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>. Acesso em: 05 out. 2012.

POLIT, D.F.; BECK C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. The content validity index: are you sure you know what's being reported? Critique and recommendations. **Res Nurs Health**, v.29, p.489-97, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. **Fundamentos da Pesquisa em Enfermagem**: avaliação de evidências para a prática de Enfermagem. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2011.

REIS, D. M.; PITTA, D. R.; BARBOSA, H. M. F.; JESUS, M. C. P.; MORAES, M. E. L.; SOARES, M. G. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Rev. Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan. 2010. Disponível em: < http://www.cienciaesaudecoletiva.com.br/index_interno.php>. Acesso em: 18 out. 2011.

RIO DE JANEIRO. Conselho Regional de Enfermagem (COREN). Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. **Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde**. Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

ROPER N, LOGAN W, TIERNEY AJ. **O Modelo de Enfermagem Roper-Logan-Tierney: baseado nas atividades de vida diária**. Lisboa: Climepsi, 2001.

SALES, A. **A criatividade, comunicação e produção do saber**. Sociologias, n.19, p.22-39, jan./jun. 2008.

SANGKOMKAMHANG, U. S.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M. Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection. **Cochrane Database of Syst Rev.**, n. 2, CD007879, 2011.

SILVA, S.E.D.; VASCONCELOS, E. V.; PADILHA, M. I. C. S.; MARTINI, J. G.; BACKES, V. M. S. A educação em saúde como uma estratégia para Enfermagem na prevenção do alcoolismo. **Rev. Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.11, n.4, dez. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452007000400023&script=sci_arttext>. Acesso em 10 out. 2012.

SILVA, A. A. **Prática clínica baseada em evidências na área de saúde**. 1. ed. São Paulo: Santos, 2009.

SILVA, R. C.; FERREIRA, M. A. A tecnologia em saúde: uma perspectiva psicossociológica aplicada ao cuidado de Enfermagem. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan./mar. 2009. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a23.pdf>>. Acesso em: 18 out. 2012.

SOUSA, E. C. **Tecnologias leves envolvidas no trabalho em Enfermagem: revisão bibliográfica.** 2011. 41f. Monografia (especialização)- Departamento de Saúde Coletiva, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2011.

TELES, M. R. L. **Construção e validação de tecnologia educativa para companhantes durante o trabalho de parto e parto.** 2011. 111 f. Dissertação (Mestrado) - Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2011.

TORRES, J. A.; SANTOS, I.; VARGENS, O. M. Construindo uma concepção de tecnologia de cuidado de Enfermagem obstétrica: estudo sociopoético. **Rev. Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, nov. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010407072008000400005&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em : 18 ago 2012.

WERNECK, M. A. F; FARIA, H. P. ; CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço.** Belo Horizonte: Coopmed, 2009.

WILLIAMSON, M. Y. **Research methodology and its application to nursing.** New York: John Wiley & Sons, 1981.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Modeling maternal mortality in the developing countries.** Geneva: WHO/UNICEF; 1995.

ZAMPIERI, M.F.M.; ERDMANN, A. L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergência . **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** Recife, v.10, n.3, jul./set. 2010. Disponível em : <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S151938292010000300009&lang=pt&tlng=>>. Acesso em 16 jul. 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A

CARTA CONVITE AOS ESPECIALISTAS



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – MESTRADO

CARTA CONVITE AOS JUÍZES ESPECIALISTAS

Eu, **Jamile Lopes de Moraes**, enfermeira obstetra, aluna do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem (Mestrado), da Universidade Federal do Ceará, gostaria de lhe convidar a participar como avaliador no processo de validação de aparência e de conteúdo de um protocolo que estou desenvolvendo na minha dissertação sob a orientação da Profa. Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno. Trata-se de um protocolo que servirá como suporte para enfermeiros durante as consultas de pré-natal.

Grata pela atenção e interesse,

Assinatura manuscrita em azul-escuro que lê 'Jamile Lopes de Moraes'.

