



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

Anna Carolina Raduenz Huf Souza

**A prática do enfermeiro na atenção ao pré-natal:
avaliação da qualidade das diretrizes brasileira e internacionais**

Florianópolis, SC
2020

Anna Carolina Raduenz Huf Souza

**A prática do enfermeiro na atenção ao pré-natal:
avaliação da qualidade das diretrizes brasileira e internacionais**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do título Doutor em Enfermagem.

Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Maria de Lourdes de Souza, Dra.

Coorientadora: Profa. Fiona Ann Lynn, Dra.

Florianópolis/SC

2020

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

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Souza, Anna Carolina Raduenz Huf

A prática do enfermeiro na atenção ao pré-natal :
avaliação da qualidade das diretrizes brasileira e
internacionais / Anna Carolina Raduenz Huf Souza ;
orientador, Maria de Lourdes de Souza, coorientador, Fiona
Ann Lynn, 2020.
125 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2020.

Inclui referências.

1. Enfermagem. 2. Cuidado Pré-natal. 3. Enfermeiro. 4.
Diretriz Clínica. 5. Prática Baseada em Evidência. I.
Souza, Maria de Lourdes de. II. Lynn, Fiona Ann. III.
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem. IV. Título.

Anna Carolina Raduenz Huf Souza

**A prática do enfermeiro na atenção ao pré-natal:
avaliação da qualidade das diretrizes brasileira e internacionais**

O presente trabalho em nível de **Doutorado** foi avaliado e aprovado por banca examinadora composta pelos seguintes membros:

Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes
Universidade Federal de Santa Catarina

Profa. Dra. Sabiha Khanum
Institute of Nursing Sciences, Khyber Medical University, Peshawar, Pakistan

Profa. Dra. Rita de Cássia Teixeira Rangel
Universidade do Vale do Itajaí

Certificamos que esta é a **versão original e final** do trabalho de conclusão que foi julgado adequado para obtenção do título de **Doutor em Enfermagem**.

Profa. Dra. Jussara Gue Martini
Coordenadora do Programa

Profa. Dra. Maria de Lourdes de Souza.
Orientadora

Florianópolis/SC, 26 de Novembro de 2020.

*Dedico este trabalho à Deus, que me deu a coragem, a
determinação e o amparo necessário.
Aos meus amados filhos, Benjamin e Theodoro que
compartilharam o desafio de finalizar o doutorado.
Ao Daniel, meu amor, companheiro, amigo e incentivador
pela compreensão e paciência em todos os momentos.
À minha família, pelo amor, apoio e ajuda incondicionais.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, mentor e refúgio em todos os momentos de minha vida.

À minha orientadora e grande incentivadora, Prof^a Dra. Maria de Lourdes de Souza, com quem compartilhei anos de muito aprendizado e troca. Pela sua forma de orientar, educar e, em especial, pelo cuidado comigo e minha família antes de tudo.

À minha co-orientadora, Prof^a Dra. Fiona Ann Lynn que tanto me ensinou e me recebeu na Queen's University – Belfast, possibilitando uma incrível experiência internacional.

À minha tia, grande enfermeira e dedicada professora, Dra. Vera Radunz, pelo exemplo, ensino, incentivo, cuidado e preocupação de sempre.

Aos membros da banca examinadora por compartilharem seus saberes e por todas as contribuições que permitiram a conclusão deste trabalho.

Ao Programa de Pós-Graduação em ENFERMAGEM da Universidade Federal de Santa Catarina e às professoras e colegas do Grupo Cuidado e Confortando, pelo trabalho conjunto, incentivo e carinho.

E a todos que, direta ou indiretamente contribuíram com a construção desse estudo.

Muito obrigado!!!

SOUZA, Anna Carolina Raduenz Huf. **A prática do enfermeiro na atenção ao pré-natal: avaliação da qualidade das diretrizes brasileira e internacionais.** 2020. 125f. Tese (Doutorado de Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, 2020.

Área de Concentração: Filosofia, Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Modelos e Tecnologias para o Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Profa. Maria de Lourdes de Souza, Dra.

Coorientador: Profa. Fiona Ann Lynn, Dra.

RESUMO

Teve como objetivo avaliar as diretrizes clínicas, nacional e internacionais, para a prática do enfermeiro baseada em evidência na atenção pré-natal à gestante de baixo risco. Foram desenvolvidos três estudos sendo estes: uma revisão sistemática, um derivado do método quantitativo com aplicação do instrumento AGREE II para avaliação da qualidade e aplicabilidade de diretrizes e um observacional descritivo com análise de concordância das recomendações das diretrizes. Os resultados são apresentados em três manuscritos intitulados: Ações de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal: revisão sistemática; Avaliação da qualidade e da aplicabilidade de diretriz clínica brasileira para o cuidado pré-natal de baixo risco: aplicação do instrumento AGREE II; Diretrizes para o pré-natal de baixo risco: avaliação da concordância entre recomendações internacionais e brasileiras. Identificou-se como resultado do primeiro o impacto positivo das ações de cuidado do enfermeiro e obstetrix no pré-natal para os desfechos como: hipertensão e hemorragia no pré-natal, taxa de cesárea, parto prematuro em gestantes jovens e de baixa renda, nascimento de bebê com baixo peso em mulheres de baixa renda, admissão do bebê em unidade de cuidado intensivo/espacial e pontuação de Apgar no quinto minuto. O segundo apresentou avaliação de baixa qualidade e aplicabilidade de diretriz brasileira, com cálculo de pontuação abaixo de 50%, influenciado especialmente pela ausência do rigor no método do desenvolvimento e independência editorial de acordo com itens avaliativos do instrumento AGREE II. E o terceiro, apresentou variabilidade de conteúdo das recomendações publicadas em diretrizes nacionais e internacionais, bem como a ausência de nível de evidência atribuído em frequência elevada. Conclui-se que as ações de cuidado no pré-natal quando realizadas por enfermeiros e obstetrixes produzem impacto positivo em desfechos maternos e neonatais. É requerido para tanto, o cuidado fundamentado em evidência com aplicação de recomendações publicadas em diretrizes clínicas orientadoras da tomada de decisão. Apesar da existência de um corpo de diretrizes para atenção ao pré-natal, estas apresentam variação no conteúdo e nível de evidência atribuído e a diretriz brasileira, uma avaliação insatisfatória acerca da qualidade e aplicabilidade, impactando negativamente a prática baseada em evidência. Além de novos estudos com inclusão de outras diretrizes, é necessário que enfermeiros e obstetrixes sejam integrantes da produção de publicações que contemplem a qualidade, aplicabilidade e concordância minimizando o impacto negativo na prática baseada em evidência para cuidado a gestação de baixo risco.

Palavras-chave: Cuidado Pré-natal. Enfermeiro. Diretriz Clínica. Prática Baseada em Evidência.

ABSTRACT

The objective was to evaluate the national and international clinical guidelines for nurse's evidence-based practice in prenatal care for low-risk pregnant women. It was developed through three studies as follows: one systematic review; one derived from the quantitative method with application of the AGREE II instrument for assessing the quality and applicability of guidelines; and a descriptive observational study with analysis of the guidelines recommendations agreement. The results are presented in three manuscripts entitled: Nurse care actions in prenatal care: systematic review; Evaluation of the quality and applicability of Brazilian clinical guideline for low-risk prenatal care: application of the AGREE II instrument; Guidelines for low-risk prenatal care: evaluation of the agreement between international and Brazilian recommendations. It was identified as a result of the first manuscript the positive impact of care actions of nurses and midwives in prenatal care for outcomes such as: hypertension and hemorrhage in prenatal care, cesarean rate, premature delivery from young and low-income pregnant women, underweight babies birth in low-income women, admission of the baby to the intensive/special care unit and, fifth minute Apgar score. The second manuscript presented a low quality evaluation and applicability of a Brazilian guideline, with a calculated score below 50%, influenced especially by the absence of rigor in the method of development and editorial independence according to evaluative items of the AGREE II instrument. And the third manuscript, presented variability in the content of the recommendations published in national and international guidelines, as well as the absence of evidence level attributed in high frequency. As conclusion prenatal care actions when performed by nurses and midwives produce a positive impact on maternal and neonatal outcomes. Therefore, care based on evidence is required with the application of recommendations published in clinical guidelines that guide decision making. Despite the existence of a set of guidelines for prenatal care, these present variations in the content and level of evidence assigned. The Brazilian guideline have an unsatisfactory assessment of its quality and applicability, negatively impacting the evidence-based practice. Despite the existence of new studies with the inclusion of other guidelines, it is necessary for nurses and midwives to be part of the production of publications that include quality, applicability and compliance, minimizing the negative impact on evidence-based practice for low-risk pregnancy care.

Keywords: Prenatal care. Nurse. Clinical Guidelines. Evidence-based practice.

RESUMEN

Su objetivo fue evaluar las Guías de Práctica Clínica, nacional e internacionales, para la práctica de enfermeiros basada en la evidencia en la atención prenatal de gestantes de bajo riesgo. Se desarrollaron tres estudios, a saber: una revisión sistemática, un derivado del método cuantitativo con la aplicación del instrumento AGREE II para evaluar la calidad y aplicabilidad de las guías, y una observacional descriptiva con análisis del cumplimiento de las recomendaciones de las guías. Los resultados se presentan en tres manuscritos titulados: Acciones asistenciales de enfermería en la atención prenatal: revisión sistemática; Evaluación de la calidad y aplicabilidad de una guía clínica brasileña para la atención prenatal de bajo riesgo: aplicación del instrumento AGREE II; Guías de práctica clínica para la atención prenatal de bajo riesgo: evaluación de la concordancia entre recomendaciones internacionales y brasileñas. Como resultado del primero, se identificó el impacto positivo de las acciones de atención de enfermeros y obstetrices en la atención prenatal para los resultados tales como: hipertensión y hemorragia en la atención prenatal, tasa de cesáreas, parto prematuro en gestantes jóvenes y de bajos ingresos, parto de bebés con bajo peso en mujeres de bajos ingresos, ingreso del bebé en la unidad / espacio de cuidados intensivos y puntaje de Apgar en el quinto minuto. El segundo presentó una evaluación de baja calidad y aplicabilidad de un guía brasileño, con un cálculo de puntaje por debajo del 50%, influenciado especialmente por la ausencia de rigor en el método de desarrollo y la independencia editorial según los ítems evaluativos del instrumento AGREE II. Y el tercero, presentó variabilidad en el contenido de las recomendaciones publicadas en guías nacionales e internacionales, así como la ausencia de un alto nivel de evidencia que se le atribuye. Se concluye que las acciones de atención prenatal realizadas por enfermeros y parteras producen un impacto positivo en los resultados maternos y neonatales. Por tanto, se requiere una atención basada en la evidencia con la aplicación de recomendaciones publicadas en guías clínicas que orienten la toma de decisiones. A pesar de la existencia de un cuerpo de guías para la atención prenatal, estas presentan variación en el contenido y nivel de evidencia asignada y la guía brasileña, una evaluación insatisfactoria de calidad y aplicabilidad, impactando negativamente la práctica basada en evidencia. Además de nuevos estudios con inclusión de otras guías, es necesario que enfermeros y obstetrices sean parte de la producción de publicaciones que incluyan calidad, aplicabilidad y cumplimiento, minimizando el impacto negativo en la práctica basada en la evidencia para la atención prenatal de bajo riesgo.

Palabras clave: Atención Prenatal. Enfermero. Guía de Práctica Clínica. Práctica Basada em la Evidencia.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de identificação e rastreamento dos estudos.....	17
Figura 2 - Seleção de <i>guidelines</i> /protocolo para definição da amostra do estudo.....	30
 Manuscrito I:	
Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de identificação e rastreamento dos estudos. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.....	40
 Manuscrito III:	
Figura 1 - Seleção de diretrizes para definição da amostra do estudo.	75

LISTA DE QUADROS E TABELAS

Quadro 1: Estratégias de busca16

Manuscrito I:

Quadro 1 - Níveis de evidência.38

Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.41

Manuscrito II:

Quadro 1 - Itens e domínio do instrumento AGREE II.....59

Tabela 1 - Porcentagem, pontuação mínima e máxima obtida na avaliação das diretrizes brasileiras realizada por dois pesquisadores. Florianópolis, SC, 2020.61

Manuscrito III:

Tabela 1 - Diretrizes do estudo – categorias e definição do nível de evidência.77

Tabela 2 - Frequências relativa e absoluta para as variáveis do estudo.79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAP	- <i>American Academy of Pediatrics</i>
ACOG	- <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i>
AGREE	- <i>Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation</i>
AHMAC	- <i>Australian Health Ministers' Advisory Council</i>
APS	- <i>Atenção Primária em Saúde</i>
BCPHP	- <i>British Columbia Perinatal Health Program</i>
DECS	- <i>Descritores em Ciências da Saúde</i>
Eq. ESF	- <i>Equipe de Estratégia de Saúde da Família</i>
GFMER	- <i>Geneva Foundation for Medical Education and Research</i>
HEN	- <i>Health Evidence Network</i>
HKCOG	- <i>The Hong Kong College of Obstetricians and Gynaecologists</i>
ICSI	- <i>Institute for Clinical Systems Improvement</i>
MESH	- <i>Medical Subject Headings</i>
ODM	- <i>Objetivos de Desenvolvimento do Milênio</i>
ODS	- <i>Objetivos de Desenvolvimento Sustentável</i>
OMS	- <i>Organização Mundial de Saúde</i>
ONU BR	- <i>Organização das Nações Unidas no Brasil</i>
OPAS	- <i>Organização Pan-Americana de Saúde</i>
PAISM	- <i>Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher</i>
PBE	- <i>Prática Baseada em Evidências</i>
PHPN	- <i>Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento</i>
PSGO	- <i>Polish Society of Gynecologists and Obstetricians</i>
TRIP	- <i>Turning Research into Practice</i>
VA/DoD	- <i>Department of Veteran Affairs/Department of Defense</i>
URL	- <i>Uniform Resource Locator</i>
UK	- <i>United Kingdom</i>
WHO	- <i>World Health Organization</i>

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
1.1	PERGUNTA DE PESQUISA.....	14
1.2	OBJETIVOS.....	15
1.2.1	Objetivo geral	15
1.2.2	Objetivos específicos	15
2	REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1	ATENÇÃO PRÉ-NATAL	17
2.2	PRÁTICA EM SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIA	21
3	MATERIAIS E MÉTODO	27
3.1	AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE GUIDELINES/ PROTOCOLO	28
3.1.2	Coleta e análise dos dados	31
3.2	CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	33
4	RESULTADOS	34
4.1	MANUSCRITO I: Ações de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal: revisão sistemática	34
4.1	MANUSCRITO II: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E APLICABILIDADE DE DIRETRIZ CLÍNICA PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO AGREE II	56
4.3	MANUSCRITO III: DIRETRIZES PARA O PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E BRASILEIRA.....	70
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	96
	REFERÊNCIAS	98
	ANEXOS	112
	ANEXO A - INSTRUMENTO AGREE II.....	113

1 INTRODUÇÃO

A saúde materna está pautada nas discussões de órgãos nacionais e internacionais quando se avaliam índices de qualidade de vida e desenvolvimento humano. Engloba a atenção ao pré-natal como acompanhamento necessário à saúde da mulher em período gravídico. Mesmo sendo considerado um evento fisiológico, a gestação pode resultar em desfechos desfavoráveis para a mãe e seu bebê e, portanto, tem-se como necessário o acompanhamento profissional durante toda a sua duração (WHO, 2016).

Ações dirigidas à atenção à mulher grávida, em qualquer momento do período gestacional ou puerperal, devem estar essencialmente voltadas a promoção de uma adequada condição de saúde para a mãe e seu bebê. Assim, uma atenção qualificada no pré-natal, parto e puerpério contribuem diretamente para a proteção da mulher e consequente prevenção do óbito materno (IPEA, 2014; ESTEVES-PEREIRA *et al.*, 2016).

No Brasil, historicamente, a atenção à saúde da mulher tem sido incorporada como política pública desde 1983 com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (BRASIL, 2004), seguido pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), pela Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher em 2004 (BRASIL, 2004), pela Política de Atenção Obstétrica e Neonatal em 2005 e atualmente, pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011). Estas definem a estruturação e a organização dos serviços para o atendimento da mulher nos diferentes ciclos de vida e os modelos de atenção integral para suprir as necessidades identificadas no país.

Para a realização das ações na atenção ao pré-natal são identificados diversos profissionais e, portanto, estas não estão centralizadas em uma única categoria ou especialidade. Apesar de estar presente somente em 25% (vinte e cinco por cento) dos atendimentos à gestante na atenção primária em saúde (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011; VIELLAS *et al.*, 2014), o enfermeiro é integrante da equipe e tem como atribuição a realização do pré-natal de gestações

de baixo risco¹ enfatizando a importância e requerendo diante disso a classificação de risco de todas as mulheres grávidas (BRASIL, 2016). O exercício legal da profissão está fundamentado em legislação específica, Lei nº 7.498/86 que define como atividade privativa do enfermeiro a realização da consulta pré-natal, e, portanto, a execução de ações de forma autônoma (BRASIL, 1986; 2016b; WHO, 2004).

O acompanhamento pré-natal realizado pelo enfermeiro e os demais profissionais abrange: solicitação de exames, prescrição de medicamentos, avaliação de risco gestacional com identificação de sinais de gravidade, exame físico, educação em saúde (BRASIL, 2016b; NICE, 2008; WHO, 2016) cujas ações devem estar fundamentadas em evidências científicas e, também, no requerimento indicado por organizações internacionais (WHO, 2016; WARLAND; GLOVER, 2017; WILLS; FORSTER, 2008).

As evidências para a prática em saúde, em muitos serviços, incorporaram-se e disseminaram-se no cotidiano dos profissionais e dos pesquisadores pela necessidade de estruturar elementos que auxiliassem a tomada de decisão (INGERSOLL, 2000; SACKETT *et al.*, 1996). O requerimento de uma prática baseada em evidência passou então a considerar três eixos estruturantes: a pesquisa, a expertise profissional e a preferência do paciente (RYCROFT-MALONE, 2002). Assim, entendeu-se como necessária a construção de guidelines e protocolos, para estabelecimento de um conteúdo organizado sobre um tema ou uma condição clínica (HEWITT-TAYLOR, 2004; RYCROFT-MALONE, 2002). Esses atualmente compõem um corpo de publicações, a exemplo, os cuidados de rotina do pré-natal (ABALOS *et al.*, 2016).

A existência de diversos guidelines/protocolos não exclui as inadequações assistenciais existentes na atenção ao pré-natal. Orientações e avaliações físicas são feitas sem que estejam fundamentadas em evidências (MORAIS *et al.*, 2013; WARLAND; GLOVER, 2017; WILLS; FORSTER, 2008; ZOLOTOR; CARLOUGH, 2014) ou sem que haja adesão dos profissionais ao uso de determinado guideline/protocolo quando disponível para consulta (AMOAKOH-COLEMAN *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013). Fatores socioeconômicos e características populacionais também impactam

¹ Classificação utilizada a partir da avaliação do risco gestacional, também denominado risco habitual. No presente estudo optou-se por utilizar o termo baixo risco pela sua tradução dos documentos publicados em inglês.

na realização da atenção ao pré-natal com uso de evidências científicas (BIZA *et al.*, 2015; CHAVANE *et al.*, 2014; NUNES *et al.*, 2016; TOMASI *et al.*, 2017).

Diante desse cenário, autores apontam como necessidade a avaliação e atualização de guidelines/protocolos publicados (ABALOS *et al.*, 2016; HANSON *et al.*, 2009; SIMMONS *et al.*, 2010; VOGEL *et al.*, 2013; ZOLOTOR; CARLOUGH, 2014).

A relação direta existente entre a atenção ao pré-natal e indicadores de morbimortalidade indicam a complexidade pessoal, assistencial, organizacional e política envolvida no atendimento da gestante e sua gestação. A verificação de indicadores, a exemplo da razão da mortalidade materna ainda atingindo níveis não aceitáveis, apontam para a persistência de problemas que envolvem o acompanhamento da mulher grávida (WHO, 2016; ONU BR, 2016).

Nesse sentido, observaram-se lacunas na produção de conhecimento apesar da reconhecida existência de instrumentos orientadores da prática profissional. Esses podem ser elaborados por órgãos internacionais com uso difundido mundialmente no caso do Protocolo da Organização Mundial de Saúde (OMS) ou mesmo, construídos em países, estados e municípios com uso local. Somado à publicação e divulgação dos protocolos e guidelines, a realização de atendimentos às gestantes por profissionais habilitados e a existência de uma organização política estruturante ainda se observa a ocorrência de inadequações na atenção à mulher grávida, com impacto direto sobre os desfechos maternos e neonatais. Para tanto, identificou-se como necessário uma avaliação global de evidências relacionadas ao acompanhamento da mulher no período gravídico e sua qualidade para uso na prática profissional do enfermeiro. Diante disso, formulou-se a seguinte pergunta do presente estudo.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

As recomendações para a atenção pré-natal à gestante de baixo risco, definidas em diretrizes, nacional e internacionais, apresentam qualidade, concordância e aplicabilidade para uma prática baseada em evidência?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Avaliar as diretrizes clínicas, nacional e internacionais, para a prática do enfermeiro baseada em evidência na atenção pré-natal à gestante de baixo risco.