Jamile Lopes de Moraes

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (VALIDAÇÃO POR ESPECIALISTAS)

Documento Nº _____
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (ESPECIALISTAS)

Prezado enfermeiro:

Eu, **Jamile Lopes de Moraes**, enfermeira obstetra, sou aluna do Curso de Mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC) e estou desenvolvendo um estudo intitulado: Protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal: construção e validação. O estudo é sob minha responsabilidade e de minha orientadora Prof^a Dra. Ana Kelve de Castro Damasceno. Nesse estudo pretendo construir um protocolo direcionado para consultas de enfermagem no pré-natal. Almejo com esta pesquisa contribuir para uma maior padronização da assistência pré-natal e com isso garantir uma maior autonomia ao enfermeiro pré-natalista. Gostaria de lhe convidar a participar dessa pesquisa, pois a sua contribuição será de grande importância. Informamos que não receberá nenhum pagamento para participar desse estudo. Os participantes serão profissionais com experiência na temática desenvolvida. Caso concorde em participar do estudo, solicito que faça a leitura do protocolo e preencha o instrumento de avaliação, os quais deverão, posteriormente, ser encaminhados à pesquisadora via internet ou pessoalmente, segundo melhor lhe convier.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização deste estudo. Você tem o direito de desistir de participar do estudo a qualquer momento, se assim desejar, sem que sua desistência possa trazer-lhe qualquer prejuízo. Finalmente, informo que sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo como em publicações posteriores. A participação no estudo não lhe trará nenhum custo.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (especialista).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética da UFC por meio do telefone (85) 3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe nome, endereço postal e eletrônico para contato:

Pesquisadora: Jamile Lopes de Moraes

Endereço: Avenida da Universidade, 3264

E-mail: jamile_lm@yahoo.com.br

Telefones para contato: (085)88483862/97135493

Orientadora : Ana Kelve de Castro Damasceno

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____,
declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e
concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2013 .

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C

INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO – ESPECIALISTAS

Data: ____ / ____ / ____ Nº _____

Nome do instrumento: Protocolo para consulta de Enfermagem no pré-natal: construção e validação

Parte 1 – IDENTIFICAÇÃO

Nome do Avaliador: _____

Profissão: _____

Tempo de Formação: _____

Área de trabalho: _____

Instituição: _____

Função/cargo na instituição: _____

Tempo de trabalho na área: _____

Titulação: () Especialização () Mestrado () Doutorado

Especificar:

Tema do trabalho de conclusão (Especialização/Dissertação/Tese)

Publicação de pesquisa envolvendo a temática:

() Assistência pré-natal () Obstetrícia () Validação de instrumentos

() Saúde da mulher () saúde da família () Outros (especificar):

Parte 2 – INSTRUÇÕES

Por gentileza, leia minuciosamente o protocolo. Em seguida, analise o instrumento educativo, marcando um “X” em um dos números que estão na frente de cada afirmação. Dê sua opinião de acordo com a abreviação que melhor represente seu grau de concordância em cada critério abaixo:

Valoração:

1- Inadequado

2- Parcialmente adequado

3- Adequado

4- Totalmente adequado

Para as opções 1 e 2, por gentileza, descreva o motivo pelo qual considerou essa opção no espaço destinado após o item.

1- OBJETIVOS – Refere-se aos propósitos, metas ou fins que se deseja atingir com a utilização do protocolo.

1.1 São coerentes com as necessidades do enfermeiro durante as consultas de pré-natal.	1	2	3	4
1.2 São coerentes com do ponto de vista da assistência de enfermagem no pré-natal.	1	2	3	4
1.3 Pode circular no meio científico na área da obstetrícia.	1	2	3	4
1.4 Atende aos objetivos de instituições que trabalham com assistência de enfermagem no pré-natal.	1	2	3	4

2- ESTRUTURA E APRESENTAÇÃO – Refere-se à forma de apresentar as orientações. Isto inclui sua organização geral, estrutura, estratégia de apresentação, coerência e formatação.