1.2.2 Objetivos específicos

- Identificar as evidências acerca das contribuições das ações de cuidado dos enfermeiros e obstetrizas na atenção pré-natal de baixo risco e sistematizar as ações de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal identificadas nos manuscritos publicados em base de dados.
- Avaliar a qualidade e aplicabilidade de diretriz clínica brasileira para o pré-natal de baixo risco com aplicação do instrumento AGREE II.
- Identificar a concordância de conteúdo das recomendações publicadas em diretrizes internacionais e brasileira para o pré-natal de baixo risco.

2 REVISÃO DA LITERATURA

A revisão narrativa foi realizada nos meses de maio a novembro de 2017, com busca na biblioteca virtual Scielo e nas bases de dados Pubmed e Science Direct, utilizando a combinação dos descritores (DECS, 2017): cuidado pré-natal, prática clínica baseada em evidências, enfermagem baseada em evidências e os termos *Medical Subject Headings (MESH)*: *antenatal care*, *evidence-based nursing*, *prenatal care*, *guideline* e o termo *evidence-based* (Quadro 1). Foram selecionadas as publicações dos últimos 10 (dez) anos, nas línguas inglesa, espanhola e portuguesa, com textos completos disponíveis (*full free text*) *on line* e gratuitos e que abordavam a temática para a presente revisão (Figura 1). Também foram incluídos artigos cuja referência é fonte primária de citação para descrição de conceitos utilizados na re

Quadro 1: Estratégias de busca.

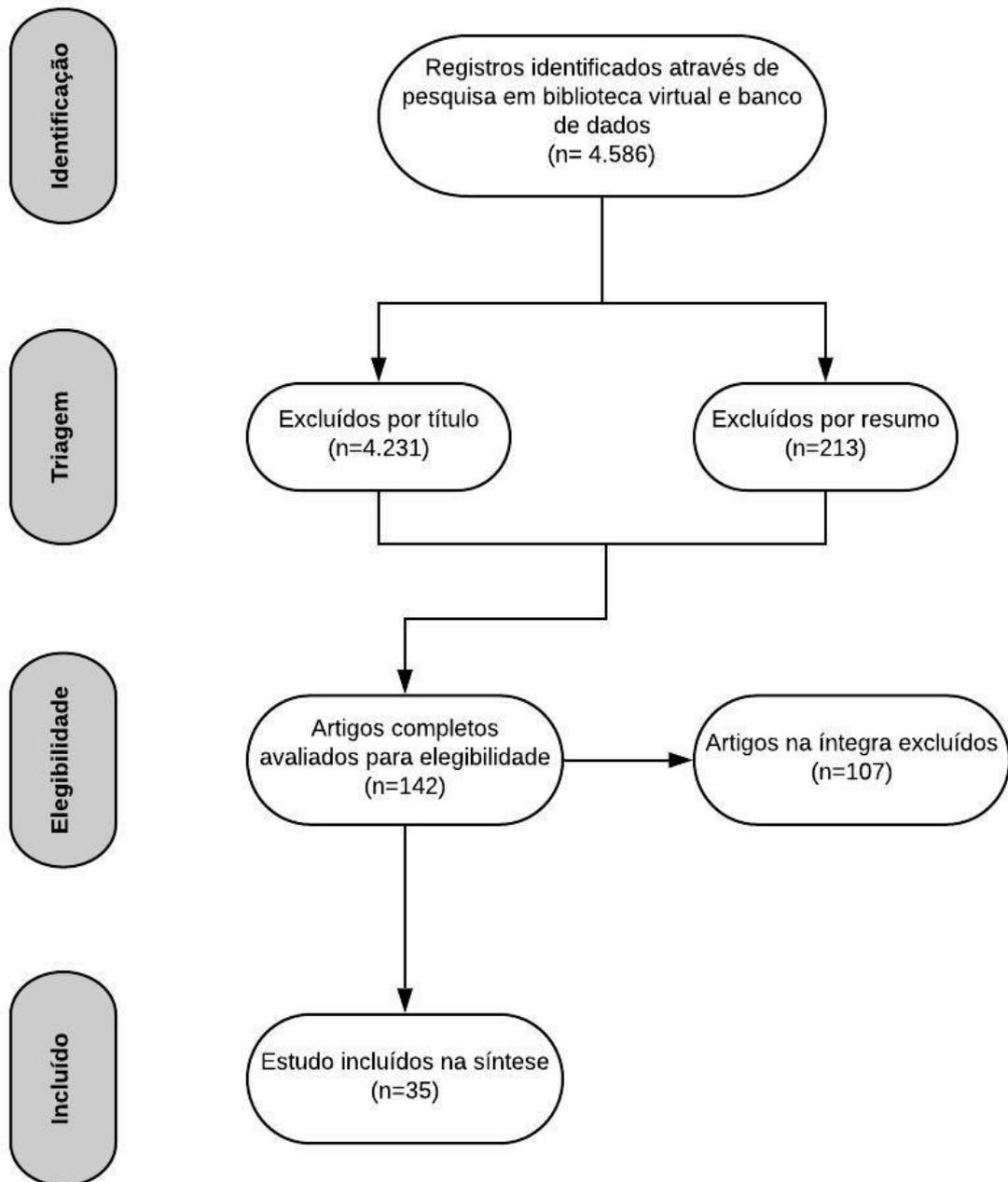
Biblioteca virtual e base de dados	Estratégia de busca
Scielo	"cuidado pré-natal" AND "Prática Clínica Baseada em Evidências" OR "Enfermagem Baseada em Evidências"
Pubmed	((antenatal care) OR prenatal care) AND ((evidence-based) OR guideline)
Science Direct	ALL(antenatal) and ALL(evidence-based nursing)

Fonte: Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

Na revisão também se apresenta leis e portarias (COFEN, 2020) que orientam a prática profissional do enfermeiro, bem como a atenção ao pré-natal no território nacional. Além disso, foram incluídos guidelines, protocolos, cadernos e diretrizes sobre o pré-natal disponíveis em português, espanhol e inglês, produzidos por organizações nacionais e internacionais.

Essa revisão narrativa está organizada em dois subtemas: atenção pré-natal e prática em saúde baseada em evidência.

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de identificação e rastreo dos estudos.



Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

2.1 ATENÇÃO PRÉ-NATAL

A atenção ao pré-natal está fundamentada no acompanhamento da mulher e sua gestação, período que antecede o nascimento, considerando um processo fisiológico do ciclo de vida da mulher em que cada intervenção oferecida deve

avaliar os benefícios e a aceitação da mulher (DI MARIO *et al.*, 2005; NICE, 2008). Inclui ações relativas à educação, orientação, investigação, diagnóstico, tratamento, prevenção de doenças e promoção do bem estar da mãe e do feto (DI MARIO *et al.*, 2005; WHO, 2016). Sendo assim, essa área de atuação profissional, contribui para desfechos favoráveis ao possibilitar a detecção precoce e tratamento oportuno de fatores de risco que podem resultar em complicações para a saúde da mãe e do bebê (AMORIM; MELO, 2009; DOMINGUES *et al.*, 2012; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015).

A complexidade existente na atenção ao pré-natal permeia fatores profissionais, econômicos e individuais. Em concordância quase universal, o pré-natal deve ser benéfico e efetivo em relação ao seu custo (AKKERMAN *et al.*, 2012). Soma-se à indicação que modelos efetivos de atenção pré-natal têm como foco as necessidades e preferências individuais da mulher e a colaboração e continuidade dos cuidados (AHMAC, 2012). Portanto, além de ser requisito a avaliação de custo-efetividade, as intervenções no pré-natal só podem ser realizadas quando apresentam benefícios que se sobrepõem aos prejuízos e estes são aceitáveis pela mulher e sua família (DI MARIO *et al.*, 2005).

A abordagem centrada na mulher grávida considera a garantia do atendimento das necessidades e expectativas sociais, emocionais, físicas, psicológicas, espirituais e culturais (AHMAC, 2012). A exposição desses elementos demonstra o quanto as ações da atenção pré-natal requisitam dos profissionais e das instituições, em termo de tempo e competência, para a obtenção de desfechos favoráveis para a mulher e seu bebê durante todo o período gravídico-puerperal.

No cenário das instituições, a estruturação de serviços faz-se necessária para o atendimento das necessidades da mulher grávida. Observando o desenvolvimento político que engloba a atenção à saúde da mulher, identifica-se que esta tem sido foco de planejamento e estruturação por parte dos governantes (MBUAGBAW *et al.*, 2015).

No Brasil, a determinação de ações e organização de serviços para o atendimento da mulher durante a gravidez, data de 1983, quando o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) iniciou o desenvolvimento de um modelo de atenção integral à saúde da mulher, com destaque aos direitos reprodutivos (BRASIL, 2004). Foi seguido pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2000), pela Política Nacional de Atenção Integral à

Saúde da Mulher em 2004 (BRASIL, 2004), pela Política de Atenção Obstétrica e Neonatal e em vigência atual, pela Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

O projeto do Ministério da Saúde do Brasil, denominado Rede Cegonha visa assegurar a atenção humanizada à gravidez e o direito ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis da criança. Em componente específico do pré-natal estão compreendidas as ações:

- a) realização de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) com captação precoce da gestante e qualificação da atenção;
- b) acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade;
- c) acesso ao pré-natal de alto de risco em tempo oportuno;
- d) realização dos exames de pré-natal de risco habitual e de alto risco e acesso aos resultados em tempo oportuno;
- e) vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto;
- f) qualificação do sistema e da gestão da informação;
- g) implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- h) prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e Hepatites; e
- i) apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, os quais serão regulamentados em ato normativo específico. (BRASIL, 2011, p.2).

Diversos profissionais realizam a atenção pré-natal, dentre estes o enfermeiro. Este profissional tem papel estratégico e suas ações englobam um elenco de atribuições de execução autônoma no atendimento à mulher grávida. Na história da assistência de enfermagem, o marco relevante é traduzido na Lei nº 7.498/86 do Exercício Profissional (BRASIL, 1986), que estabelece a consulta de enfermagem entre as competências privativas do enfermeiro. Assim, ao realizar a consulta, considerada fundamental no pré-natal, o enfermeiro aplica conhecimentos científicos, com respaldo legal para realizar o acompanhamento das gestantes de baixo risco (CUNHA *et al.*, 2009).

Pela existência de diversos profissionais atuando junto à gestante é fundamental que a atenção ao pré-natal não tenha sobreposição de profissionais, e sim complementaridade. A atenção às mulheres grávidas ultrapassa os limites de domínio de apenas um profissional. No Brasil o enfermeiro é descrito como o profissional responsável por ações de cuidado diretas à gestante durante o pré-natal que ocorrem desde a identificação precoce da gravidez até a orientação e reconhecimento do trabalho de parto (BRASIL, 2016b). É reportado que o acompanhamento gestacional deve ser realizado por profissionais qualificados

sendo aqueles que foram educados e treinados, e que possuam habilidades necessárias para a aplicação de recomendações na atenção ao pré-natal (CUNHA *et al.*, 2009; WHO, 2004). Tal caracterização profissional no atendimento à gestante direciona-se à premissa fundamental de obtenção de desfechos favoráveis para a mãe e para o bebê (CUNHA *et al.*, 2009).

No Brasil, contudo, o acompanhamento pré-natal na atenção primária à saúde é realizado em 75% (setenta e cinco por cento) por médicos, sendo que na região Sul o percentual ultrapassa os 90% (noventa por cento) (RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO, 2011; VIELLAS *et al.*, 2014). Estes estudos informam que a realização da atenção ao pré-natal no âmbito nacional pode estar centrada somente no médico, assumindo direção oposta ao que é preconizado por organizações mundiais. Isto pode comprometer a atenção ao pré-natal, uma vez que a consulta realizada pelo enfermeiro tem como finalidade garantir a extensão da cobertura e melhoria da qualidade pré-natal, principalmente, por meio da introdução das ações preventivas e da promoção à saúde das gestantes (SHIMIZU; LIMA, 2009).

A atuação de profissional capacitado para o atendimento pré-natal engloba ações dos tipos: recomendação, orientação, encaminhamento, investigação, avaliação, prescrição e solicitação. Para tanto, o conjunto das ações deve estar pautado em uma prática baseada em evidência, realizada em tempo oportuno, possibilitando salvar vidas (WHO, 2016).

Entretanto, a prática de condutas inadequadas, divergentes ou até mesmo a ausência dessas na atenção ao pré-natal, comprometem a qualidade e interferem nos desfechos maternos e neonatais. Tal comprometimento está publicado em estudos quando justificado e resultantes de recomendações aplicadas no acompanhamento pré-natal não baseadas em evidências (MORAIS *et al.*, 2013; NARCHI, 2011; WILLS; FORSTER, 2008); não existência de consenso único quanto ao número ideal de consultas pré-natal (DI MARIO *et al.*, 2005); incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial gestacional em níveis elevados (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015); captação tardia das gestantes (BRASIL, 2016b; DOMINGUES *et al.*, 2015); consumo de dosagem inadequada de medicamento (CHATTERJEE *et al.*, 2016); orientações inconsistentes (WARLAND; GLOVER, 2017); divergências no rastreamento de doenças na gestação (SIMMONS *et al.*, 2010); escassez de recursos materiais (BIZA *et al.*, 2015; KOSTER *et al.*, 2016).

Diante das inadequações apresentadas nos estudos consultados, é imperativo destacar o impacto direto nos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, visto a sua relação com o acompanhamento pré-natal (DOMINGUES *et al.*, 2015). A relação da atenção ao pré-natal com os indicadores está apresentada no cenário político internacional, quando em 2016, no início da pactuação de metas para o alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a morbidade e a mortalidade relacionadas à gravidez, classificadas como preveníveis, ainda atingiam valores elevados e, portanto, inaceitáveis na avaliação da OMS (WHO, 2016). Isso também se aplica no contexto nacional quando destacada a necessidade de contínua avaliação e modificação/implementação de práticas para a promoção da saúde materna (BRASIL, 2004; 2011).

Considerando a complexidade existente na atenção pré-natal e sua relação direta com os desfechos maternos e neonatais é que se pode compreender o quanto ações inadequadas podem afetar mães e bebês e, conseqüentemente, uma rede familiar e social. Assim, é necessário que a atenção pré-natal seja realizada com aplicação de práticas baseadas em evidências, por profissionais capacitados, com disponibilidade de recursos materiais/estruturais e em um contexto político e institucional que promova uma atenção de qualidade baseadas nesses elementos.

2.2 PRÁTICA EM SAÚDE BASEADA EM EVIDÊNCIA

A gravidez na vida da mulher, mesmo considerada um evento fisiológico, pode desencadear problemas para a gestante e seu bebê, havendo a necessidade de uma atenção à saúde realizada por profissionais durante esse ciclo de vida. Para tanto, o acompanhamento pré-natal, tem por objetivo principalmente, a identificação precoce dos riscos, a prevenção e manejo de doenças específicas ou concomitantes à gravidez, a educação e promoção da saúde (ABALOS *et al.*, 2016; OPAS, 2011), que diante das especificidades e complexidades presentes na atenção à mulher grávida, é requerido um cuidado fundamentado em evidências (WARLAND; GLOVER, 2017; WILLS; FORSTER, 2008).

A atenção em saúde baseada em evidências pauta-se, inicialmente, na sua conceituação, que a depender da categoria profissional, deriva-se e toma características diferentes. Também os termos prática baseada em evidências (PBE) e tomada de decisão, integram um conjunto de conceitos necessários para a

construção do entendimento, diante da aplicação de evidências na atenção à saúde. Para tanto, autores discorrem sobre características empregadas nesses conceitos e sua atribuição para a prática profissional (SACKETT *et al.*, 1996; INGERSOLL, 2000).

Relativo à medicina baseada em evidência, identifica-se uma definição como a seguir descrita:

[...] a consciência explícita e uso criterioso das melhores evidências atuais para a tomada de decisões sobre o cuidado individual do paciente. A prática da medicina baseada em evidência significa integrar a expertise profissional com a melhor evidência clínica externa disponível a partir de pesquisa sistemática. (SACKETT *et al.*, 1996, p.71, tradução do autor).

Na enfermagem, o conceito se amplia frente à definição existente para a área médica. Na enfermagem, a prática baseada em evidência deve atender as necessidades e preferências do paciente, além de evitar a análise exclusiva do corpo de evidências somente pelo tipo de pesquisa, englobando, assim, outras dimensões para obtenção do conhecimento:

A prática de enfermagem baseada em evidências é a consciência explícita e uso criterioso da informação derivada de teoria e baseada em pesquisa, para a tomada de decisões direcionadas ao cuidado de indivíduos ou grupos de pacientes, considerando necessidades individuais e preferências. (INGERSOLL, 2000, p.152, tradução do autor).

A mesma autora também modelou o conceito quando aplicado em instituições gerenciais dos serviços de saúde, considerando a administração da enfermagem baseada em evidência:

[...] a consciência explícita e uso criterioso da informação derivada de teoria e baseada em pesquisa, para a tomada de decisão sobre o cuidado em sistemas de prestação de serviço considerando as necessidades e preferências do consumidor. (INGERSOLL, 2000, p. 152, tradução do autor).

E por último, a autora ainda define a aplicação no âmbito educacional da enfermagem:

[...] a consciência explícita e uso criterioso da informação derivada de teoria e baseada em pesquisa, para a tomada de decisão sobre as opções e abordagens educacionais com indivíduos ou grupos em consideração às necessidades e preferências dos indivíduos e grupos. (INGERSOLL, 2000, p. 152, tradução do autor).

Transversal aos conceitos específicos de cada profissão, a PBE e a tomada de decisão englobam características para o uso das evidências na assistência em saúde e, até mesmo, na formulação e implementação de políticas em saúde.

Para Stevens (2001) a PBE “será o processo pelo qual a evidência científica é avaliada e determinada de acordo com tendências e princípios da saúde e do cuidado à saúde”. O objetivo principal da PBE é a aplicação da melhor evidência disponível para o cuidado ao paciente, sendo esta resultante de investigação ou pesquisa científica fundamentada em um corpo de conhecimento existente. Refere ainda que o uso da melhor evidência possibilita alcançar a melhor eficiência nos resultados do cuidado à saúde e que as decisões baseadas em evidências resultam em diagnósticos mais acurados, máxima efetividade e eficiência nas intervenções e resultados mais favoráveis ao paciente.

Além disso, são descritas as principais características da PBE como sendo: a interdisciplinaridade; o desenvolvimento baseado em um corpo de evidências consoantes a um tema; a reconfiguração da evidência para uso profissional; a implementação individual ou por fatores organizacionais; e a determinação da efetividade e eficiência a partir da avaliação do impacto da evidência nos resultados no paciente e na economia (STEVENS, 2001).

A tomada de decisão baseada em evidência será, por sua vez, o alinhamento entre a PBE e a escolha do paciente, caracterizando-se como elemento especial na aplicação da evidência na atenção em todas as esferas de cuidado à saúde. Assim um tratamento tendo sua efetividade identificada em estudos com rigor elevado, o paciente deve estar integrado na decisão acerca do tratamento ou da intervenção, compreendendo benefícios e efeitos adversos do que está lhe sendo recomendado. Além disso, a gestão e a elaboração de políticas devem ser baseadas em evidências, não apenas direcionadas para a mudança clínica, mas também para o gerenciamento da tomada de decisão, afastando-se de valores e crenças individuais de gestores (GRAY, 1997).

Os objetivos para a tomada de decisão baseada em evidência, como a mudança na prática das intervenções até então aplicadas, reportam-se ao uso das expressões: “faça mais bem do que mal”; “faça mais mal do que bem”; efeito desconhecido – não presente em pesquisa ou presente em pesquisa de má qualidade; efeito desconhecido, mas presente em pesquisa de boa qualidade. Para tanto, são necessárias diferentes ações, considerando como centrais: promover o

uso de novas intervenções que “façam mais bem do que mal” com custo avaliado; prevenir a introdução de intervenção que não apresente eficácia ou demonstre “fazer mais mal do que bem” ou que só pode ser alcançada por razões não razoáveis e custo inaceitável; promover a retirada da prática de intervenções que “fazem mais mal do que bem” ou que não tenham efeito benéfico; promover estudos clínicos randomizados quando não há evidências existentes (GRAY, 1997).

Diante dos conceitos, características e uso, a atenção à saúde não deve ser executada somente a partir dos estudos identificados, mas decidida em resposta à identificação de necessidades de indivíduos de forma conjunta com o profissional, o que considera três vertentes necessárias para a conexão entre o corpo de conhecimento existente e a prática clínica propriamente dita: a pesquisa, a expertise profissional e a necessidade do paciente (RYCROFT-MALONE, 2002).

Assim, permeiam-se as três vertentes da PBE quando se busca alcançar o equilíbrio entre os diversos tipos de evidências que influenciam a tomada de decisão e a eficiência da prática clínica. No que diz respeito ao eixo pesquisa, há a discordância do conteúdo das evidências atuais sobre um mesmo tema (SIMMONS *et al.*, 2010), além da necessidade de atualização do conteúdo das evidências, mesmo que estas já estejam estabelecidas na prática profissional e foram obtidas a partir de qualidade avaliada (OSUNGBADE; OLADUNJOYE, 2012; VERANI *et al.*, 2010; ZOLOTOR; CARLOUGH, 2014).

Em relação ao profissional de saúde é identificada a prática de recomendações não baseadas em evidências. Publicações citam o manejo da náusea e vômito, a avaliação dos movimentos fetais e o manejo de alterações gestacionais que resultam no nascimento de prematuro tardio sendo realizadas sem fundamentação em evidências, partindo do conhecimento tradicional e comum do profissional (MORAIS *et al.*, 2013; WARLAND; GLOVER, 2017; WILLS; FORSTER, 2008; ZOLOTOR; CARLOUGH, 2014). Ainda sobre essa vertente, estudos apresentam que mesmo havendo *guidelines* disponíveis para consulta e uso, não há a adesão dos profissionais para aplicar as recomendações e para uma atuação baseada em evidências (AMOAKOH-COLEMAN *et al.*, 2016; SILVA *et al.*, 2013).

No eixo paciente são identificadas características externas que influenciam na participação do paciente e na inclusão de suas necessidades na tomada de decisão. Em países subdesenvolvidos ou em desenvolvimento, os profissionais encontram dificuldade para a inclusão da evidência no cotidiano de atuação, somada às

deficiências existentes no sistema de saúde local (BIZA *et al.*, 2015; CHAVANE *et al.*, 2014). Em território nacional, estudos apontam que a depender do local/região de moradia, renda e idade, ocorrem variações na prestação do cuidado à gestante, caracterizado pela diferença na frequência de realização da consulta pré-natal ou de determinadas recomendações (NUNES *et al.*, 2016; TOMASI *et al.*, 2017).

Buscando atender às necessidades de implantação da evidência na prática profissional, a construção de *guidelines* e protocolos clínicos tornaram-se fundamentais ao possibilitarem o acesso de profissionais a um corpo de evidência estruturado e organizado de acordo com um determinado tema (HEWITT-TAYLOR, 2004; RYCROFT-MALONE, 2002). Entretanto, *guidelines* e protocolos clínicos por vezes são descritos como análogos ou traduzidos incorretamente entre as línguas portuguesa e inglesa.

Os *clinical guidelines* são descritos como diretrizes orientadoras baseadas em evidências que consideram especificidades e possibilitam ao profissional a tomada de decisão de acordo com a avaliação clínica e a possibilidade de aplicação do conjunto de diretrizes para uma condição clínica ampliada (BRASIL, 2016a).

Já, os protocolos clínicos apresentam regras inflexíveis relacionadas a um procedimento, sendo aplicado em condições clínicas específicas (HEWITT-TAYLOR, 2004).

Sendo assim, *clinical guidelines* têm como tradução para o português, diretrizes clínicas. Cabe destacar que o termo “protocolo clínico” é traduzido para o inglês como *clinical protocol* (DECS, 2017). Diante da diferença conceitual, a diretriz publicado em âmbito nacional possui divergências quanto ao seu título e a sua proposição (BRASIL, 2016b).

Além da incoerência entre conteúdo e enunciado, autores apontam para a necessidade de avaliação e atualização de diretrizes clínicas publicadas (ABALOS *et al.*, 2016; HANSON *et al.*, 2009; SIMMONS *et al.*, 2010; VOGEL *et al.*, 2013; ZOLOTOR; CARLOUGH, 2014). Nesse sentido, instrumentos que avaliam a qualidade das diretrizes publicadas possibilitam aos pesquisadores acessarem o detalhamento da construção e a qualidade do conjunto de evidências quando já publicadas e até em larga escala utilizadas, como por exemplo, diretrizes para o cuidado pré-natal. Cita-se aqui o instrumento AGREE II, que tem por finalidade abordar a variabilidade na qualidade das diretrizes existentes em *guidelines*. Está fundamentado na relação direta entre a qualidade da diretriz e seu potencial

benéfico, e pauta a avaliação “no rigor metodológico e transparência com que uma diretriz clínica é desenvolvida” (BROUWERS *et al.*, 2009, p. 1).

A PBE mostra-se complexa diante da caracterização dos três eixos que a suportam, bem como fatores influenciadores para aplicação da evidência na prática profissional. Soma-se a isso a necessidade de avaliação e condução de atualizações contínuas de evidência previamente publicadas. Nesse contexto, o qual abrange os mais diversos países com suas realidades locais discrepantes, especialmente no Brasil e para a enfermagem, é que se atenta para a realização de estudos que abranjam uma avaliação global dos elementos que influenciam a prática profissional com uso de evidências e atenção aos benefícios para a população.

3 MATERIAIS E MÉTODO

Trata-se de um estudo de natureza quantitativa. A pesquisa quantitativa é baseada na medição e é conduzida de forma sistemática e controlada. A palavra “quantitativo” implica quantidade ou montantes. Informações coletadas no decorrer do estudo está em uma forma quantificada ou numérica (POLIT; HUNGLER, 2013; HAGAN, 2014; INGHAM-BROOMFIELD, 2015).

Este trabalho é composto por três diferentes estudos: revisão sistemática da literatura, avaliação de qualidade e aplicabilidade de diretriz com uso do instrumento AGREE II e descritivo exploratório conforme são descritos.

Inicialmente foi realizada uma revisão sistemática da literatura a partir da busca nas bases de dados e biblioteca eletrônica, LILACS, SciELO – Brasil, PubMed/MEDLINE e Scopus. Foram selecionados artigos originais, de abordagem quantitativa, dos tipos: ensaios clínicos randomizados (ECR), estudos de campo e estudos analíticos do tipo transversal, caso-controle e coorte que publicaram ações de cuidado realizadas por enfermeiros ou *midwives*. Todas as etapas do método estão descritas detalhadamente no Manuscrito I, na seção de resultados.

Os materiais deste estudo são representados pelos dados obtidos na avaliação das diretrizes em relação à qualidade, aplicabilidade e concordância dos conteúdos. Para a avaliação qualidade e aplicabilidade optou-se pela utilização do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research and Evaluation (AGREE)*, elaborado por um grupo de pesquisadores internacionais denominado *AGREE Collaboration*. O trabalho do grupo teve como objetivo o desenvolvimento de ferramenta para avaliação da qualidade de diretrizes. O grupo AGREE definiu conceitualmente que a avaliação da qualidade de uma diretriz é “a confiança de que os potenciais vieses do desenvolvimento da diretriz tenham sido abordados de forma adequada, que as recomendações apresentassem validade interna e externa e que fossem factíveis” (AGREE COLLABORATION, 2003). Sendo assim, a utilização do instrumento AGREE possibilita o julgamento do método utilizado na elaboração da diretriz, seu conteúdo e fatores relacionados a sua aplicação (BROUWERS *et al.*, 2009).

Originalmente o instrumento AGREE foi publicado em 2003 e em 2010, substituído por uma versão atualizada, o AGREE II. Igualmente ao instrumento

original, o AGREE II avalia diretrizes desenvolvidas por diferentes grupos, ou elaborados por organizações governamentais, sendo destinado seu uso por profissionais de saúde, elaboradores de diretrizes, gestores de políticas públicas e educadores. O instrumento é abrangente podendo ser aplicado a diretrizes referentes a qualquer doença, qualquer etapa do cuidado em saúde incluindo aspectos relacionados à promoção da saúde, saúde pública, rastreamento, diagnóstico, tratamento ou intervenções. Ainda, é adequado para diretrizes publicadas nos formatos impresso ou eletrônico (BROUWERS *et al.*, 2009).

A avaliação da concordância de conteúdo foi realizada utilizando o método quantitativo descritivo exploratório com avaliação de concordância do teor das recomendações publicadas em diretrizes, internacionais e brasileira, para o cuidado pré-natal de baixo risco.

Para esta avaliação inicialmente foi requerida a identificação dos *guidelines*/protocolo para inclusão no estudo. Havia vários caminhos a seguir, dentre os quais se optou pela eleição de um estudo base que tenha o método descrito em detalhe e que estivesse ao abrigo de uma organização internacional com competência para assessorar países em diferentes continentes.

Assim, a identificação dos *guidelines*/protocolo foi realizada com base no que a seguir é apresentado.

3.1 AMOSTRA, CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO DE GUIDELINES/PROTOCOLO

A amostra é composta por *guidelines*/protocolo de atenção ao pré-natal de gestantes de baixo risco. Para tanto, realizou-se busca aleatória em base de dados para obtenção de estudo anterior com publicação de mapeamento de *guidelines* referente à atenção ao pré-natal. Foi identificado o estudo publicado por Abalos *et al.* (2016), acerca de um mapeamento sistemático realizado sob a chancela da Organização Mundial de Saúde. Mediante a leitura do texto e a observância de seu conteúdo, definiu-se a sua utilização no presente estudo.

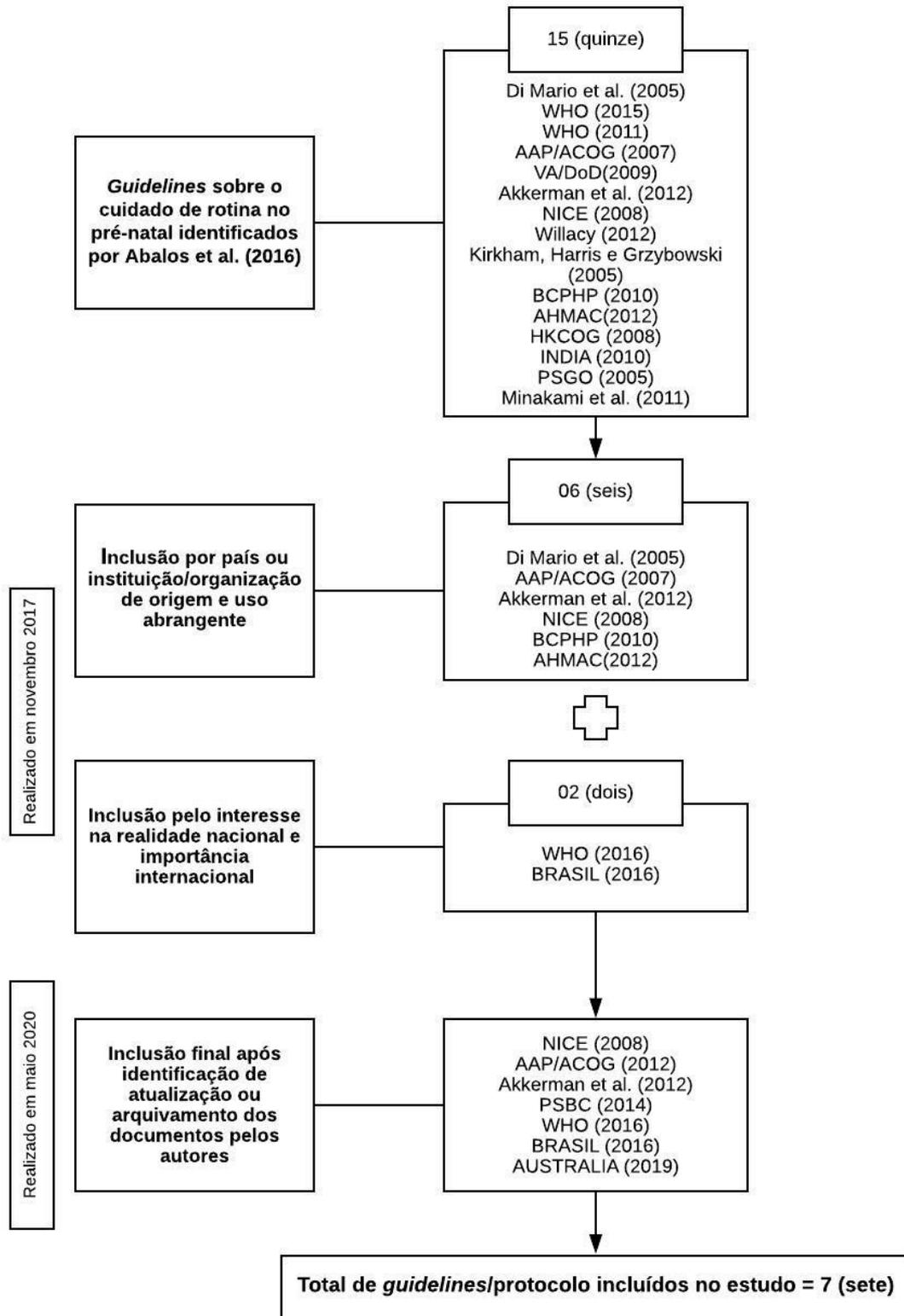
O mapeamento realizado pelos autores foi conduzido em 2013, nas bases de dados PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); TRIP (*Turning Research into Practice*) base de dados e os *Guidelines*

repositor maintained por GFMER (*Geneva Foundation for Medical Education and Research*), com limitação de publicações feitas em período após janeiro de 2000. Os autores identificaram dois tipos de publicações: *guidelines* para situações específicas no pré-natal e *guidelines* para cuidados de rotina no pré-natal, sendo estes últimos selecionados inicialmente para o presente estudo.

Para os *guidelines* mapeados por Abalos *et al.* (2016), definiu-se como critério de inclusão, o país ou instituição/organização de origem e a utilização mais abrangente. Acrescentando aos *guidelines* mapeados pelos autores, optou-se pela inclusão do documento brasileiro, Protocolos de Atenção Básica – saúde das mulheres, publicado em 2016, pelo interesse na realidade nacional. Também foi incluído o *guideline* da OMS pela sua importância no cenário mundial, publicado em 2016, posteriormente ao estudo dos autores.

A seleção inicial para o presente estudo foi realizada em novembro de 2017 e a final, em maio de 2020 seguindo os critérios de inclusão: o país ou instituição/organização de origem, a utilização abrangente e a disponibilidade na íntegra, com acesso aberto. Ainda, definiu-se que as publicações de diretrizes atualizadas pelos mesmos países ou organização após a revisão dos autores, substituiriam as anteriores incluídas. Para documentos com edições atualizadas, porém de acesso restrito, foi mantido a anterior selecionada. As publicações de diretrizes atualizadas ou arquivadas pelos mesmos países ou organizações, substituíram as anteriores incluídas ou foram retiradas deste estudo (Figura 2).

Figura 2 - Seleção de guidelines/protocolo para definição da amostra do estudo.



Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

3.1.2 Coleta e análise dos dados

A avaliação da qualidade e aplicabilidade com uso do instrumento *Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation (AGREE)* foi realizada adotando a versão II e em português brasileiro, publicada em 2010, disponível *on line* (Anexo A). O instrumento AGREE II primeiramente foi identificado em estudos que realizaram avaliação da qualidade de diretrizes clínicas, sendo amplamente utilizado nas fontes consultadas.

A versão original do instrumento foi publicada no ano de 2003, por um grupo de pesquisadores oriundos do Canadá, Dinamarca, Inglaterra, Finlândia, França, Alemanha, Itália, Holanda, Escócia, Espanha e Suíça, denominado *AGREE Collaboration* que apresentou um modelo de avaliação de qualidade de diretrizes. No entanto, como com qualquer nova ferramenta de avaliação, os autores reconheceram como necessário o desenvolvimento contínuo da ferramenta com fortalecimento das propriedades de medição a fim de garantir o uso pelo público-alvo (AGREE COLLABORATION, 2003).

Diversos membros do *AGREE Collaboration* formaram o *AGREE Next Steps Research Consortium* com o objetivo de melhorar a confiabilidade e validade, aprimorar os itens e desenvolver um manual para usuários do instrumento. O resultado do trabalho do grupo foi a publicação da versão atualizada, o AGREE II substituindo a versão anterior (AGREE COLLABORATION, 2003, BROUWERS *et al.*, 2009).

O instrumento AGREE II tem por objetivo a avaliação da qualidade de diretrizes clínicas além de fornecer uma estratégia para o desenvolvimento de diretrizes clínicas e informar quais e como as informações devem ser relatadas nas diretrizes clínicas (AGREE COLLABORATION, 2003; BROUWERS *et al.*, 2009).

O Instrumento AGREE II é composto por 23 (vinte e três) itens-chave organizados em 6 (seis) domínios, seguido por 2 (dois) itens de classificação global, também chamada de avaliação global. Cada domínio capta uma única dimensão de qualidade da diretriz (BROUWERS *et al.*, 2009, p. 7-8):

Domínio 1: Escopo e finalidade - diz respeito ao objetivo geral da diretriz, às questões específicas de saúde e à população-alvo (itens 1-3).

Domínio 2: Envolvimento das partes interessadas - focaliza em que medida a diretriz foi desenvolvida pelas partes interessadas adequadas e representa a visão dos usuários pretendidos (itens 4-6).

Domínio 3: Rigor do desenvolvimento - diz respeito ao processo usado para coletar e sintetizar as evidências, os métodos para a formulação das recomendações e a respectiva atualização dessas (itens 7-14).

Domínio 4: Clareza da apresentação - diz respeito à linguagem, estrutura e o formato da diretriz (itens 15-17).

Domínio 5: Aplicabilidade - diz respeito a prováveis fatores facilitadores e barreiras para a implementação, estratégias para melhorar a aplicação, bem como envolvimento de recursos relacionados à utilização da diretriz (itens 18-21).

Domínio 6: Independência editorial - diz respeito à formulação das recomendações de modo a não terem vieses decorrentes de interesses conflitantes (itens 22-23).

Além disso, os itens-chave do AGREE II são classificados em uma escala de 7 (sete) pontos (1 a 7) no qual o Escore 1 (um) será pontuado quando o avaliador discorda totalmente e o Escore 7 (sete), quando concorda totalmente.

O escore 1 deve ser dado quando não há qualquer informação que seja relevante para o item do AGREE II ou se o conceito é muito pobremente relatado. O escore 7 deve ser dado quando a qualidade da informação é excelente e quando todos os critérios e considerações articulados no Manual do Usuário estão atendidos. Escores entre 2 e 6. Um escore entre 2 e 6 deve ser atribuído quando a informação referente ao item do AGREE II não atende todos os critérios ou considerações. A pontuação deve ser atribuída em função da completude e qualidade do relato. A pontuação deve aumentar à medida que mais critérios são contemplados e as considerações abordadas.

Ao final, deve ser realizada a avaliação global da diretriz quando há a inclusão da classificação da qualidade geral bem como se esta é recomendada ou não para uso na prática.

Para tanto, foi seguida a recomendação mínima conforme indicado no Manual do Usuário AGREE II. A etapa foi realizada por duas pesquisadoras de forma independente e somente após esta finalização ocorreu a reunião conjunta para análise dos dados.

A análise dos dados referentes a qualidade e a aplicabilidade no presente estudo, foi realizada conforme é proposto no instrumento AGREE II em que a partir do julgamento de avaliadores há a soma dos itens respectivos a cada domínio resultando em escalonamento do total como uma porcentagem da pontuação máxima possível (BROUWERS *et al.*, 2009). Definiu-se o valor de 50% para análise dos resultados conforme publicado em estudo anterior (HARAN *et al.*, 2014). A avaliação global foi apresentada a partir da análise descritiva.

Para a avaliação da concordância de conteúdo procedeu-se a coleta de todas as diferentes recomendações contidas na integralidade de todas as diretrizes incluídas no estudo. Além disso, extraiu-se informações sobre a abordagem para definição do nível de evidência bem como a atribuição deste em cada recomendação. A coleta dos dados foi realizado de forma independente por um pesquisador com conferência por outros pesquisadores. Igualmente a tabulação dos dados nas categorias identificadas i foram submetidas a apreciação pelos demais pesquisadores.

Esses dados foram analisados pelas frequências relativa e absoluta a partir do agrupamento das recomendações em categorias específicas. Para tanto, definiu-se três variáveis: a diretriz publica no mínimo uma recomendação com nível de evidência atribuído para a categoria específica; a diretriz publica recomendação(ções) sem nível de evidência atribuído para a categoria específica; diretriz não publica recomendação para a categoria específica. Além disso, as recomendações em suas respectivas categorias gerais foram analisadas e apresentadas de forma descritiva com destaque para as recomendações que apresentaram discordâncias, sendo a qualidade e força das evidências citadas também examinadas.

3.2 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS

Este estudo foi desenvolvido cumprindo os aspectos éticos de acordo com a Resolução nº 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (CNS) (BRASIL, 2013), a qual dispõe sobre as diretrizes e normas da pesquisa com seres humanos. A pesquisa é integrante do Macro-Projeto Intitulado “Gestão em Rede: prevenção da mortalidade materna e neonatal” aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), por meio do Protocolo nº 120.343 datado em 08 de outubro de 2012 e, também, o de nº 169.110 do CONEP (Comissão Nacional de Ética em Pesquisa) datado de 10 de dezembro de 2012 (Anexo B).