2.1 O protocolo serve como suporte de orientação aos enfermeiros durante a realização das consultas de pré-natal.	1	2	3	4
2.2 As mensagens estão apresentadas de maneira clara e objetiva.	1	2	3	4
2.3 As informações apresentadas estão cientificamente corretas.	1	2	3	4
2.4 Apresenta sequência lógica do conteúdo proposto.	1	2	3	4
2.5 As informações estão bem estruturadas em concordância e ortografia.	1	2	3	4
2.6 Informações da capa, contracapa e apresentação são coerentes.	1	2	3	4
2.7 O tamanho do título e dos tópicos está adequado.	1	2	3	4
2.8 O número de páginas está adequado.	1	2	3	4
2.9 As figuras são expressivas e suficientes	1	2	3	4

3- RELEVÂNCIA – Refere-se à característica que avalia o grau de significação do material apresentado.

3.1 Os temas retratam aspectos-chave que devem ser reforçados.	1	2	3	4
3.2 O protocolo propõe ao enfermeiro adquirir mais conhecimento quanto às condutas adequadas durante as consultas de pré-natal.	1	2	3	4
3.3 O protocolo aborda assuntos necessários a serem oferecidos às gestantes em acompanhamento pré-natal	1	2	3	4
3.4 Está adequado para ser usado por enfermeiros durante as consultas de pré-natal.	1	2	3	4

Para comentários gerais e sugestões, utilizar a folha seguinte.

APÊNDICE D

REFERÊNCIAS UTILIZADAS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROTOCOLO

1. AMORIM, M. M. R.; MELO, A. S. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.31, n.3, p.148-55, 2009.
2. BELOOSESKY, R.; ROSS, M. G. **“Oligohydramnios.”** Jul, 2013. Disponível em <<http://www.uptodate.com/contents/oligohydramnios>>. Acesso em: 15 mai. 2013.
3. BLENCOWE, H., LAWN, J., VANDELAER, J., ROPER, M., COUSENS, S. Tetanus toxoid immunization to reduce mortality from neonatal tetanus. **International Journal of Epidemiology**, Londres, v.39, p.102–109, 2010. Disponível em: <http://ije.oxfordjournals.org/content/39/suppl_1/i102.full.pdf+html>. Acesso em 10 set. 2012.
4. BRANDÃO, J. P. L. **Ecografia Gestacional Básica**. Programa de Residência Médica em Ginecologia e Obstetrícia. Distrito Federal, DF, 2009.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de vacinação**. Brasília, DF, 1984.
6. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Secretaria Executiva. **Programa de Humanização no Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília, DF, 2002.
7. _____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Datasus: **Indicadores e Dados Básicos**, IDB: 2011. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2011/d0104.def>>. Acesso em: 14 fev. 2013.
8. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf>. Acesso em: 20 out. 2012.
9. _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

10. BRICKER, L.; NEILSON, J. P.; DOWSWELL, T. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). **Cochrane Database Syst Rev.**, n.2, CD001451, 2013.

11. BROCKLEHURST, P.; ACKERMAN, B.; COOK, B.; DIMAVICIUS, J.; EDWARDS, H.; GYTE, G., et al. **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical Guideline. 2^a ed.** Londres: RCOG Press, 2008. Disponível em: <<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG62FullGuidelineCorrectedJune2008.pdf>>. Acesso em: 10 mar. 2012.

12. BROCKLEHURST, P.; ACKERMAN, B.; COOK, B.; DIMAVICIUS, J.; EDWARDS, H.; GYTE, G., et al. **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman. National Collaborating Centre for Women's and Children's Health. Clinical Guideline. 3^a ed.** Londres: RCOG Press, 2010.

13. CARDOSO, L. S.; CEZAR-VAZ, M. R.; SILVA, M. R. S.; COSTA, V.Z. The purpose of the communication process of group activities in the Family Health Strategy. **Rev. Latino-Am. Enferm.** v.19, n.2, p.396-402, mar./ abr. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n2/23.pdf>>. Acesso em: 12 nov. 2012.

14. DEMICHELI, V.; BARALE, A.; RIVETTI, A. Vaccines for women to prevent neonatal tetanus. **Cochrane Database Syst. Rev.** n.1, CD002959, 2005.

15. DOCHTERMAN, M. C., BULECHEK, G. M. Classificação das intervenções de Enfermagem. 4.ed. Porto Alegre: Artemed, 2008.

16. DUARTE, G.; MARCOLIN, A. C.; QUINTANA, S. M.; CAVALLI, R. C. Infecção urinária na gravidez. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.30, n. 2, p. 93-100, 2008.