4 RESULTADOS

Os produtos e processos são apresentados no formato de três manuscritos, utilizando as normas da ABNT e observada a Instrução Normativa nº 01/PEN/2016, que dispõe sobre os critérios para elaboração e formato de apresentação dos trabalhos de conclusão dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem PEN/UFSC.

MANUSCRITO I: Ações de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal: revisão sistemática;

MANUSCRITO II: Avaliação da qualidade e aplicabilidade de diretriz clínica para o cuidado pré-natal de baixo risco: aplicação do instrumento AGREE II;

MANUSCRITO III: Diretrizes para o pré-natal de baixo risco: avaliação da concordância entre recomendações internacionais e brasileira.

4.1 MANUSCRITO I: AÇÕES DE CUIDADO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL: REVISÃO SISTEMÁTICA

Ações de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal: revisão sistemática

Anna Carolina Raduenz Huf Souza

Eneida Patricia Teixeira

Fiona Ann Lynn

Maria de Lourdes de Souza

Resumo:

Objetivo: Identificar as evidências acerca das contribuições das ações de cuidado dos enfermeiros e obstetizes na atenção pré-natal de baixo risco e sistematizar as ações de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal identificadas nos manuscritos publicados em base de dados. **Método:** revisão sistemática com busca em cinco bases de dados. Dois investigadores selecionaram os textos de forma independente na primeira etapa e, na segunda, em reunião de conciliação. Para avaliação da concordância, aplicou-se o coeficiente Kappa; para avaliação do risco de viés e

classificação dos níveis de evidência, adotou-se o sistema *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*. **Resultados:** foram incluídos nove artigos. Desses, sete foram classificados como modelo de cuidado, com identificação de desfechos maternos e neonatais associados a assistência prestada por enfermeiros, obstetras e/ou médicos. Outros dois foram classificados como intervenção específica no pré-natal, sendo: ligação telefônica e programa educacional. **Conclusão:** O cuidado pré-natal quando realizado por enfermeiros ou obstetras pode resultar em desfechos maternos e neonatais positivos. Entretanto, fragilidade no rigor metodológico e nível de evidência identificado nos estudos sugere a necessidade de novas pesquisas para sustentar o conhecimento na construção de evidências científicas.

Descritores: Cuidado pré-natal; Enfermeiro; Obstetra; Enfermagem obstétrica.

Introdução

As investigações sobre a atuação dos enfermeiros e obstetras na atenção ao pré-natal descritas na literatura apresentam como justificativa a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o exercício das atribuições destes profissionais no cuidado à mulher grávida com análise dos desfechos maternos e neonatais decorrentes deste. Compreende-se a atenção ao pré-natal como o cuidado à gestante e sua gravidez no período anterior ao nascimento, que por sua vez, caracteriza-se como um processo fisiológico do ciclo de vida da mulher (NICE, 2008; BRASIL, 2016; WHO, 2016).

Em muitas regiões do mundo as obstetras são as principais responsáveis pelo cuidado às mulheres grávidas (SANDALL *et al.*, 2013). No Brasil, o enfermeiro que atua na Atenção Primária a Saúde é um dos profissionais que presta assistência à gestante de baixo risco (BRASIL, 2016; NARCHI, 2011; VIELLAS *et al.*, 2014). Nesse sentido, para a Organização Mundial da Saúde, enfermeiros e obstetras são reconhecidos como os profissionais responsáveis pelo cuidado de gestantes (WHO, 2016).

Para tanto são requeridas competências do profissional no atendimento da mulher grávida que possibilitem a avaliação em saúde da gestante e do conceito, promoção da saúde e do bem-estar e detecção de complicações durante o período gestacional (ICM, 2019). A atuação do profissional apresenta-se não só como uma

questão de força de trabalho, mas como o cerne do cuidado com qualidade, tendo como resultado desfechos positivos à mulher e seu bebê (KENNEDY *et al.*, 2018).

Na definição de metas globais, em que se busca a redução da mortalidade materna e neonatal, a atenção à saúde da mulher e seu bebê é mantida na agenda mundial como área de intervenção específica para alcance dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável dos quais diversos países são signatários (ONU BR, 2016; WHO, 2016). Esforços em medidas aplicadas na atenção à gestante idealizam que todas as gestantes recebam um cuidado pré-natal de qualidade e que possibilite a satisfação da mulher (NICE, 2008; BRASIL, 2016; WHO, 2016). Além disso, a atenção qualificada no pré-natal contribui diretamente para a proteção da mulher e consequente prevenção do óbito materno (IPEA, 2014; ESTEVES-PEREIRA *et al.*, 2016).

O cuidado pré-natal constitui um conjunto de ações na atenção à saúde (ABALOS *et al.*, 2016). Especificamente abrangem, por exemplo, a solicitação de exames, a prescrição de medicamentos, a avaliação de risco gestacional com identificação de sinais de gravidade, o exame físico, a educação em saúde (NICE, 2008; BRASIL, 2016; WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019). A aplicação de ações de cuidado como essas, possibilita que desfechos considerados ruins como: o parto prematuro, óbito fetal e episiotomia apresentem menor probabilidade de ocorrência quando realizados por enfermeiros e obstetrias (SANDALL *et al.*, 2016).

Nesse sentido diretrizes relacionadas ao cuidado pré-natal apresentam recomendações baseadas em evidência que para a saúde materna garantam a gestação segura, assistência de qualidade e melhoria dos desfechos (WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019). A afirmação torna-se ainda mais legítima em um cenário de crise, a exemplo, uma pandemia, em que há mudanças aceleradas de prioridades sendo necessário e mandatório a aplicação do cuidado fundamentado em evidências para a tomada de decisão e evitabilidade do dano (RENFREW *et al.*, 2020).

Portanto, é necessária a aplicação oportuna e adequada de práticas baseadas em evidência nos cuidados de rotina do pré-natal e no manejo de complicações, para que se tenha como resultado a proteção da vida (WHO, 2016). Diante disso, definiu-se como objetivo para este estudo identificar as evidências acerca das contribuições das ações de cuidado dos enfermeiros e das obstetrias na atenção pré-natal de baixo risco.

Método

Trata-se de uma Revisão Sistemática com a adoção do fluxograma PRISMA (*Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses*) (COSTA *et al.*, 2011; MOHER *et al.*, 2015) para apresentação dos resultados. Todo o processo da revisão foi orientado pela pergunta de pesquisa: “Quais as evidências acerca das contribuições, das ações de cuidado dos enfermeiros e obstetrizas, para o pré-natal de baixo risco, identificadas nos manuscritos publicados em base de dados?”. Adotou-se o suporte do protocolo PIO [acrônimo para Paciente, Intervenção e “Outcomes” (desfecho/resultado)] (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007) sendo P (população/participantes) representado por mulheres grávidas com gestação classificada como de baixo risco; I (intervenção/procedimento), por ações de cuidado dos enfermeiros e obstetrizas no pré-natal; e O (resultado) o desfecho da gestação.

A coleta de dados foi realizada no período de 29 e 30 de abril de 2019, nas bases de dados LILACS (Literatura Latino-Americana de Ciências da Saúde) e BDEF (Banco de Dados em Enfermagem), SciELO - Brasil (*Scientific Electronic Library Online – Brazil*), PubMed (*National Library of Medicine*) /MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System on Line*) e Scopus. Foram eleitos todos os artigos publicados até dezembro 2018. De 02 de maio a 17 de junho de 2019 realizou-se à identificação dos estudos cujo título ou resumo abordasse a temática, disponíveis na íntegra em português, espanhol ou inglês, observado a adequação à estratégia de busca nas bases de dados com os seguintes descritores: *MeSHTerms - prenatal care; nursing; midwifery; obstetric nursing; primary nursing; pregnancy; pregnant women*. Termos DeCS – Cuidado pré-natal; Assistência pré-natal; pré-natal; Enfermagem; Enfermagem obstétrica; Cuidado de Enfermagem; Assistência de Enfermagem; Atendimento de Enfermagem; Enfermagem primária; Atenção Primária de Enfermagem; Cuidados Básicos de Enfermagem; Cuidados Elementares de Enfermagem; Cuidados Primários de Enfermagem; Gravidez; Gestação. Utilizou-se as expressões booleanas "AND", "NOT" e "OR" para possibilitar localizar os registros onde ocorressem simultaneamente os descritores referidos.

De forma independente duas pesquisadoras realizaram a seleção dos artigos primários, examinando cada um destes por título e por resumo e por fim, pelo texto completo, de acordo com os seguintes critérios de inclusão: ações de cuidado realizadas por enfermeiros ou *midwives* (obstetrizas); ensaios clínicos randomizados

(ECR), estudos de campo e estudos analíticos do tipo transversal, caso-controle e coorte. Foram considerados critérios de exclusão: ações de cuidado realizadas por não enfermeiros ou *midwives*; teses, dissertações, editoriais, revisões integrativas e sistemáticas, *surveys*, estudos descritivos, estudos analíticos do tipo ecológico e estudos qualitativos.

Após a seleção dos textos pelas pesquisadoras, realizou-se uma reunião para conciliação das concordâncias e discordâncias, com consulta detalhada aos textos completos. Dos 19 artigos selecionados, em 12 houve discordância na seleção entre os pesquisadores, resultando, por fim, na inclusão de dois dos textos, totalizando 09 artigos na revisão final. O coeficiente Kappa (STEMLER, 2004; VITURI; ÉVORA, 2014), com intervalo de confiança de 95%, foi aplicado para avaliação da concordância entre os avaliadores. O coeficiente tem os seguintes níveis de medida: menor que zero, “insignificante”; entre 0 e 0,2, “fraca”; entre 0,21 e 0,40, “razoável”; entre 0,41 e 0,60, “moderada”; entre 0,61 e 0,80, “forte”; e entre 0,81 e 1,0, “quase perfeita”.

O nível de evidência identificado nos artigos analisados sejam eles experimentais ou observacionais foram classificados de acordo com o sistema GRADE (*Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*) (BALSHEM *et al.*, 2011), um sistema considerado sensível para graduar a qualidade das evidências. Nesse sistema, a qualidade da evidência é descrita em quatro níveis: alto, moderado, baixo e muito baixo (Quadro 1).

Quadro 1 - Níveis de evidência.

Nível	Definição	Implicações
Alto	Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado	É improvável que trabalhos adicionais irão modificar a confiança na estimativa do efeito
Moderado	Há confiança moderada no efeito estimado	Trabalhos futuros poderão modificar a confiança na estimativa de efeito, com possibilidade, inclusive, de modificar a estimativa
Baixo	A confiança no efeito é limitada	Trabalhos futuros provavelmente terão um impacto importante em nossa confiança na estimativa de efeito
Muito Baixo	A confiança na estimativa de efeito é muito limitada. Há importante grau de incerteza nos achados	Qualquer estimativa de efeito é incerta

Fonte: Rangel *et al.* (2019).

Na terceira etapa, após a leitura dos textos completos, procedeu-se à sistematização de todos os estudos incluídos, realizado após a exclusão daqueles considerados não aderentes ao tema mediante conciliação dos resultados entre os pesquisadores. De modo a sintetizar e a apresentar os resultados dos estudos incluídos na revisão, foram agrupadas as ações de cuidado dos enfermeiros ou obstetrias relacionadas a duas categorias: modelo de cuidado pré-natal e intervenções específicas no pré-natal.

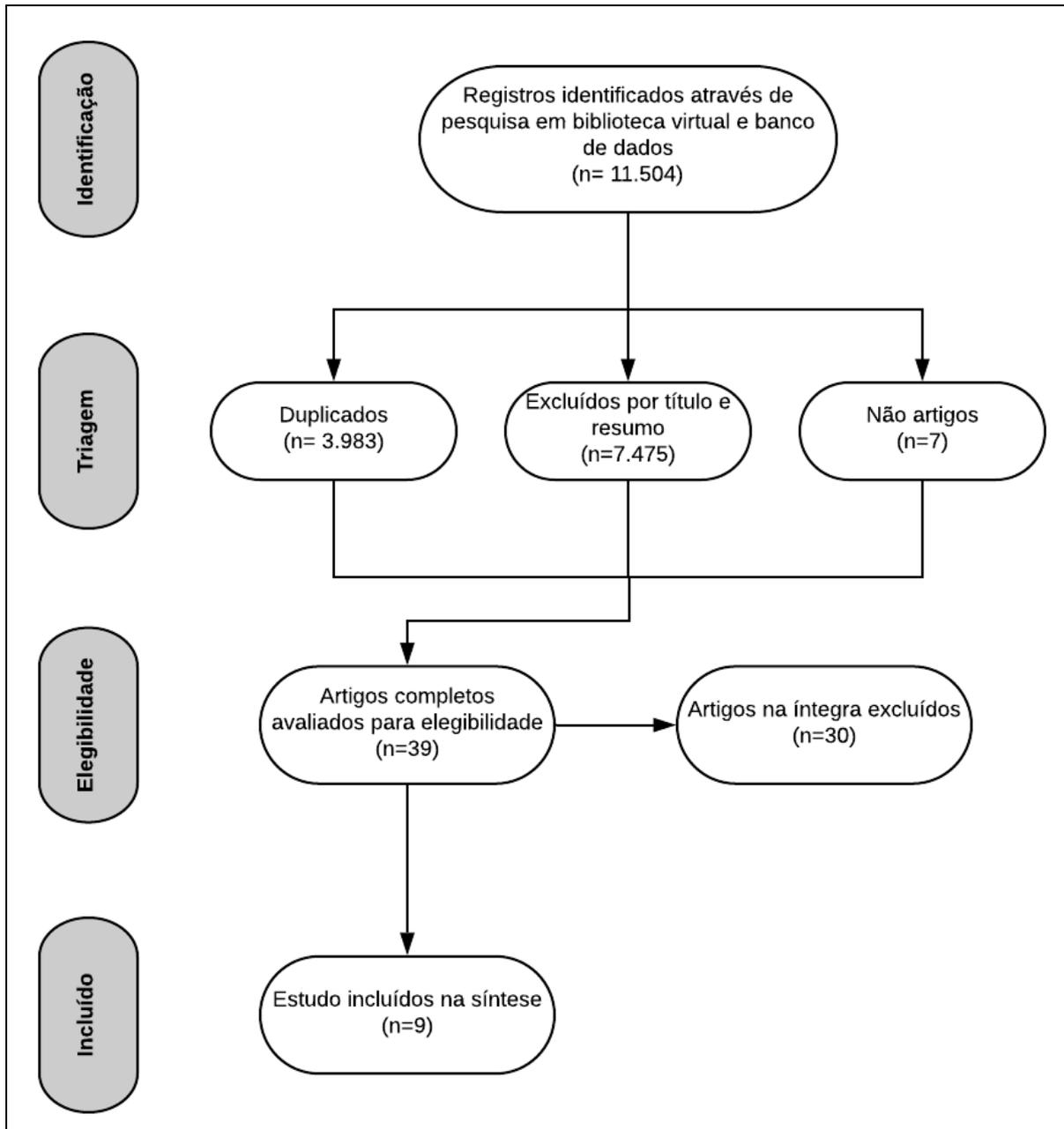
Resultados

Aplicadas às estratégias de busca, identificou-se 11.504 artigos e, destes, 11,465 foram excluídos pelas seguintes razões: 7.475 artigos apresentaram o título e/ou resumo não aderente ao tema, outros 3.983 artigos estavam publicados em mais de uma base de dados e ainda sete não se caracterizavam como artigos.

Na sequência da seleção dos artigos foram lidos integralmente 39 artigos, sendo nove incluídos como corpo de análise (Figura 1). O coeficiente Kappa (STEMLER, 2004; VITURI; ÉVORA, 2014) obtido, com valor 0,32 demonstrou razoável concordância entre os pesquisadores na seleção dos textos.

Em relação ao método dos artigos incluídos na etapa final de seleção, quatro estudos são de intervenção com utilização do método ECR e cinco, observacionais, do tipo coorte retrospectiva. A qualidade da evidência foi analisada por meio do sistema GRADE (Quadro 2) em que, 2 (dois) artigos apresentaram evidência classificada no Nível Moderado (22%), 5 (cinco) no Nível Baixo (56%) e 2 (dois) no Nível Muito Baixo (22%).

Figura 1 - Fluxograma PRISMA do processo de identificação e rastreamento dos estudos. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.



Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

Quadro 2 - Descrição dos estudos incluídos. Florianópolis, SC, Brasil, 2020.

Autor e Ano	Local e país do estudo	Objetivos	Tipo de estudo	Participantes	Resultados	Classificação no estudo	NE*
SMOKE; GRACE, 1988	Adolescent Obstetrical Services (AOS) of the University Hospital of Cincinnati, Estados Unidos	Avaliar efetividade do cuidado pré-natal que inclui programa educacional formal sobre gravidez e cuidado a criança.	ECR	116	Gestantes do grupo de intervenção, participação em programa educacional no pré-natal, apresentaram menor queda de hematócrito, menor uso de medicação durante o parto, menos complicações maternas e fetais, menos transfusões de sangue e menos dias extras para o bebê no hospital.	Intervenção específica	Muito Baixo
TURNBULL <i>et al.</i> , 1996	Glasgow Royal Maternity Hospital, Reino Unido	Comparar o cuidado realizado por obstetrias em relação ao atendimento compartilhado em termos de eficácia clínica e satisfação das mulheres.	ECR	1.278	Gestantes atendidas por obstetrias apresentaram maior probabilidade de manutenção do períneo intacto após o parto e menor em sofrer uma episiotomia. Menos mulheres do grupo de intervenção apresentaram hipertensão pré-natal e hemorragia pré-parto. Desfechos fetais e neonatais não apresentaram diferença significativa entre os grupos. Mulheres grávidas atendidas por obstetrias apresentaram maior satisfação em todos os estágios do cuidado.	Modelo de cuidado	Baixo
MOORE <i>et al.</i> , 1998	Wake Forest University School of Medicine, Carolina do Norte, Estados Unidos.	Testar o efeito de ligações telefônicas realizadas por enfermeiras, para mulheres grávidas, sobre as taxas de baixo peso ao nascer e parto prematuro.	ECR	1554	Para a amostra total não houve diferença significativa entre os grupos. A intervenção mostrou-se efetiva sobre o baixo peso ao nascer e nascimento prematuro em mulheres negras com idade igual ou maior que 19 anos.	Intervenção específica	Baixo
MCLACHLAN <i>et al.</i> , 2012	Royal Women's Hospital, Melbourne, Austrália	Determinar se o modelo de cuidado caseload midwifery reduz a taxa de cesárea quando comparado ao cuidado padrão.	ECR	2314	O modelo de cuidado caseload midwifery é eficaz na redução da taxa de cesárea quando comparado ao cuidado padrão. Além disso, apresentaram menor probabilidade de sofrerem uma episiotomia, menor número de admissão dos seus bebês em unidade de cuidado especial e UTI neonatal.	Modelo de cuidado	Moderado

Autor e Ano	Local e país do estudo	Objetivos	Tipo de estudo	Participantes	Resultados	Classificação no estudo	NE*
BLANCHETTE, 1995	Alta Bates Hospital, Califórnia, Estados Unidos	Comparar o desfecho obstétrico de gestantes atendidas em uma clínica com atuação de enfermeiras-obstetras em relação aos desfechos obstétricos de gestantes em atendimento privado.	Coorte retrospectiva	1107	O atendimento a gestante realizado por enfermeiras-obstetras mostrou-se efetivo na redução do tempo de permanência no hospital e na redução do número de cesáreas.	Modelo de cuidado	Muito baixo
BALDWIN; CHEN, 1996	Illinois, Estados Unidos	Determinar a relação do tempo de início do pré-natal realizado por enfermeira de saúde pública e o número de atendimentos com a adequação ao pré-natal médico, peso ao nascer e idade gestacional.	Coorte retrospectiva	1223	Dados sociodemográficos mostraram que no grupo das mulheres atendidas por enfermagem em saúde pública predominou mulheres jovens, com menor nível de escolaridade e solteiras. Não houve diferença significativa do peso ao nascer quando comparado as variáveis de contato com o serviço de Enfermagem em Saúde Pública. O trimestre de início do contato com o serviço de enfermagem foi significativamente relacionado a idade gestacional.	Modelo de cuidado	Baixo
ALLEN <i>et al.</i> , 2015	Maternity hospital, Australia	Determinar se o cuidado a gestante realizado pelo modelo caseload midwifery ou em clínica para mulheres jovens está associado a desfechos perinatais favoráveis quando comparado ao cuidado padrão.	Coorte retrospectiva	1971	Gestantes atendidas no modelo de cuidado caseload midwifery apresentaram menos chances de nascimento de prematura, admissão do bebê em UTI. Foram mais prováveis a comparecer cinco ou mais vezes em consultas pré-natal. O grupo de mulheres atendidas na clínica de mulheres jovens e por obstetras no modelo caseload midwifery, apresentaram alta incidência de problemas de saúde mental e história de uso de drogas ilícitas.	Modelo de cuidado	Baixo
WEISBAND <i>et al.</i> , 2017	The Ohio State University Wexner Medical Center, Estados Unidos	Medir a frequência de transferências de gestantes atendidas por obstetras para o atendimento médico	Coorte retrospectiva	993	Grande parte das mulheres permaneceu sob cuidado de obstetras durante toda gravidez. A maior na proporção de transferências ocorreu durante o parto apresentando diferença estatística	Modelo de cuidado	Baixo

Autor e Ano	Local e país do estudo	Objetivos	Tipo de estudo	Participantes	Resultados	Classificação no estudo	NE*
		durante a gravidez. Descrever as características sociodemográfica e características relacionadas a gravidez de mulheres que foram transferidas para acompanhamento médico durante o pré-natal e identificar as correlações dessas transferências.			significativa. As mulheres transferidas durante o pré-natal eram em sua maioria, obesas, tabagistas ou apresentaram alto risco gestacional. Em termos dos aspectos sociodemográficos o estado civil, casada, reduziu as chances de transferência para o atendimento médico durante o parto.		
MCRAE <i>et al.</i> , 2018	British Columbia, Canadá	Investigar se o cuidado pré-natal realizado por obstetras está associado a menores chances de nascimento de pequeno para a idade gestacional (PIG), parto prematuro (PTB) ou baixo peso ao nascer (BPN) comparado ao atendimento realizado por clínico geral (GP) ou obstetra (OB) às mulheres de baixa posição socioeconômica.	Coorte retrospectiva	57872	O cuidado pré-natal realizado por obstetras foi associado a menor chance de nascimento de PIG, PTB ou BPN quando comparado a modelos médicos de atenção.	Modelo de cuidado	Moderado

*NE - Nível de Evidência.

Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

Dos artigos incluídos na revisão identificaram-se ações de cuidado dos enfermeiros e das obstetrias no pré-natal relacionadas a duas categorias: modelo de cuidado pré-natal e intervenção específica no pré-natal (Quadro 2).

Nos artigos do método ECR (Quadro 2) tais ações dos enfermeiros/obstetrias contemplam as duas categorias da revisão sendo estas: modelo de cuidado (2), ligação telefônica (1) e programa educacional no pré-natal (1). Nos cinco estudos de coorte retrospectiva (figura 3), os eventos analisados estão relacionados especificamente aos modelos de cuidado pré-natal.

Como modelo de atenção as publicações apresentam o cuidado realizado por enfermeiros e obstetrias descrito conforme segue: serviço de enfermagem em saúde pública, enfermeiro, enfermeiro-obstetria, caseload midwifery, midwifery care. Estes analisaram desfechos maternos e/ou neonatais quando comparados ao atendimento médico no pré-natal (BLANCHETTE, 1995; BALDWIN; CHEN, 1996; WEISBAND *et al.*, 2017; MCRAE *et al.*, 2018) ou ao cuidado padrão/cuidado compartilhado (TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012; ALLEN *et al.*, 2015) que a depender do país ou região de origem apresenta-se com características profissionais e operacionais específicas.

Os desfechos associados ao cuidado pré-natal também foram analisados a partir das intervenções específicas aplicadas por enfermeiros sendo estas: ligações telefônicas durante o pré-natal (MOORE *et al.*, 1998) e programa educacional formal com abordagem sobre a gestação e desenvolvimento do bebê (SMOKE; GRACE, 1988).

Os desfechos maternos investigados foram: número de consultas pré-natais (SMOKE; GRACE, 1988), idade gestacional de início do pré-natal (BLANCHETTE, 1995), nível de hematócrito no pré-natal e pós-parto (SMOKE; GRACE, 1988), hipertensão na gravidez (TURNBULL *et al.*, 1996), hemorragia no pré-natal e pós-parto (TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012; BLANCHETTE, 1995), indução do parto (TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012), modo de nascimento (TURNBULL *et al.*, 1996; ALLEN *et al.*, 2015), taxa de cesárea (BLANCHETTE, 1995; TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012; ALLEN *et al.*, 2015), condição do períneo (BLANCHETTE, 1995; TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012), parto prematuro (SMOKE; GRACE, 1988; BALDWIN; CHEN, 1996; TURNBULL *et al.*, 1996; MOORE *et al.*, 1998; MCLACHLAN *et al.*, 2012; ALLEN *et al.*, 2015; MCRAE *et al.*, 2018), transferência para atendimento

médico (WEISBAND *et al.*, 2017) e iniciação da amamentação (ALLEN *et al.*, 2015). Os desfechos relacionados ao neonato identificados nos estudos foram: peso de nascimento (SMOKE; GRACE, 1988; BLANCHETTE, 1995; BALDWIN; CHEN, 1996; TURNBULL *et al.*, 1996; MOORE *et al.*, 1998; MCLACHLAN *et al.*, 2012; ALLEN *et al.*, 2015; MCRAE *et al.*, 2018), admissão em unidade de cuidado intensivo/especial (TURNBULL *et al.*, 2012; MCLACHLAN *et al.*, 2012; ALLEN *et al.*, 2015) e Apgar (SMOKE; GRACE, 1988; BLANCHETTE, 1995; TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012; ALLEN *et al.*, 2015).

Discussão

A busca por contribuições do cuidado pré-natal, realizado por enfermeiros e obstetrias, às gestantes de baixo risco expõem a diversidade de variáveis que estão ou não associadas aos desfechos materno e neonatal. Variáveis no que concerne à categoria profissional que presta a assistência a partir de um modelo de cuidado ou de uma intervenção específica podem resultar em impacto no período gestacional, parto e puerpério, bem como no recém-nascido. Para tanto, a realização de revisão sistemática possibilita a apresentação de evidências de forma sistematizada constituindo um suporte para a tomada de decisões na condução da prática clínica (RANGEL *et al.*, 2019).

É a partir dessas considerações que se apresentam as evidências acerca das contribuições das ações de cuidado dos enfermeiros e das obstetrias na atenção pré-natal identificadas nos 09 (nove) estudos incluídos nesta revisão e sistematizados nas categorias: modelo de atenção e intervenção específica no cuidado pré-natal.

A categoria modelo de atenção representa o maior número dos estudos incluídos. Os modelos de cuidado realizados por apenas uma categoria profissional, enfermeiros ou obstetrias, são comparados aos modelos de cuidado compartilhado e cuidado padrão (TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012; ALLEN *et al.*, 2015) ou modelos integralmente médicos (BLANCHETTE, 1995; BALDWIN; CHEN, 1996; WEISBAND *et al.*, 2017; MCRAE *et al.*, 2018). O modelo de cuidado pré-natal padrão identificado nos estudos é semelhante ao descrito como cuidado compartilhado (TURNBULL *et al.*, 1996) quando a responsabilidade pela assistência a gestante é de diferentes categorias profissionais (SANDALL *et al.*, 2016) sendo

estas: obstetrixes e obstetras (ALLEN *et al.*, 2015) ou obstetrixes e médico clínico geral. Neste último, cita-se também a realização de uma consulta com obstetra para gestantes com idade gestacional igual ou maior que 36 semanas (MCLACHLAN *et al.*, 2012). Nesses modelos além de mais categorias atuando na assistência à gestante, o local do atendimento ocorre em serviços de nível comunitário e hospitalar.

Diferentemente, o cuidado tido como continuado é realizado por um profissional ou um grupo de profissionais da mesma categoria, enfermeiros ou obstetrixes, podendo ser de escolha da paciente, com acompanhamento ao longo do pré-natal, parto e puerpério (TURNBULL *et al.*, 1996. SANDALL *et al.*, 2013). Nesse sentido, o modelo de cuidado materno inclui como elementos: quem, onde, quando e como o cuidado é realizado (ALLEN *et al.*, 2015).

Associado aos modelos de cuidado pré-natal os estudos identificaram e analisaram a ocorrência de determinados desfechos maternos ocorridos nos períodos: gestacional, parto e pós-parto não sendo categorizados de forma secundária nesta revisão.

A ocorrência das complicações, hipertensão e hemorragia, no período pré-natal, foi avaliada em um dos estudos da revisão. Na comparação entre dois modelos de cuidado, por obstetrixes e por cuidado compartilhado, o resultado demonstrou diferença significativa entre os grupos, com menor ocorrência dessas complicações nas gestantes atendidas por obstetrixes (TURNBULL *et al.*, 1996). A perda de sangue também foi avaliada no período pós-parto, contudo, em um estudo, não apresentou diferença estatística significativa entre os modelos avaliados (MCLACHLAN *et al.*, 2012), já em outro, observou-se maior incidência da hemorragia pós-parto em mulheres atendidas por obstetrixes (BLANCHETTE, 1995). Esse último destaca diferenças estatísticas significativas na amostra de mulheres incluídas em relação aos aspectos: idade da mulher e idade gestacional de início do pré-natal. Ou seja, mulheres atendidas por obstetrixes eram mais jovens (menor ou igual a 19 anos) e com início do pré-natal em menor número, precocemente (antes de 12 semanas) e em maior número, tardiamente (após 24 semanas) (BLANCHETTE, 1995).

A indução ao parto foi também uma variável analisada sendo que, em um estudo, com baixo nível de evidência, o resultado estatisticamente significativo, demonstrou que gestantes acompanhadas em serviços composto por obstetrixes

tiveram menor probabilidade de ter o parto induzido (TURNBULL *et al.*, 1996). Contudo em outro estudo, de moderado nível de evidência, não houve diferença estatística significativa (MCLACHLAN *et al.*, 2012). Ainda autores destacam que a taxa menor de indução do trabalho de parto não esteve associado a maior número de partos com 42 semanas ou mais e também não parece ter efeito adverso na via de parto e desfecho neonatal (TURNBULL *et al.*, 1996).

Entre os desfechos maternos analisados a partir do modelo de cuidado aplicado, a taxa de cesárea foi apresentada em quatro artigos com níveis de evidência distintos sendo estes: muito baixo (BLANCHETTE, 1995), baixo (TURNBULL *et al.*, 1996; ALLEN *et al.*, 2015) e moderado (MCLACHLAN *et al.*, 2012). Em dois desses apresentou diferença estatística significativa com menor taxa no grupo de mulheres com acompanhamento realizado por enfermeiros obstetras (BLANCHETTE, 1995) e caseload midwifery (MCLACHLAN *et al.*, 2012). Além disso, este grupo apresentou maior probabilidade de ter parto vaginal espontâneo principalmente em primigestas (MCLACHLAN *et al.*, 2012). Na avaliação da indicação da cesárea, uma vez que a decisão do procedimento cirúrgico é tomada por obstetra, não houve diferença estatística significativa entre os modelos de cuidado, exceto pela ocorrência de cesárea prévia, sendo em maior frequência identificado no grupo acompanhado por médicos (BLANCHETTE, 1995).

Ainda sobre o modo de nascimento em outros estudos, não houve diferença significativa entre os modelos analisados em relação a: parto vaginal, parto instrumental, cesárea de emergência, cesárea eletiva (TURNBULL *et al.*, 1996) e espontâneo, cesárea e instrumental (ALLEN *et al.*, 2015).

A condição do períneo foi analisada na comparação dos modelos de cuidados em três publicações relacionados à ocorrência de episiotomia, trauma perineal ou a manutenção do períneo intacto. Mulheres atendidas por obstetras e enfermeiros obstetras tiveram menor probabilidade de ter uma episiotomia, quando comparado a outros modelos de cuidado (BLANCHETTE, 1995; TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012). Em um dos estudos o mesmo grupo de mulheres não apresentou diferença significativa na ocorrência de trauma perineal, entretanto demonstrou maior significância na condição de períneo intacto (TURNBULL *et al.*, 1996).

Ainda como um desfecho materno, quatro estudos da categoria modelos de cuidado, analisaram dados referentes ao parto prematuro, ocorrido antes de 37

semanas de gestação. Em dois não houve diferença significativa entre os modelos (TURNBULL *et al.*, 1996; MCLACHLAN *et al.*, 2012). Contudo no estudo com amostra constituída por gestantes com idade inferior a 21 anos o parto prematuro foi significativamente menor no grupo de mulheres do modelo de cuidado liderado por obstetrias (ALLEN *et al.*, 2015). Nesse estudo a análise foi por intenção de tratar e realizado o controle de variáveis de confusão. Em outro estudo, com amostra constituída por mulheres de baixa renda, o resultado também demonstrou redução na probabilidade de parto antes de 37 semanas no grupo de mulheres sob cuidado de obstetrias quando comparado a modelos exclusivamente médicos (MCRAE *et al.*, 2018). Um quinto estudo apresenta o parto com idade gestacional menor que 36 semanas como um indicador avaliado, porém, quando publica a frequência relativa da amostra total do estudo, não demonstra diferença ou semelhança na comparação dos modelos (BALDWIN; CHEN, 1996).

Outro estudo, alocado na categoria modelos de cuidado, avaliou a transferência de gestantes e parturientes para o atendimento médico sendo que a maior parte das mulheres permaneceu sob o cuidado das obstetrias durante todo pré-natal, parto e pós-parto. As mulheres que tiveram a transferência realizada apresentaram fatores médicos ou sociodemográficos associados e, portanto não modificáveis (WEISBAND *et al.*, 2017).

Uma variável avaliada em somente um estudo incluído nesta revisão foi a iniciação da amamentação identificando-se semelhança estatística entre os modelos avaliados (ALLEN *et al.*, 2015).

Desfechos associados ao modelo de cuidado aplicado também foram avaliados no que tange a saúde do neonato e igualmente não tiveram categorização secundária para apresentação dos resultados nesta revisão. Em quatro estudos com investigação em relação ao baixo peso do bebê no nascimento não foram identificadas diferenças estatísticas significativas entre os modelos avaliados (BLANCHETTE, 1995; BALDWIN; CHEN, 1996; TURNBULL *et al.*, 1996; ALLEN *et al.*, 2011). Contudo, um estudo apresentou menor proporção de bebê com baixo peso ao nascer no grupo de mulheres sob cuidado de obstetrias (MCLACHLAN *et al.*, 2012). Outro, com amostra constituída por mulheres de baixa renda, a análise também demonstrou menor probabilidade de nascimento de bebê com baixo peso no grupo que realizou acompanhamento com obstetrias quando comparado às gestantes acompanhadas exclusivamente por médicos. Igualmente demonstrou

diferença estatística significativa no nascimento de bebê pequeno para a idade gestacional sugerindo desfecho positivo associado ao cuidado realizado por obstetrias (MCRAE *et al.*, 2018).

Outra variável analisada como desfecho do neonato foi valor atribuído do Apgar. Em dois estudos tanto no primeiro, quanto no quinto minuto, não foi identificada diferença significativa entre os modelos de cuidado (BLANCHETTE, 1995; TURNBULL *et al.*, 1996). Em outro a variável específica Apgar maior que 7 no quinto minuto e igualmente os resultados não demonstram diferença estatística significativa entre os modelos (MCLACHLAN *et al.*, 2012). Divergindo deste e com a avaliação da mesma variável específica, um estudo apresentou menor proporção de ocorrência no grupo acompanhado por obstetrias quando comparado ao grupo do modelo cuidado padrão (ALLEN *et al.*, 2015).

Os resultados mostraram-se divergentes também em relação à admissão do bebê em unidade de cuidado especial/intensivo. Para um estudo a comparação dos modelos de cuidado não apresentou diferença significativa em relação a esta variável (TURNBULL *et al.*, 2012). Entretanto em outros dois estudos a probabilidade mostrou-se menor no grupo de mulheres atendidas por obstetrias (MCLACHLAN *et al.*, 2012), sendo que em um, especificamente para amostra constituída por gestantes menores de 21 anos (ALLEN *et al.*, 2015). Os autores destacaram que essa variável pode estar associada a menor probabilidade de cesárea no mesmo grupo de mulheres (ALLEN *et al.*, 2015).

Desfechos maternos e neonatais semelhantes aos previamente apresentados foram analisados ainda em relação a segunda categoria desta revisão, intervenção específica no pré-natal. Para tanto, foram identificados dois estudos sendo as intervenções: ligação telefônica (MOORE *et al.*, 1998) e programa formal de educação (SMOKE; GRACE, 1988).

As ligações telefônicas foram realizadas por enfermeiros, para gestantes de baixa renda, três vezes por semana, durante o segundo e terceiro trimestre de gestação. O contato telefônico teve por objetivo a avaliação do status em saúde (por exemplo, mudanças na gestação, percepção das contrações uterinas, uso de cigarro, álcool e outras drogas, número de refeições ingeridas), recomendações a partir da avaliação e discussão sobre qualquer outra questão importante referida pela mulher (MOORE *et al.*, 1998). O programa educacional teve como público-alvo gestantes adolescentes, com condução por enfermeiros e abordagem de temas

relacionados à gravidez, nutrição e desenvolvimento do bebê, planejamento familiar, trabalho de parto e parto (SMOKE; GRACE, 1988).

Na avaliação da amostra total incluída no estudo que realizou ligações telefônicas não foi identificada diferença estatística significativa nas taxas: bebê com baixo peso ao nascer e parto prematuro. Todavia, no mesmo estudo, no subgrupo de mulheres negras, com idade maior ou igual a 19 anos identificou-se diferença significativa em relação ao parto prematuro (MOORE *et al.*, 1998). As adolescentes incluídas no grupo de intervenção e que participaram do programa de educação apresentaram menor probabilidade de trabalho de parto prematuro em relação ao grupo controle (SMOKE; GRACE, 1988).

Outros desfechos maternos e neonatais foram avaliados em somente um dos estudos dessa categoria. A avaliação do nível de hematócrito demonstrou diferença estatística significativa no grupo de intervenção apresentando menor proporção de mulheres com nível de hematócrito abaixo de 32% ao final do pré-natal e 36% no pós-parto. No mesmo estudo, mulheres do grupo de intervenção compareceram com maior frequência em consultas pré-natais (SMOKE; GRACE, 1988). Também o estudo demonstrou que bebês de mães incluídas no grupo de intervenção apresentaram valor mais elevado na pontuação do Apgar no quinto minuto (SMOKE; GRACE, 1988).

Em termos de limitações, nesta revisão sistemática foram incluídos de acordo com os critérios de elegibilidade, 04 (quatro) ECR. Do mesmo modo, após aplicar-se o sistema GRADE identificou-se falta de rigor metodológico em 07 (sete) estudos, sendo estes classificados como evidência de Nível Baixo e Muito Baixo.

Contudo, considera-se que a presente revisão, ao sistematizar as evidências das ações dos enfermeiros e das obstetrias no cuidado pré-natal possibilita uma análise ampla de desfechos maternos e neonatais associados ou não a atuação do profissional. Bem assim, contribui para a elaboração de diretrizes direcionadas para a atenção à saúde da gestante e seu bebê.

Finalmente, as divergências identificadas nos resultados dos estudos sumarizados nesta revisão sugerem a necessidade de novas pesquisas, com alto rigor no método e alto nível de evidência que se somem ao corpo de conhecimento existente.

Conclusão

O cuidado à saúde materna quando realizado por enfermeiros ou obstetrias resulta em desfechos maternos e neonatais positivos a partir de modelos de cuidado ou intervenções específicas. Os estudos desta revisão sugerem uma associação do cuidado à gestante e parturiente por enfermeiros e obstetrias com menores taxas de hipertensão e hemorragia no pré-natal, cesárea, episiotomia, parto prematuro em gestantes jovens e de baixa renda, nascimento de bebê com baixo peso em mulheres de baixa renda, admissão do bebê em unidade de cuidado intensivo/espacial e pontuação de Apgar no quinto minuto.

Entretanto, a divergência nos resultados avaliados entre os estudos pode estar ligado a amostras não semelhantes entre estes em relação a características como, idade e condição econômica, além de diferença entre os modelos de cuidado comparados.

Nesse sentido, há necessidade de novos estudos que avaliem o cuidado dos enfermeiros e obstetrias à mulher durante o pré-natal considerando diferentes aspectos clínicos e de características da gestante. A incorporação de conhecimento com evidências científicas devem ser os condutores para a tomada de decisão na prática clínica.

Referências:

ABALOS, E. *et al.* Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. **BJOG**, v. 123, n. 4, p. 519-528, Mar. 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13820>. Acesso em: 07 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13820>.

ALLEN, J. *et al.* Does model of maternity care make a difference to birth outcomes for young women? A retrospective cohort study. **Int. J. Nurs. Stud.** [online], v. 52, n. 8, p. 1332-1342, Aug. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915001297?via%3Di%3Dhub>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.011.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health. **Clinical Practice Guidelines: pregnancy care** [versão eletrônica]. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2019. Disponível em: http://www.health.gov.au/sites/default/files/pregnancy-care-guidelines_0.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

BALDWIN, K. A.; CHEN, S. C. Use of public health nursing services: relationship to adequacy of prenatal care and infant outcome. **Public Health Nurs.** [online], v. 13, n. 1, p. 13-20, Feb. 1996. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1525-1446.1996.tb00213.x>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1996.tb00213.x>.