17. GOMES, L. C. F. **Diagnósticos de Enfermagem em gestantes: revisão integrativa da literatura** [dissertação]. Fortaleza (CE): Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará; 2012.

18. GRANER, V. R.; FARIA, D. E. P.; BARROS, S. M. **A Enfermagem e reprodução humana.** In: SILVA, I. A.; SOUZA, K. V.; SOUZA, I. E. **O. Programa de atualização em enfermagem: saúde materna e neonatal,** Porto alegre: Artmed/Panamericana, 2009.

19. HADLOCK, F. P.; HARRIST, R. B.; MARTINEZ-POYER, J. In utero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. **Radiology**, v. 182, n. 1, p. 129-133, 1991.

20. HOLLAND K; JENKINS J; SOLOMON J; WHITTAM S. **Applying the Roper, Logan, Tierney Model in Practice**. 2ªed. London: Churchill Livingstone Elsevier, 2008.
21. HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.
22. INSTITUTE FOR CLINICAL SYSTEMS IMPROVEMENT WEB SITE. Knowledge resources. Routine prenatal care, 12ª ed., 2013. Disponível em: <www.icsi.org/prenatal_care_4/prenatal_care__routine__full_version__2.html>. Acesso em: 10 abr. 2013.
23. KIRKHAM, C.; HARRIS, S.; GRZYBOWSKI, S. Evidence-based prenatal care: part I. General prenatal care and counseling issues. **Am. Fam. Physician**. v.71, n.7, p. 1307-1316, 2005.
24. MOFFATT, F. W.; HODNETT, E.; ESPLEN, M. J.; WATT-WATSON, J. Effects of guided imagery on blood pressure in pregnant women with hypertension: a pilot randomized controlled trial. **Birth**. v. 37, n. 4, p. 296-306.
25. MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE, F. J. **Obstetrícia Fundamental**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.
26. MOORHEAD, S., JOHNSON, M., MASS, M. Classificação dos resultados de Enfermagem (NOC). 3ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.
27. NABHAN, A. F.; ABDELMOULA, Y.A. Amniotic fluid index versus single deepest vertical pocket as a screening test for preventing adverse pregnancy outcome. **Cochrane Database Syst. Rev.** v.16, n.3, CD006593, 2008.
28. PATRELLI, T. S.; GIZZO, S.; COSMI, E.; CARPANO, M. G.; DI GANGI, S.; PEDRAZZI, G., et al. Maternal hydration therapy improves the quantity of amniotic fluid and the pregnancy outcome in third-trimester isolated oligohydramnios: a controlled randomized institutional trial. **J. Ultrasound Med.** v.31, n.2, p.239-244, 2012.
29. PEÑA-ROSAS, J. P.; DE-REGIL, L. M.; DOWSWELL, T.; VITERI FE. Daily oral iron supplementation during pregnancy. **Cochrane Database Syst Rev.**, n. 12, CD004736, 2012.
30. PETROU, S.; KUPEK, E.; VAUSE, S.; MARESH, M. Antenatal visits and adverse perinatal outcomes: results from a British population-based study. **Eur. J. Obstet. Gynecol. Reprod. Biol.** V.10, n.1, p. 40-49, 2003.