BALSHEM, H. Grade guidelines: 3 rating the quality of evidence. **J. Clin. Epidemiol.** [online], v. 64, n. 4, p. 401-406, 2011. Disponível em: <https://www.jclinepi.com/action/showPdf?pii=S0895-4356%2810%2900332-X>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>.

BLANCHETTE, H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. **Am. J. Obstet. Gynecol.** [online], v. 172, n. 6, p. 1864-1869, Jun. 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002937895914242?via%3Dihub>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)91424-2](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)91424-2).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Relatorio_Diretrizes_CP_04_2016.pdf. Acesso em: maio 2020.

COSTA, L. O. P. *et al.* Como escrever de forma transparente artigos científicos relevantes para a prática da Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisioter.** [online], São Carlos, v. 15, n. 4, p. 267-271, ago./set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n4/pt_aop008_11.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000009>

ESTEVES-PEREIRA, A. P. *et al.* Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **Plos One** [online], v. 11, n. 4, e0153396, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830588/pdf/pone.0153396.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0153396.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 5º Relatório Nacional de Acompanhamento.** Brasília, DF: Ipea; MP, SPI, 2014. 208p. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODM/undp-br-5-RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Essential Competencies for Midwifery Practice: 2018 Update** [Internet]. Vancouver, Canadá, 2019. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

KENNEDY, H. P. *et al.* Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. **Birth [online]**, v. 45, n. 3, p. 222-231, Sep. 2018. Doi: 10.1111/birt.12361.

MCLACHLAN, H. L. *et al.* Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. **BJOG [online]**, v. 119, n. 12, p. 1483-1492, 2012. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x.

MCRAE, D. N. *et al.* Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. **BMJ Open [online]**, v. 8, n. 10, e022220, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/10/e022220.full.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-022220.

MOHER, D. *et al.* Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Syst. Rev. [online]**, v. 4, n. 1, 1, 9f., Jan. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320440/pdf/13643_2014_Article_319.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019. Doi: 10.1186/2046-4053-4-1.

MOORE, M. L. *et al.* A randomized trial of nurse intervention to reduce preterm and low birth weight births. **Obstet. Gynecol. [online]**, v. 91, n. 5 Pt 1, p. 656-661, May 1998. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002978449800012X>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(98\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(98)00012-X).

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery [online]**, v. 27, n. 1, p. 23-29, Feb. 2011. Disponível em: [http:// https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446](http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446). Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.007>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman: NICE Clinical Guidelines**, n. 62. London: RCOG Press, Mar. 2008. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/pdf/Bookshelf_NBK51886.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU-BR). **Transformando nosso mundo: a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>. Acesso em: 09 maio 2020.

RANGEL, R. C. T. *et al.* Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 27, e3165, 18f., 2019. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3165.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2761.3165>.

RENFREW, M. J. *et al.* Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **Lancet [online]**, v. 384, n. 9948, p. 1129 - 1145, Sep. 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/fulltext). Acesso em: 10 abr. 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, n. 8, CD004667, Aug. 2013. Doi: [10.1002/14651858.CD004667.pub3](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub3).

SANDALL, J. *et al.* Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, n. 4, CD004667, Apr. 2016. Doi: [2016. Doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5](https://doi.org/10.1002/14651858.CD004667.pub5).

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a23.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SMOKE, J.; GRACE, M. C. Effectiveness of prenatal care and education for pregnant adolescents: nurse-midwifery intervention and team approach. **J. Nurse Midwifery [online]**, v. 33, n. 4, p. 178-184, Jul./Aug. 1988. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0091218288901899>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(88\)90189-9](https://doi.org/10.1016/0091-2182(88)90189-9).

STEMLER, S. E. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. **PARE [online]**, v. 9, n. 4, 11f., 2004. Disponível em: <https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1137&context=pare>. Acesso em: 12 jun. 2020. Doi: <https://doi.org/10.7275/96jp-xz07>.

TURNBULL, D. *et al.* Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. **Lancet [online]**, v. 348, n. 9022, p. 213-218, Jul. 1996. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(95\)11207-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(95)11207-3/fulltext). Acesso em: 10 maio 2019. Doi: [10.1016/s0140-6736\(95\)11207-3](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(95)11207-3).

VIELLAS, E. F. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v. 22, n. 2, p. 234-240, mar./abr. 2014.

Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00234.pdf. Acesso em: 04 out. 2020. Doi: 10.1590/0104-1169.3262.2407

WEISBAND, Y. L. *et al.* Progression of care among women who use a midwife for prenatal care: who remains in midwife care?. **Birth [online]**, v. 45, n. 1, p. 28-36. Mar. 2018. Doi: 10.1111/birt.12308.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience** [Internet]. Geneva: WHO, 2016.
Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=00E5F97E1FB30356ACAA6A58E6C392A2?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2020.

4.2 MANUSCRITO II: AVALIAÇÃO DA QUALIDADE E APLICABILIDADE DE DIRETRIZ CLÍNICA PARA O CUIDADO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: APLICAÇÃO DO INSTRUMENTO AGREE II

Avaliação da qualidade e aplicabilidade de diretriz clínica para o cuidado pré-natal de baixo risco: aplicação do instrumento AGREE II

Anna Carolina Raduenz Huf Souza

Maria de Lourdes de Souza

Fiona Ann Lynn

Objetivo: avaliar a qualidade e aplicabilidade de diretriz clínica brasileira para o pré-natal de baixo risco com aplicação do instrumento AGREE II. **Método:** Trata-se de estudo derivado do método quantitativo com avaliação da qualidade e da aplicabilidade de diretriz com uso do instrumento AGREE II. Duas pesquisadoras realizaram a avaliação de forma independente. Os resultados foram analisados conforme cálculo indicado pelo próprio instrumento, além da média geral e pontuações mínima e máxima dos itens de acordo com os respectivos domínios. Procedeu-se análise descritiva para a apresentação de observações obtida da avaliação pelos pesquisadores. **Resultados:** foi incluída a diretriz brasileira para o cuidado ao pré-natal de baixo risco que apresentou em todos os domínios o valor de pontuação menor que 50%, sendo os mais elevados: escopo e finalidade; clareza da apresentação e aplicabilidade. Apresentando baixo valor de pontuação, a independência editorial e o rigor do desenvolvimento foram os domínios que mais influenciaram a avaliação da qualidade da diretriz, apresentando diversos itens com valor igual a um. Os valores da avaliação global igualmente foram mais baixos o que resulta na não recomendação de uso por uma das pesquisadoras. **Conclusão:** O impacto da prática fundamentada em evidência na atenção ao pré-natal requer que diretrizes dessa natureza sejam avaliadas em relação a qualidade e aplicabilidade. A diretriz brasileira apresentou avaliação insatisfatória dos aspectos analisados com uso do instrumento AGREE II, especialmente influenciado pelos domínios do rigor do desenvolvimento e da independência editorial. Entretanto, são necessários outros estudos com inclusão de diretrizes internacionais para a devida comparabilidade. **Descritores:** Cuidado Pré-natal; Diretriz Clínica; AGREE II.

Introdução

Medidas aplicadas na atenção à saúde da mulher grávida objetivam a realização de um cuidado pré-natal de qualidade (NICE, 2008; BRASIL, 2016b; WHO, 2016). O cuidado à gestante tem o propósito de promover adequada condição de saúde materna e neonatal requerendo a atuação de profissionais habilitados para identificar e tratar de modo precoce os fatores de risco e assim, evitar complicações para a saúde da mãe e do bebê (AMORIM; MELO, 2009; DOMINGUES *et al.*, 2012; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; KENNEDY *et al.*, 2018). Nesse sentido, uma atenção qualificada no pré-natal contribui para desfechos positivos na gravidez e conseqüentemente redução da mortalidade materna e neonatal (IPEA, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015; ESTEVES-PEREIRA *et al.*, 2016).

O cuidado pré-natal abrange ações realizadas desde o diagnóstico da gravidez até o nascimento do neonato. Tem por objetivo, de forma associada à identificação precoce dos riscos, a prevenção e manejo de doenças específicas ou concomitantes à gravidez, a educação e promoção da saúde (ABALOS *et al.*, 2016; OPAS, 2011). Para tanto, diretrizes clínicas relacionados ao cuidado na gravidez publicam recomendações fundamentadas em evidências que possibilitam uma prática profissional para a gestação segura, a assistência de qualidade e a melhoria dos desfechos (WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019).

Contudo a tomada de decisão baseada em evidências nem sempre é imperativa na atenção ao pré-natal. Estudos mostram que a aplicação de condutas inadequadas, divergentes ou até mesmo a ausência dessas, impactam na qualidade do pré-natal e interferem nos desfechos relacionados à mulher e seu bebê. Concluem que condutas dessa natureza interferem negativamente na saúde materna e neonatal por não conter fundamentação científica em evidências (MORAIS *et al.*, 2013; NARCHI, 2011; WILLS; FORSTER, 2008).

Nas últimas décadas tem se observado mudança das publicações do modelo tradicional de rotinas e de consenso de especialistas para publicações de diretrizes fundamentadas em evidências. As diretrizes clínicas são documentos orientadores para a prática profissional que reúnem recomendações direcionadas a um grupo populacional ou a uma condição específica de saúde servindo de eixo para a melhoria da qualidade e a segurança dos serviços de saúde (BRASIL, 2016a).

Nesse sentido, para a atuação profissional direcionada ao cuidado pré-natal

de rotina há atualmente um corpo de publicações composto por diretrizes elaboradas em diversos países ou organizações (ABALOS *et al.*, 2016).

A existência de diretrizes clínicas e o crescente aumento de publicações dessa natureza vem acompanhado de requerimentos acerca de sua qualidade (RONSONI *et al.*, 2015). Além disso, estudos mostram que apesar de haver diretrizes clínicas publicadas para consulta e uso, não há a adesão efetiva dos profissionais em aplicar as recomendações para uma prática baseada em evidências (SILVA *et al.*, 2013; AMOAKOH-COLEMAN *et al.*, 2016).

O uso das diretrizes como fundamento confiável para a tomada de decisão requer que haja rigor no método e a transparência do desenvolvimento estejam garantidos (HOFFMANN-EBER *et al.*, 2017). Para tanto, instrumentos de avaliação da qualidade e da aplicabilidade são utilizados para este fim.

Diante disso, considerando a existência de diretriz clínica brasileira, a diferença na aplicação de condutas profissionais e o impacto que documentos orientadores produzem em indicadores maternos e neonatais, definiu-se como objetivo avaliar a qualidade e a aplicabilidade da diretriz clínica brasileira para o pré-natal de baixo risco com uso do instrumento AGREE II.

Método

Trata-se de estudo derivado do método quantitativo com avaliação da qualidade e da aplicabilidade de diretriz para a atenção ao pré-natal de baixo risco. A amostra definida por intencionalidade incluiu a diretriz clínica brasileira pelo interesse na realidade nacional (BRASIL, 2016b).

Não foram identificados outros documentos de apoio, dentre os consultados, que contivessem informações relacionadas ao processo de desenvolvimento desta diretriz. Foram definidos previamente as páginas e o capítulo submetidos à avaliação e apresentado para todos os pesquisadores.

A avaliação da qualidade e aplicabilidade da diretriz foi realizada utilizando o instrumento validado e mundialmente utilizado, *Appraisal of Guidelines Research & Evaluation (AGREE)*. Utilizou-se a versão traduzida para o português brasileiro (BROUWERS *et al.*, 2009; KHAN; STEIN, 2014). O instrumento AGREE II é composto por 23 itens (Quadro 1) agrupados em 6 domínios: 1) Escopo e finalidade, 2) Envolvimento das partes interessadas, 3) Rigor do desenvolvimento, 4) Clareza

da apresentação, 5) Aplicabilidade e 6) Independência editorial (Quadro 1). Cada item foi classificado utilizando escala Likert de 07 pontos, em que 01 corresponde a “discordo totalmente” e 07 à “concordo totalmente”. O instrumento ainda possui dois itens de avaliação global, sendo um a classificação da qualidade geral da diretriz e outro, a recomendação de uso com as possíveis categorias: “Sim”, “Não” e “Sim, com modificações”.

Quadro 1 - Itens e domínios do instrumento AGREE II.

Domínio	Item	Conteúdo
Escopo e finalidade	1	O(s) objetivo(s) geral(is) da(s) diretriz(es) encontra(m)-se especificamente descrito(s).
	2	A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).
	3	A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.
Envolvimento das partes interessadas	4	A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.
	5	Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.)
	6	Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.
Rigor do desenvolvimento	7	Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.
	8	Os critérios para a seleção de evidências estão claramente descritos.
	9	Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.
	10	Os métodos para a formulação das recomendações estão claramente descritos.
	11	Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.
	12	Existe uma relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte.
	13	A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.
	14	Um procedimento para atualização da diretriz está disponível.
Clareza da Apresentação	15	As recomendações são específicas e sem ambiguidade.
	16	As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.
	17	As recomendações-chave são facilmente identificadas.
Aplicabilidade	18	A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras para sua aplicação.
	19	A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser colocadas em prática.
	20	Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.
	21	A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.
Independência editorial	22	O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.
	23	Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

Fonte: BROUWERS *et al.*, (2009).

Seguindo a recomendação do próprio instrumento a diretriz foi avaliada de forma independente por duas pesquisadoras que realizaram o preenchimento de todos os itens dos domínios, da avaliação global, a recomendação de uso além de descrição de observações específicas.

A análise dos dados proposta pelo instrumento apresenta cálculo de pontuação da qualidade de forma individualizada para cada domínio. A pontuação do domínio é resultado da soma de todas as notas dos respectivos itens com escalonamento do total como uma porcentagem da pontuação máxima possível (BROUWERS *et al.*, 2009). Além disso, obteve-se a pontuação mínima e máxima fornecida pelo conjunto dos avaliadores para um mesmo domínio e a média geral resultante do cálculo de porcentagem. Para a avaliação global da diretriz não há indicação de análise específica e para tanto se procedeu de forma descritiva.

Resultados

A diretriz avaliada apresenta a temática específica do estudo publicada em capítulo de documento de atenção integral à saúde da mulher. Para tanto se avaliou a introdução e as páginas específicas do capítulo intitulado “Atenção à mulheres no pré-natal de baixo risco, puerpério e promoção do aleitamento materno”. A diretriz foi elaborada pela parceria entre o Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde e o Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa com recurso da filantropia deste instituto (BRASIL, 2016b).

O resultado dos dados obtidos (Tabela 1) seguiram a orientação de cálculo das pontuações conforme indicado pelo instrumento AGREE II. Os valores mínimo e máximo de cada domínio e a média geral foram acrescentados para apresentação nesse estudo.

Os domínios com maior pontuação foram “escopo e finalidade”, “aplicabilidade” e “clareza da apresentação” e os de menor pontuação, “envolvimento das partes interessadas”, “rigor do desenvolvimento” e “independência editorial”. Dentre esses o maior foi identificado no domínio “escopo e finalidade” e o menor, em “independência editorial”. Neste último, todos os itens foram avaliados pelas duas pesquisadoras com pontuação igual a um resultando em zero no cálculo realizado.

Especificamente em relação aos itens, 01, 03 e 21 estes apresentaram as

maiores pontuações na avaliação pelos dois pesquisadores. Entretanto, na totalidade da diretriz a pontuação máxima foi igual a 05, indicando que não houve nenhum item com pontuação 07 a qual representa o julgamento “concordo totalmente”. Em relação à pontuação mínima do item, somente no domínio clareza na apresentação, identificou-se pontuação igual a 02 diferenciando dos demais em que todos apresentaram pontuação igual a 01, indicado na avaliação como “discordo totalmente”.

Tabela 1 - Porcentagem, pontuação mínima e máxima obtida na avaliação das diretrizes brasileiras realizada por dois pesquisadores. Florianópolis, SC, 2020.

Domínios	(%)	Pontuação mínima	Pontuação máxima
1 - Escopo e finalidade	47	1	5
2 - Envolvimento das partes interessadas	22	1	4
3 - Rigor do desenvolvimento	5	1	2
4 - Clareza da Apresentação	33	2	4
5 - Aplicabilidade	34	1	5
6 - Independência editorial	0	1	1
Média geral (%)	23,5	--	--

Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

O domínio “rigor do desenvolvimento” também apresentou porcentagem inferior a outros domínios e a segunda menor pontuação máxima, sendo esta igual a 02 identificada na avaliação de uma das pesquisadoras para os itens 12 e 13. Este domínio é o que possui maior número de itens avaliativos, representando cerca de um terço do total do instrumento.

Especificamente o domínio direcionado para a avaliação da aplicabilidade, apresentou o segundo valor mais elevado da diretriz, totalizando 34%, e a pontuação máxima identificada entre todos os itens.

Em relação à avaliação global da diretriz as pontuações foram 03 e 04, sendo que uma pesquisadora não recomendou o uso da diretriz e outra, recomendou com modificações. As observações descritas que resultaram nestas avaliações estão direcionadas para a ausência da: publicação clara do desenvolvimento e apresentação do método, obtenção e definição do corpo de evidências que sustenta as recomendações, descrição detalhada do grupo técnico que desenvolveu e revisou, descrição explícita da ausência de influência pelo órgão financiador e registro dos conflitos de interesse, e apresentação clara das recomendações específicas.

Apesar do cálculo de média geral não ser requerido pelo próprio instrumento, foi realizada para fim de análise global apresentado valor igual a 23,5%.

A interpretação da porcentagem dos domínios bem como os padrões de pontuação entre estes para diferenciar diretrizes de alta e baixa qualidade não é definida pelo Consórcio AGREE (BROUWERS *et al.*, 2009). Sendo assim, é requerido que as decisões sejam do próprio usuário do instrumento que para este estudo foi integrado na discussão dos resultados associado aos itens específicos e observações dos pesquisadores.

Discussão

Estudos indicam que a aplicação de condutas baseadas em evidências na atenção ao pré-natal apresenta impacto nos desfechos maternos e neonatais (MORAIS *et al.*, 2013; NARCHI, 2011; WILLS; FORSTER, 2008). Para tanto, considerando o corpo de publicações existentes na atenção ao cuidado da mulher grávida (ABALOS *et al.*, 2016), é requerido que estas sejam submetidas a avaliação (HOFFMANN-EBER *et al.*, 2017).

Nesse sentido a avaliação de diretrizes com o instrumento AGREE é utilizado em estudos nacionais e internacionais (VECCHIO *et al.*, 2011; GREUTER *et al.*, 2012; ABDELSATTAR *et al.*, 2015; RONSONI *et al.*, 2015) o qual possui domínios e itens que contemplam os aspectos qualidade e aplicabilidade (BROUWERS *et al.*, 2009).

A partir da avaliação realizada pelas pesquisadoras e de acordo com o instrumento AGREE a diretriz incluída no presente estudo publica de modo insatisfatório a “independência editorial”, “o rigor do desenvolvimento” e o “envolvimento das partes interessadas”. A avaliação de inadequação relacionada aos mesmos domínios também é identificada em outras diretrizes (GREUTER *et al.*, 2012).

Os itens agrupados no domínio “independência editorial” requerem que a diretriz publique explicitamente os conflitos decorrentes do financiamento e dos interesses por parte dos envolvidos na produção do documento. Diante do julgamento das pesquisadoras a diretriz não apresenta em seu conteúdo as declarações necessárias. Importante ressaltar que a diretriz é uma elaboração a partir de parceria entre órgão público e instituição privada com financiamento

filantrópico (BRASIL, 2016b). Assim, avalia-se ser indispensável às declarações requeridas para evitar influência no conteúdo publicado.

A pontuação baixa no domínio “rigor do desenvolvimento” especialmente requer especial atenção pois engloba um grande número de itens avaliativos e são referentes a identificação, seleção das evidências e formulação de recomendações além de outros estruturantes da elaboração e construção de uma diretriz. Apenas os itens de existência de relação explícita entre as recomendações e as evidências que lhe dão suporte, e a revisão externa por experts foram avaliados com pontuação resultante do cumprimento mínimo requerido pelo instrumento AGREE II. Tal cumprimento avaliado por uma das pesquisadoras considerou que a diretriz publica somente algumas recomendações com citação da fonte e a revisão técnica, apesar de mencionada, não descreve método específico e detalhamento do processo e seus integrantes.

Ainda sobre esse domínio, a publicação não descreve um procedimento de atualização sugerindo que não há planejamento de nova versão, para revisão e formulação de novas recomendações, inclusive para acompanhar as novas descobertas científicas. Dada a dinamicidade da produção do conhecimento pela existência de diversas publicações relacionadas à temática seja esta, estudo primário, revisão sistemática e diretriz (NICE, 2008; DOWSWELL *et al.*, 2015; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015; ABALOS *et al.*, 2016; AUSTRALIA, 2019) considera-se essencial a constante reavaliação do conteúdo para o fortalecimento da prática fundamentada em evidências e a fundamentação científica do que é recomendado para a prática clínica.

O domínio “envolvimento das partes interessadas” igualmente integra os de menor pontuação, com resultado próximo ao valor da média geral. Entre seus respectivos itens a definição clara dos usuários-alvo foi o único com pontuação discretamente mais elevada em relação aos demais. Os itens relacionados à inclusão de profissionais de todos os grupos relevantes e da opinião e preferência da população-alvo tiveram pontuação mínima ou próximo desta por não estar devidamente descrito na diretriz. Nesse sentido, a diretriz brasileira apresenta diferença em relação a outras que publicam como pilar da assistência o cuidado centrado na mulher e família valorizando e explicitando questões referentes ao público-alvo (NICE, 2008; AUSTRALIA, 2019).

Os domínios “clareza da apresentação”, “aplicabilidade” e “escopo e

finalidade” tiveram as pontuações mais elevadas, contudo abaixo de 50%. Por não apresentar padrão de pontuação o instrumento AGREE II requer dos pesquisadores uma decisão e para tanto se avalia que valores como destes domínios, mesmo que mais elevados na comparação entre si, são insatisfatórios e comprometem negativamente a qualidade da diretriz. Tal valor de referência foi obtido de estudo anterior que utilizou 50% como o valor para análise dos resultados (HARAN *et al.*, 2014).

Apesar do domínio “escopo e finalidade” apresentar a pontuação mais elevada seus respectivos itens não contemplam integralmente o requerido pelo instrumento. O objetivo geral e a população a quem se destina a diretriz não estão apresentadas de forma concisa e clara para fácil identificação dos leitores. Além disso, não foi identificada a descrição das questões de saúde envolvidas. Diferente deste, outros estudos que avaliaram diretrizes para o cuidado materno utilizando o mesmo instrumento apresentaram valores acima de 50% para este domínio (POLUS *et al.*, 2012; HARAN *et al.*, 2014).

De forma semelhante, a “clareza na apresentação” apesar de agrupado entre os domínios de maior pontuação apresentou valor inferior a 50% com itens avaliados por critério mínimo requerido. Nesse sentido, a falta de: explícita declaração de construção da recomendação, clareza nas opções de diferentes abordagens e destaque na apresentação das recomendações-chave influenciaram na pontuação baixa. Igualmente ao domínio anterior, estudos diferem deste ao apresentar valores mais elevados (POLUS *et al.*, 2012; HARAN *et al.*, 2014) sugerindo também, a partir disso, diferença na influência destes domínios sobre a qualidade da diretriz.

Nos dois domínios, as informações requeridas em cada item são destinadas especificamente para a leitura da diretriz pelo profissional, favorecendo a compreensão e uso adequado com uma população e condição específica, bem como a identificação das recomendações e das condutas definidas. Sendo assim, engloba o conteúdo da diretriz destinado especificamente à tomada de decisão no cuidado de determinado paciente.

O domínio “aplicabilidade” apresentou na avaliação de seus itens a ausência de critérios avaliativos relacionados à descrição de fatores facilitadores e barreiras, as ferramentas para auxiliar o uso e aplicação das recomendações, a implicação quanto aos recursos necessários e aos critérios de monitoramento e/ou auditoria. Nesse sentido, apesar de integrar o grupo de domínios com maior pontuação,

apresenta valor inferior ao estipulado para análise do estudo. Sendo assim, a falta dessas informações explicitadas podem estar associadas diretamente ao que é apresentado em outros estudos, que identificam a ausência de uma prática fundamentada em evidência mesmo com a existência de diretrizes orientadoras publicadas (SILVA *et al.*, 2013; AMOAKOH-COLEMAN *et al.*, 2016).

Na totalidade dos domínios, apesar da pontuação variada entre estes, a média geral obtida foi inferior ao valor de análise atribuído para este estudo. Associa-se a avaliação insatisfatória da diretriz, as pontuações da avaliação global e as recomendações de uso. Estas apesar de divergentes entre as pesquisadoras mostram que fatores relacionados ao rigor do desenvolvimento e a independência editorial influenciaram de forma semelhante na avaliação. Diante disso, a avaliação realizada pelos dois pesquisadores sugere que a diretriz brasileira de atenção ao pré-natal a partir do uso do instrumento AGREE II apresenta baixa qualidade e necessidade de melhoria na publicação de informações relativas à aplicabilidade.

Conclusão

É reconhecido que o cuidado à gestante de baixo risco requer ações fundamentadas em evidências para impacto positivo em indicadores associados. Sendo assim, é necessário que diretrizes direcionadas ao cuidado materno tenham seu conteúdo avaliado em relação a qualidade e aplicabilidade.

A análise da diretriz brasileira de atenção ao pré-natal de baixo risco com aplicação do instrumento AGREE II apresentou avaliação não satisfatória da qualidade e aplicabilidade, sendo esta influenciada principalmente pela ausência do rigor no método do desenvolvimento e a independência editorial descritos de forma explícita e clara para identificação pelos leitores. Demais aspectos relacionados aos outros domínios também requerem melhorias para que o formato da publicação brasileira não se assemelhe a um modelo de consenso por especialistas. A análise individual da diretriz brasileira possibilitou avaliação detalhada dos itens e domínios bem como observações realizadas pelos próprios pesquisadores. Entretanto, são necessários novos estudos com inclusão de outras diretrizes, especialmente as internacionais, a fim de avaliar a qualidade e a aplicabilidade de diretrizes para o cuidado pré-natal de baixo risco com comparação entre estas.

Referências:

ABALOS, E. *et al.* Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. **BJOG**, v. 123, n. 4, p. 519-528, Mar. 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13820>. Acesso em: 07 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13820>.

ABDELSATTAR, Z. M. *et al.* Critical evaluation of the scientific content in clinical practice guidelines. **Cancer [online]**, v. 121, n. 5, p. 783-789, Mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339394/>. Acesso em: 07 maio 2020. Doi: 10.1002/cncr.29124.

AMOAKOH-COLEMAN, M. *et al.* Client factors and provider adherence to clinical guidelines during first antenatal care. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, e0157542, 13fls., 2016. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0157542>. Acesso em: 10 out. 2020.

AMORIM, M. M. R.; MELO, A. S. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 148-155, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n3/a08v31n3.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health. **Clinical Practice Guidelines: pregnancy care** [versão eletrônica]. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2019. Disponível em: http://www.health.gov.au/sites/default/files/pregnancy-care-guidelines_0.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 09 maio de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Relatorio_Diretrizes_CP_04_2016.pdf. Acesso em: maio 2020.

BROUWERS, M. *et al.* **Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas: AGREE II** [versão eletrônica]. Tradução de Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS), Grupo Hospitalar Conceição. Hamilton: AGREE Research Trust, Consórcio AGREE, maio 2009b. Disponível em: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

BROUWERS, M. *et al.* **The AGREE II Instrument [Versão eletrônica]**. Hamilton: AGREE Next Steps Consortium, maio 2009. Update: Dec. 2017. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 28 out. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica [online]**, Washington, DC, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>. Acesso em: 02 out. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.

DOWSWELL, T. *et al.* Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 2015, n. 7, CD000934, Jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061257/pdf/CD000934.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020. Doi: 10.1002/14651858.CD000934.pub3.

ESTEVES-PEREIRA, A. P. *et al.* Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **Plos One [online]**, v. 11, n. 4, e0153396, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830588/pdf/pone.0153396.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0153396.

GREUTER, M. J. E. *et al.* Quality of guidelines on the management of diabetes in pregnancy: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 12, n. 58, 7f., Jun. 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/58>. Acesso em: 12 set. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-12-58.

HARAN, C. *et al.* Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care-a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 14, n. 51, 9f., 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906750/pdf/1471-2393-14-51.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-14-51.

HOFFMANN-EBER, W. *et al.* Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. **PLoS One [online]**, v. 12, n. 3, e0174831, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5373625/pdf/pone.0174831.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0174831.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 5º Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, DF: Ipea; MP, SPI, 2014. 208p. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODM/undp-br-5-RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

KENNEDY, H. P. *et al.* Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. **Birth [online]**, v. 45, n. 3, p. 222-231, Sep. 2018. Doi: 10.1111/birt.12361.

KHAN, G. S.; STEIN, A. T. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1111-1114, maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-1111.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174912>.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

MORAIS, M. *et al.* How often are late preterm births the result of non-evidence based practices: analysis from a retrospective cohort study at two tertiary referral centres in a nationalised healthcare system. **BJOG**, v. 120, n. 12, p.1508-1514, Nov. 2013. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12401>. Acesso em: 04 out. 2020. Doi: 10.1111/1471-0528.12401.

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery [online]**, v. 27, n. 1, p. 23-29, Feb. 2011. Disponível em: [http:// https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446](http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446). Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.007>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman**: NICE Clinical Guidelines, n. 62. London: RCOG Press, Mar. 2008. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/pdf/Bookshelf_NBK51886.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - PARAGUAY (OPAS). **Atención prenatal en atención primaria de la salud**: Protocolo 1 [Internet]. Asunción, Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31251/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2020.

POLUS, S. *et al.* Appraisal of WHO Guidelines in Maternal Health Using the AGREE II Assessment Tool. **PLoS One [online]**, v. 7, n. 8, e38891, Aug. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418264/pdf/pone.0038891.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0038891.

RONSONI, R. M. *et al.* Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1157-1162, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1157.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

SILVA, J. M. *et al.* Academic detailing and adherence to guidelines for Group B streptococci prenatal screening: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 13, n. 68, 5f., Mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610286/pdf/1471-2393-13-68.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-13-68.

VECCHIO, A. L. *et al.* Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. [online]**, v. 52, n. 2, p. 183-189, Feb. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713480/pdf/nihms405725.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020. Doi: 10.1097/MPG.0b013e3181e233ac.

WILLS, G.; FORSTER, D. Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give?. **Midwifery**, v. 24, n. 4, p. 390-398, Dec. 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000757>. Acesso em: 12 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=00E5F97E1FB30356ACAA6A58E6C392A2?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2020.

4.3 MANUSCRITO III: DIRETRIZES PARA O PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO: AVALIAÇÃO DA CONCORDÂNCIA ENTRE RECOMENDAÇÕES INTERNACIONAIS E BRASILEIRA

Diretrizes para o pré-natal de baixo risco: avaliação da concordância entre recomendações internacionais e brasileira

Anna Carolina Raduenz Huf Souza
Maria de Lourdes de Souza
Fiona Ann Lynn

Resumo:

Objetivo: identificar a concordância de conteúdo das recomendações publicadas em diretrizes internacionais e brasileira para o pré-natal de baixo risco. **Método:** estudo quantitativo, descritivo exploratório, com análise por frequência relativa e absoluta em relação ao nível de evidência atribuído, e avaliação de concordância do conteúdo entre as recomendações internacionais e brasileira. **Resultados:** foram selecionadas sete diretrizes internacionais e brasileira das quais foram obtidas recomendações em relação às categorias gerais: organização do serviço, atenção à saúde materna, atenção à saúde neonatal e educação e orientação em saúde. As recomendações foram agrupadas em 29 categorias específicas, sendo que em 39% destas as diretrizes não publicaram ao menos uma recomendação com nível de evidência atribuído, além da variação de grau evidência entre as diretrizes. A variabilidade foi identificada também no conteúdo das recomendações. Identificou-se concordâncias entre todas as diretrizes, a exemplo na definição do enfermeiro e da obstetrix como responsáveis pelo cuidado à gestante de baixo risco. Verificou-se discordâncias, a exemplo, na recomendação de início, número e frequência das consultas pré-natais. **Conclusão:** A variabilidade de conteúdo e do nível de evidência identificados no estudo não são um achado incomum, contudo fatores modificáveis possibilitam melhorias no desenvolvimento e elaboração de diretrizes. Nesse sentido, tem impacto também no cuidado pré-natal por requerer uma prática profissional com tomada de decisão fundamentada em evidência. Assim, o enfermeiro e o obstetrix além de partícipes desse cuidado devem colaborar para a produção de conhecimento e publicação de diretrizes.

Descritores: Cuidado pré-natal; Enfermeiro; Obstetrix; Diretriz clínica.

Introdução

A saúde materna como área de interesse político, social e econômico está presente nas agendas de discussão nacional e internacional por considerar seu impacto direto e indireto em indicadores de qualidade de vida e de desenvolvimento humano. Mesmo a gravidez sendo um evento natural na vida de muitas mulheres, a presença de riscos associados a esta condição requer que a gestante tenha acompanhamento profissional durante o todo o período pré-natal, parto e puerpério (WHO, 2016).

Ações de cuidado direcionadas à mulher grávida devem promover uma adequada condição de saúde materna e neonatal. Nessa área de atenção à saúde, a atuação de profissionais habilitados promove desfechos favoráveis ao identificar de modo precoce e tratamento oportuno de fatores de risco que podem resultar em complicações para a saúde da mãe e do bebê (AMORIM; MELO, 2009; DOMINGUES *et al.*, 2012; MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015). Sendo assim, uma atenção qualificada no pré-natal, parto e puerpério contribui para a proteção da mulher e do feto e conseqüentemente reduz a mortalidade materna e neonatal (IPEA, 2014; DOMINGUES *et al.*, 2015; ESTEVES-PEREIRA *et al.*, 2016).

É atribuído ao cuidado pré-natal um conjunto de ações realizadas desde o diagnóstico da gravidez até o nascimento do neonato. Tem por objetivo a identificação precoce dos riscos, a prevenção e manejo de doenças específicas ou concomitantes à gravidez, a educação e promoção da saúde (ABALOS *et al.*, 2016; OPAS, 2011). O cuidado que tem como partícipe o enfermeiro e o obstetrix, possuem no escopo da profissão a habilitação para conduzir o atendimento da gestante de baixo risco durante todo o período pré-natal (BRASIL, 1986; 2016b; NICE, 2008; AUSTRALIA, 2019).

Diante da especificidade, complexidade e necessidade do cuidado à gestante, as ações que integram a atenção à saúde materna devem estar fundamentadas em evidências científicas (WILLS; FORSTER, 2008; KOBLINSKY *et al.*, 2016; WARLAND; GLOVER, 2017). Além disso, enfatiza-se que quando realizadas em tempo oportuno, podem salvar vidas (WHO, 2016).

Entretanto a tomada de decisão a partir de recomendações baseadas em evidências nem sempre é mandatória. Autores apresentam que a prática de condutas inadequadas, divergentes ou até mesmo a ausência dessas,

comprometem a qualidade do pré-natal e interferem nos desfechos maternos e neonatais. Concluem que tais condutas apresentam impacto negativo na saúde do bebê e da mulher por não possuírem fundamentação em evidências (MORAIS *et al.*, 2013; NARCHI, 2011; WILLS; FORSTER, 2008).

Alguns exemplos são discutidos em estudos que identificaram a prática profissional nas ações para o cuidado à gestante como o manejo da náusea e do vômito, a avaliação dos movimentos fetais e a identificação de alterações gestacionais sendo realizadas sem fundamentação em evidências, partindo do conhecimento tradicional e comum do profissional (MORAIS *et al.*, 2013; WARLAND; GLOVER, 2017; WILLS; FORSTER, 2008; ZOLOTOR; CARLOUGH, 2014). Ainda, estudos apresentam que mesmo havendo diretrizes clínicas disponíveis para consulta e uso, não há a adesão efetiva dos profissionais em aplicar as recomendações para uma prática baseada em evidências (SILVA *et al.*, 2013; AMOAKOH-COLEMAN *et al.*, 2016).

Num cenário de pandemia, a exemplo do COVID-19 quando o senso de urgência induz a decisões rápidas, mudanças de prioridades e alteração no equilíbrio dos riscos que podem levar a condutas não fundamentadas em evidências. Contudo, destaca-se que mesmo em um cenário de crise, é essencial que o foco do cuidado ao paciente esteja pautado em conhecimento sólido e robusto o qual envolve a aplicação de recomendações baseadas em evidências (RENFREW *et al.*, 2020).

Especificamente para a enfermagem, a prática baseada em evidência (PBE) é:

A consciência explícita e uso criterioso da informação derivada de teoria e baseada em pesquisa, para a tomada de decisões direcionadas ao cuidado de indivíduos ou grupos de pacientes, considerando necessidades individuais e preferências. (INGERSOLL, 2000, p. 152, tradução do autor).

As diretrizes clínicas são documentos informativos que agrupam recomendações dirigidas a uma condição específica de saúde ou grupo de atenção. Pelo grande volume de informações e variabilidade na qualidade dessas, a elaboração de diretrizes se faz necessária para facilitar o acesso as informações e publicar recomendações baseadas nos resultados de múltiplas fontes fornecendo auxílio na tomada de decisão. Para tanto devem recomendar ações que ofereçam maior benefício e menor probabilidade de danos, melhorando a qualidade e segurança do serviço em saúde. Como parte da construção de uma diretriz, esta

deve estar pautada na abordagem sistemática e transparente do julgamento sobre a qualidade das evidências e força das recomendações, a fim de evitar erros, facilitar a avaliação crítica e melhorar a comunicação para profissionais de saúde, população e gestores (BRASIL, 2016a). Nesse sentido, para a prática profissional direcionada ao cuidado pré-natal de rotina há atualmente um corpo de publicações composto por diretrizes elaboradas em diversos países ou organizações (ABALOS *et al.*, 2016). Entretanto, identificam-se diferenças apresentando-se como, concordâncias e discordâncias, no teor das recomendações (HANSON *et al.*, 2009; SIMMONS *et al.*, 2010; VOGEL *et al.*, 2013). Dessa forma a aplicação de condutas diversas, resultam em desfechos, do mesmo modo, distintos, impossibilitando comparabilidade de dados e avaliação do cumprimento de metas.

Compreende-se, portanto, que a necessidade do cuidado profissional na atenção ao pré-natal, a existência de diretrizes clínicas que publicam recomendações para o cuidado da gestante de baixo risco e a tomada de decisão baseada em evidência estão diretamente relacionadas aos desfechos maternos e neonatais. Consequentemente apresentam resultados com indicadores que dimensionam de modo equivocado as necessidades em saúde dessa população.

Diante disso, definiu-se como objetivo para este estudo identificar a concordância das recomendações publicadas em diretrizes clínicas, internacionais e brasileira, para o cuidado ao pré-natal de baixo risco.

Método

Trata-se de estudo quantitativo, descritivo exploratório com avaliação de concordância do teor das recomendações publicadas em diretrizes, internacionais e brasileira, para o cuidado pré-natal de baixo risco.

A amostra deste estudo foi composta a partir da busca aleatória em base de dados para obtenção de estudo anterior com publicação de mapeamento de diretrizes referente à atenção ao pré-natal. Foi identificado o estudo publicado por Abalos *et al.* (2016), acerca de mapeamento sistemático realizado sob a chancela da Organização Mundial de Saúde (OMS).

O estudo realizado pelos autores foi conduzido em 2013, nas bases de dados PubMed, LILACS (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde); TRIP (*Turning Research into Practice*) base de dados e os *Guidelines reposit*

maintained por GFMER (*Geneva Foundation for Medical Education and Research*), com limitação de publicações feitas em período após janeiro de 2000. Os autores identificaram dois tipos de publicações: diretrizes para situações específicas no pré-natal e diretrizes para cuidados de rotina no pré-natal, sendo estas últimas selecionadas para o presente estudo.