31. QUEIROZ, A. P. S.; COSTA, C. F. F. Amadurecimento precoce da placenta avaliada pela ultrasonografia e prognóstico perinatal. **Rev Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 28, n.3, p.165-170, 2006.
32. SANGKOMKAMHANG, U. S.; LUMBIGANON, P.; LAOPAIBOON, M. Hepatitis B vaccination during pregnancy for preventing infant infection. **Cochrane Database Syst Rev.**, n.16, v. 3, CD007879, 2011.
33. SODRÉ, T. M.; BONADIO, I. C.; JESUS, M. C. P.; MERIGHI, M. A. B. Necessidade de cuidado e desejo de participação no parto de gestantes residentes em Londrina-Paraná. **Texto Contexto Enferm.**, v.19, n. 3, jul./set, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v19n3/a06v19n3.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2013.
34. STIGTER, R. H.; MULDER, E. J. H.; BRUINSE, H. W.; VISSER, G. H. A. Fetal urine production in late pregnancy. **ISRN Obstet. Gynecol.**, v. 2011, abr./mai. 2011. Disponível em< <http://www.hindawi.com/isrn/obgyn/2011/345431/>>. Acesso em: 08 jan. 2013.
35. TAYLOR, D.; JAMES, E. A. An Evidence-Based Guideline for Unintended Pregnancy Prevention. **JOGNN**, v. 40, n. 6, p. 782-793, 2011.
36. US DEPARTMENT OF VETERANS AFFAIRS AND THE DEPARTMENT OF DEFENSE. VA/DoD clinical practice guideline: Management of pregnancy, 2009. Disponível em: <www.healthquality.va.gov/pregnancy.asp>. Acesso em: 15 abr. 2013.
37. WERNECK, M. A. F.; FARIA, H. P., CAMPOS, K. F. C. **Protocolo de cuidado à saúde e organização do serviço**. Belo Horizonte: Coopmed, 2009.
38. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Safe motherhood needs assessment**. Geneva, 2001.
39. YAM, E. A., GROSSMAN, A. A., GOLDMAN, L. A., GARCIA, S. G. Introducing birth plans in México: an exploratory study in a hospital serving low-income mexicans. **Birth.**, v. 34, n. 1, p. 42-48, 2007.

ANEXO

ANEXO A

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ

Continuação do Parecer: 321.032

avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não apresenta riscos ou danos a os sujeitos envolvidos. Quanto aos benefícios, estes estão relacionados a disponibilização de um protocolo validado sobre a consulta de enfermagem no pré-natal.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa com temática relevante e atual, pois se relaciona a melhoria da assistência a mulher durante o pré-natal, com a criação de protocolo. O desenvolvimento do estudo se dará durante o ano de 2013. Estudo do tipo metodológico, será realizado na Casa de Parto Natural Ligia Barros Costa (CPN) do Centro de Desenvolvimento Familiar (CEDEFAM), local utilizado como campo de prática para o curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC). Para a construção do protocolo optou-se por seguir etapas propostas pela Gerência de Ensino e Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição para Diretrizes Clínicas/ Protocolos Assistenciais. Constando nas seguintes etapas: Etapa 1: Escolha do tema O protocolo desenvolvido servirá como um guia para as consultas de enfermagem durante

o atendimento pré-natal e será dividido em capítulos contendo temas alusivos à abordagem da gestante durante o primeiro contato com o serviço de saúde, roteiro da primeira consulta, solicitação de exames obrigatórios e complementares, encaminhamentos, vacinação. Também será também descrita uma sequência de passos a serem seguidos durante as consultas com as devidas recomendações aos profissionais de saúde. Etapa 2: Justificativa do tema - Os assuntos abordados no protocolo foram escolhidos tendo em vista a necessidade

de se ter na instituição estudada um guia para as consultas de enfermagem durante o atendimento pré-natal com o intuito de padronizar o atendimento, melhorando sua qualidade e garantindo ao mesmo tempo maior autonomia e respaldo aos enfermeiros que utilizarem o protocolo. Etapas 3 e 4: Fontes Bibliográficas e Evidências Encontradas. Após a construção do protocolo se dará início a validação de conteúdo e aparência que será realizada por juizes selecionados através de critérios pré-estabelecidos. Os juizes serão convidados a participar do estudo através de contato formal por meio de carta convite Aspectos ético presentes no texto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos entregues foram a folha de rosto, encaminhamento ao CEP, anuência de pesquisadores envolvidos, anuência da instituição onde se realizará o estudo, cronograma, orçamento, TCLE foi revisito.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1127
 Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 80.430-270
 UF: CE Município: FORTALEZA
 Telefone: (85)3368-8344 Fax: (85)3223-2003 E-mail: compe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 02-022

Recomendações:

Retirar o nome entrevista do TCLE.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto foi corrigido pelos autores.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FORTALEZA, 01 de Julho de 2013

Assinador por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)