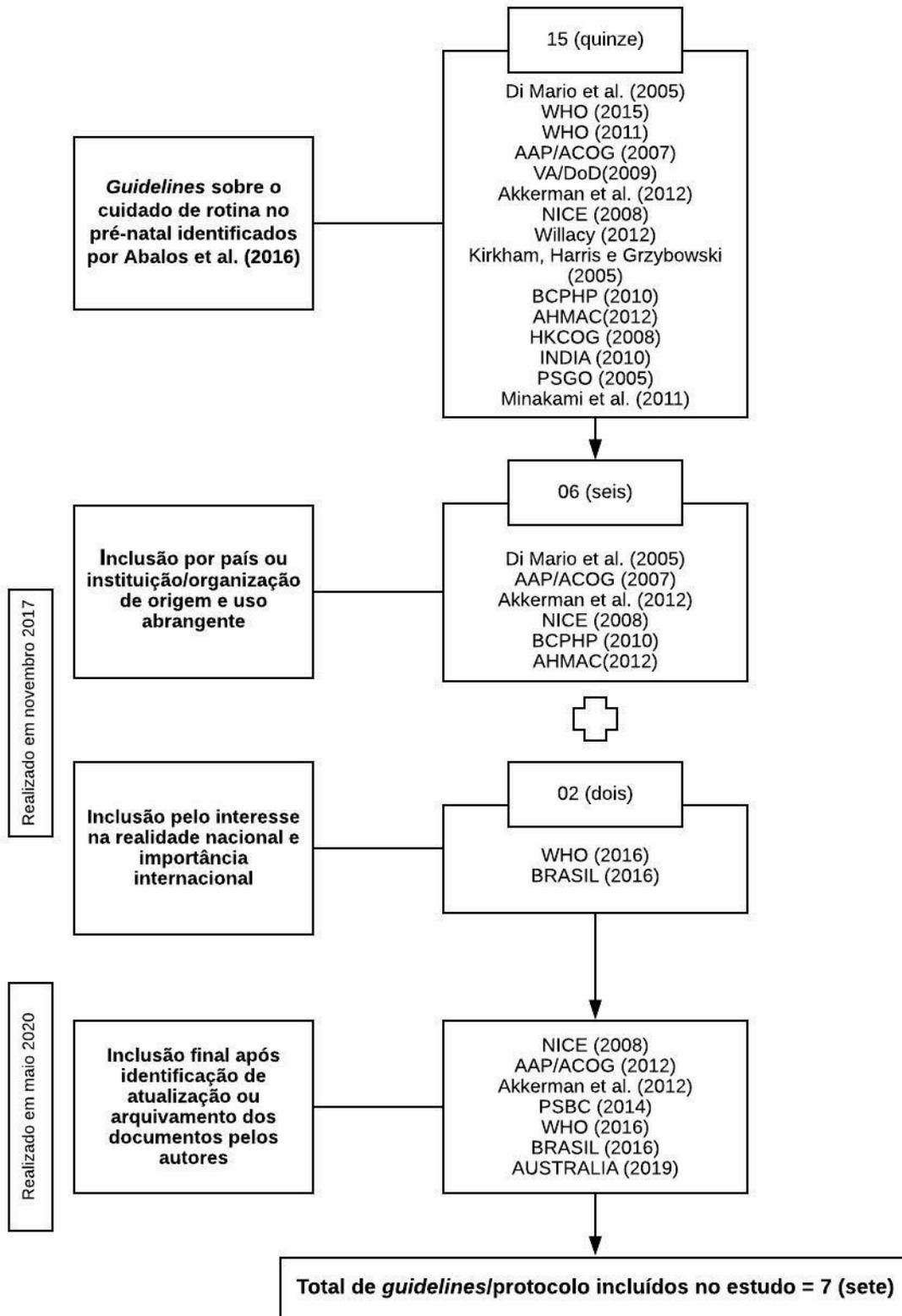
A partir do estudo publicado por Abalos *et al.* (2016) os critérios de inclusão para o presente estudo foram o país ou instituição/organização de origem, a utilização abrangente e com acesso aberto, disponível na íntegra. Optou-se ainda pela inclusão do protocolo brasileiro de atenção ao pré-natal (BRASIL, 2016b), pelo interesse na realidade nacional, e a diretriz da OMS (WHO, 2016) pela sua importância no cenário mundial. As publicações de diretrizes atualizadas ou arquivadas pelos mesmos países ou organizações, substituíram as anteriores incluídas ou foram retiradas deste estudo. Para tanto se procedeu uma seleção inicial em novembro de 2017 e uma final em maio de 2020 (Figura 1).

Cada diretriz foi integralmente lida por um autor visando a identificação e a extração de todas as diferentes recomendações relacionadas ao cuidado pré-natal à gestante de baixo risco. Além disso, extrairam-se informações sobre a abordagem para definição do nível de evidência bem como a atribuição deste em cada recomendação. Como segunda etapa, realizou-se a conferência da coleta dos dados pelos demais autores. As recomendações foram reunidas em grupos específicos que integram as categorias gerais. Após a tabulação dos dados nas categorias identificadas pelo primeiro autor, estas foram submetidas a conferência pelos demais autores.

O agrupamento das recomendações nas categorias específicas foi analisado pelas frequências relativa e absoluta. Para tanto, definiu-se três variáveis: a diretriz publica no mínimo uma recomendação com nível de evidência atribuído para a categoria específica; a diretriz publica recomendação(ões) sem nível de evidência atribuído para a categoria específica; diretriz não publica recomendação para a categoria específica.

Para a avaliação da concordância do conteúdo, com destaque para similaridades e diferenças, as recomendações foram analisadas a partir das respectivas categorias gerais. As recomendações que apresentaram discordâncias, a qualidade e força das evidências citadas foram examinadas.

Figura 1 - Seleção de diretrizes para definição da amostra do estudo.



Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

Resultados

Foram incluídas neste estudo 07 (sete) diretrizes publicadas por diferentes países e organizações: Brasil (01), Estados Unidos (02), Canadá (01), Austrália (01), Reino Unido (01) e Organização Mundial da Saúde (01). Todas as diretrizes apresentam conteúdo composto por recomendações para o cuidado pré-natal à gestação de baixo risco sendo cinco, identificados em publicações específicas sobre a temática (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019) e dois, publicados em capítulos de documentos de atenção integral à saúde da mulher (AAP/ACOG, 2012; BRASIL, 2016b).

Os países de origem das publicações possuem diferentes sistemas de saúde para a atenção à mulher grávida de baixo risco, contudo em todos, além de outras categorias profissionais, a responsabilidade do cuidado está direcionada para o enfermeiro (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; BRASIL, 2016b; WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019) ou midwife (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019).

As recomendações extraídas de cada diretriz foram agrupadas em quatro categorias gerais e em vinte e nove categorias específicas (Tabela 1). As categorias gerais definidas foram: Organização do serviço e do atendimento; Atenção à saúde Materna; Atenção à saúde Fetal; Educação e orientação em saúde. E as categorias específicas: início, número e frequência do atendimento; registro do atendimento; profissional responsável pelo atendimento; modelo de atendimento; informação sobre o serviço, o local e o atendimento; investigação e avaliação do estilo de vida e hábito; investigação e avaliação do risco gestacional; avaliação da idade gestacional; investigação de fatores de risco e exame clínico/físico; prescrição de medicamento e suplemento; solicitação de exame e rastreamento de doença; manejo de sintoma comum; saúde bucal; vacinação; avaliação da gestação prolongada; avaliação da via de parto; rastreamento de anomalia genética; avaliação do desenvolvimento e anatomia; amamentação; alimentação; atividade física; ganho de peso; prevenção de infecção; atividade sexual; movimento fetal; cuidado ao recém-nascido; gravidez, parto, maternidade, paternidade; direitos da mulher.

Tabela 1 - Diretrizes do estudo – categorias e definição do nível de evidência.

Autoria e Título	National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) - Antenatal care for uncomplicated pregnancies	American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists (AAP/ACOG) - Guidelines for perinatal care	Akkerman et al. - Routine Prenatal Care	Perinatal Services British Columbia - Population and Public Health Prenatal Care Pathway	World Health Organization (WHO) - WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience	Ministério da Saúde - Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	Australian Department of Health - Clinical Practice Guidelines: Pregnancy care	
<i>Pais de origem e ano de publicação</i>	Reino Unido 2008	Estados Unidos 2012	Estados Unidos 2012	Canadá 2014	OMS 2016	Brasil 2016	Australia 2019	
<i>Organização financiadora</i>	The National Institute for Health and Clinical Excellence	Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists	The Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	Perinatal Services BC and the Ministry of Health's Healthy Development and Women's Health Branch collaborated with the Regional Health Authorities to develop this Pathway	USAID and the Bill & Melinda Gates Foundation, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP)	Proadi – Sus: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa	Australian Government and states and territories e The Australian Government Department of Health	
CATEGORIAS GERAIS	CATEGORIAS ESPECÍFICAS							
Organização do serviço e do atendimento	Início, número, frequência do atendimento	X	*	X	*	X	*	X
	Registro do atendimento	X	*			X	*	*
	Profissional responsável pelo atendimento	X	*	*	*	X	*	*
	Modelo de atendimento		*			X		
	Informação sobre o serviço, o local e o atendimento	X	*		*	X	*	*
Atenção à Saúde Materna	Investigação e avaliação do estilo de vida e hábito	X	*	X	*	*	*	X
	Investigação e avaliação do risco gestacional						*	
	Avaliação da idade gestacional	*	*	*			*	X
	Investigação de fatores de risco e exame clínico/físico	X	*	X	*	X	*	X
	Prescrição de medicamento e suplemento	X	*	X	*	X	*	X
	Solicitação de exame e rastreamento de doença	X	*	X	*	X	X	X
	Manejo de sintoma comum	X	*	X	*	*	*	X
	Saúde bucal		*	X	*		*	X
	Vacinação	*	*	X	*	X	*	
Avaliação de gestação prolongada	X		X			*	X	
Avaliação da via de parto		*	X					

Continua...

Autoria e Título		National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) - Antenatal care for uncomplicated pregnancies	American Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists (AAP/ACOG) - Guidelines for perinatal care	Akkerman et al. - Routine Prenatal Care	Perinatal Services British Columbia - Population and Public Health Prenatal Care Pathway	World Health Organization (WHO) - WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience	Ministério da Saúde - Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres	Australian Department of Health - Clinical Practice Guidelines: Pregnancy care
<i>País de origem e ano de publicação</i>		Reino Unido 2008	Estados Unidos 2012	Estados Unidos 2012	Canadá 2014	OMS 2016	Brasil 2016	Austrália 2019
<i>Organização financiadora</i>		The National Institute for Health and Clinical Excellence	Academy of Pediatrics and The American College of Obstetricians and Gynecologists	The Institute for Clinical Systems Improvement (ICSI)	Perinatal Services BC and the Ministry of Health's Healthy Development and Women's Health Branch collaborated with the Regional Health Authorities to develop this Pathway	USAID and the Bill & Melinda Gates Foundation, UNDP/UNFPA/UNICEF/WHO/World Bank Special Programme of Research, Development and Research Training in Human Reproduction (HRP)	Proadi – Sus: Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa	Australian Government and states and territories e The Australian Government Department of Health
Atenção à Saúde Fetal	Rastreamento de anomalia genética	*	*	X	*		X	X
	Avaliação do desenvolvimento e anatomia	*	*				X	X
Educação e Orientação em saúde	Amamentação		*	*	*		*	X
	Alimentação		*		*	X	*	X
	Atividade física	X	*	X	*	X	*	X
	Ganho de peso		*		*	X		*
	Prevenção de infecção	X	*	X	*			X
	Atividade sexual	X			*		*	X
	Viagem	X			*		*	X
	Movimento fetal		*	*				*
	Cuidado ao recém-nascido		*					
	Gravidez, parto, puerpério, maternidade, paternidade		*	X	*	X	*	X
Direitos da Mulher	X					*		

Legenda: X diretriz publica no mínimo uma recomendação com nível de evidência atribuído para a categoria específica.

* diretriz publica recomendação(ões) sem nível de evidência atribuído para a categoria específica.

Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

Para cada categoria específica, observou-se a ocorrência das três variáveis de análise possibilitando identificar a partir de cada diretriz a publicação ou não de recomendações, bem como a definição ou não do nível de evidência (Tabelas 1 e 2).

Os resultados obtidos para a totalidade das categorias específicas mostram que em 39% destas as diretrizes publicam recomendações sem nível de evidência atribuído e em 31% publicam pelo menos uma recomendação com nível de evidência atribuído. A ausência de recomendações publicadas totalizou 30%.

Frequências semelhantes foram observadas na análise individual das categorias gerais, organização do serviço e do atendimento e atenção à saúde materna em que, 46% e 39% respectivamente, representam categorias específicas com publicação de recomendações sem nível de evidência. Tais valores são superiores à publicação de pelo menos uma recomendação com nível de evidência atribuído assim como, a ausência de recomendações nas categorias específicas.

Na categoria geral Atenção à Saúde Neonatal a frequência para as variáveis com recomendação com nível de evidência e recomendação sem nível de evidência são iguais e foram identificadas em 36%. Contudo, em Educação e orientação em saúde, 39% não apresentam recomendações publicadas representando a maior frequência nesta categoria.

Tabela 2 - Frequências relativa e absoluta para as variáveis do estudo.

	Com NE		Sem NE		Não pública		Total
	(N)	%	(N)	%	(N)	%	
Organização do serviço e do atendimento	11	31	16	46	8	23	35
Atenção à saúde materna	28	36	30	39	19	25	77
Atenção à saúde neonatal	5	36	5	36	4	28	14
Educação e Orientação em saúde	19	25	28	36	30	39	77
Total	63	31	79	39	61	30	203

Legenda: NE – Nível de Evidência.

Fonte: Elaborado pelo Autor, (2020).

Definição do Nível de Evidência

A atribuição do nível de evidência esteve ausente na totalidade das recomendações em duas diretrizes (AAP/ACOG, 2012; PSBC, 2014). Nestes, a elaboração das recomendações foi realizada por consenso entre profissionais da área, a partir de evidências e informações científicas (AAP/ACOG, 2012; PSBC, 2014).

Outra diretriz, apesar de publicar algumas recomendações com nível de evidência definido, não descreve qual o método utilizado para obtê-las. Apresenta que a diretriz foi elaborada por um grupo de profissionais que utilizou como material norteador publicação anterior, normas, portarias, manuais, leis e estudos e consensos de bases nacionais e internacionais (BRASIL, 2016b).

Demais diretrizes utilizaram para avaliação e definição do nível de evidência: *National Health and Medical Research Council* (NHMRC) (AUSTRALIA, 2019), *The Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (GRADE) (AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019), *Confidence in the Evidence from Reviews of Qualitative research* (GRADE-CERQual) (WHO, 2016) e método desenvolvido pela própria instituição de autoria da diretriz (NICE, 2008). A diretriz da Organização Mundial da Saúde determinou o nível de evidência de acordo com os desfechos analisados para cada recomendação.

Categoria geral: Organização do serviço e do atendimento

Recomendações em relação ao profissional responsável observou-se similaridade no teor destas por apresentar que a atenção à gestante é atribuição de mais de uma categoria profissional, sendo uma destas, o enfermeiro ou o obstetrix. Contudo, o nível de evidência não é atribuído em cinco diretrizes (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014, BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e nas demais, foi variável definido como, nível A (NICE, 2008), baixo e moderado (WHO, 2016).

Relacionadas ao início, número e frequência das consultas pré-natais, as recomendações publicadas apresentam-se divergentes tanto no seu teor quanto no nível de evidência atribuído. Duas diretrizes publicam recomendação que o início do pré-natal deve ocorrer no primeiro trimestre, e não apresentam nível de evidência (PCBC, 2014; AUSTRALIA, 2019). Em outras a recomendação está indicada por número de consultas, sendo 07 para múltíparas e 10 para nulíparas, com evidência nível B (NICE, 2008; AUSTRALIA, 2019) e no mínimo 08, sem diferenciação da paridade, com nível de evidência baixo e moderado (WHO, 2016). Uma recomendação cada consulta para um período de semanas gestacionais específicas, e apresenta nível de evidência alto em um dos estudos utilizados na elaboração do conteúdo (AKKERMAN *et al.*, 2012). Em outras duas diretrizes, é recomendado consultas em frequência variável a depender do período gestacional, mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais após este período (AAP/ACOG, 2012;

BRASIL, 2016b) e mensais até 30 semanas, quinzenais até 34 semanas e semanais esta idade gestacional até o parto (BRASIL, 2016b). Em ambas não há definição do nível de evidência.

Diretrizes que publicam recomendações para o registro dos atendimentos são concordantes ao indicarem que toda gestante deve ter consigo as anotações das consultas (NICE, 2008; WHO, 2016; BRASIL, 2016b), além do serviço em saúde, igualmente, manter documentado os atendimentos realizados (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AUSTRALIA, 2019).

O modelo de atendimento pré-natal realizado em grupo foi publicado em duas diretrizes de forma similar, como recomendação alternativa ao modelo de consulta individual (AAP/ACOG, 2012), e definido de acordo com a preferência da gestante (WHO, 2016).

Categoria geral: Atenção à saúde da mulher

Esta categoria expõe o maior número de recomendações publicadas e são direcionadas principalmente para identificação de fatores complicadores da gestação, do diagnóstico e da terapêutica.

Recomendações relacionadas ao hábito de fumar e uso de bebida alcóolica são concordantes em todas as diretrizes ao indicar a identificação precoce do uso e orientação sobre riscos para a gravidez e para o feto (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Recomendam ainda que o profissional de saúde oriente e apoie a gestante para cessar ou diminuir o uso dessas substâncias (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Para recomendações direcionadas ao tabagismo o maior nível de evidência atribuído foi A (NICE, 2008; AUSTRALIA, 2019) e para o consumo de álcool, nível baixo (AKKERMAN *et al.*, 2012).

A investigação e avaliação do risco gestacional são publicadas de forma específica em uma diretriz, porém sem nível de evidência atribuído (BRASIL, 2016b). Quando relacionado a investigação de fatores de risco e o exame clínico/físico todas as diretrizes apresentam recomendações. Estas estão direcionadas para a medida de peso, altura, índice de massa corpórea, pressão arterial, altura de fundo uterino e batimento cardíaco fetal (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Outra

similaridade foi identificada na indicação de realizar palpação abdominal para avaliação de posição fetal a partir de 36 semanas para todas gestantes (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Diretrizes com conteúdo divergente estão publicadas recomendações sobre o exame das mamas (NICE, 2008; BRASIL, 2016b) e o exame pélvico (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b) sendo que somente a diretriz do Reino Unido apresenta nível de evidência A e B respectivamente, não recomendando a realização destes.

As diretrizes publicam recomendações para investigação de fatores de risco associados a saúde mental (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), violência doméstica/familiar (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), diabetes gestacional (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), hipertensão/pré-eclâmpsia (NICE, 2008; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e parto prematuro (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), com concordância do conteúdo.

Recomendações com a perspectiva diagnóstica possuem como teor a solicitação de exames nos diferentes períodos gestacionais. Para os exames de análise laboratorial: HIV, sífilis, hemograma, urocultura (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), hepatite B (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), tipagem sanguínea e fator Rh (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b) e teste de tolerância oral a glicose/glicemia (AAP/ACOG, 2012; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), as recomendações são para testagem de todas as gestantes como uma rotina pré-natal. Acerca dos exames de toxoplasmose, citomegalovírus e vaginose bacteriana assintomática, diretrizes não recomendam sua realização (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019).

Identificou-se divergências nas recomendações sobre os exames: hepatite C (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019), estreptococos do grupo B (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019), clamídia (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019), gonorréia (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019),

análise urinária por *dipstick* (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012). Nesses, apenas uma diretriz (NICE, 2008) apresenta nível de evidência e é a diretriz que não recomenda a realização dos exames divergindo das demais.

As recomendações com abordagem terapêutica englobam a prescrição de medicamentos de uso profilático e de tratamento. A prescrição de ácido fólico como rotina para todas as gestantes mostrou-se semelhante entre as diretrizes. Em seis, recomenda-se dosagem de 400 microgramas (mcg) (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PSBC, 2014; WHO, 2016; BRASIL, 2016b), e em uma, 500 mcg (AUSTRALIA, 2019). Há similaridade no tempo de uso, com indicação de iniciar antes da gravidez (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e durante os primeiros três meses de gestação (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019). Uma diretriz recomenda uso durante toda a gestação (BRASIL, 2016b) e uma não descreve o período de uso (PSBC, 2014). A definição do nível de evidência para esta recomendação foi considerada como A (NICE, 2008; AUSTRALIA, 2019) e alta, moderada e baixa, de acordo com os desfechos, parto prematuro, infecção materna e baixo peso ao nascer, respectivamente (WHO, 2016). Por outro lado, a recomendação em relação a prescrição de ferro apresentou-se discordante. Para três diretrizes não é recomendado prescrição de rotina (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019) e em outras três, há a indicação de uso diário para todas gestantes (AAP/ACOG, 2012; WHO, 2016; BRASIL, 2016b). As recomendações de não prescrição rotineira estão fundamentadas em evidência nível A (NICE, 2008), alta (AKKERMAN *et al.*, 2012) e nível B (AUSTRALIA, 2019). A indicação de uso para todas gestantes tem o nível de evidência descrito de acordo com o desfecho analisado sendo, alto para parto prematuro, moderado para infecção materna e baixo para anemia e baixo peso ao nascer (WHO, 2016).

A suplementação com multivitaminas ou em formulações individuais não está recomendada como prescrição de rotina na gestação (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), exceto quando identificado baixo consumo a partir de fontes alimentares.

Outras prescrições recomendadas são para o tratamento de bacteriúria assintomática (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e para cultura positiva de estreptococos do grupo B (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019).

Essa categoria geral também contempla recomendações para o manejo de sintomas comuns como náusea e vômito (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PCBC, 2014; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), azia, constipação, varizes (NICE, 2008; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), hemorroida, dor nas costas (NICE, 2008; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), corrimento vaginal (NICE, 2008; BRASIL, 2016b), câimbra (WHO, 2016; BRASIL, 2016b) e dor pélvica (WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019). As diretrizes publicam como teor da recomendação, a depender do sintoma, orientações em relação ao alívio espontâneo, mudanças na alimentação e estilo de vida, exercício físico, além de prescrição de medicamentos e terapias farmacológicas e não farmacológicas.

A avaliação em saúde bucal é recomendada como uma necessidade de atendimento durante o pré-natal (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Da mesma forma, em relação a vacinação identifica-se concordância na indicação da vacina contra tétano (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e contra influenza (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019).

Por fim, para essa categoria geral, a avaliação da gestação prolongada apresenta recomendações para encaminhamento a maternidade ou início da indução na idade gestacional de 41 semanas ou mais (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b) e escolha do procedimento para indução (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; AUSTRALIA, 2019). Para a avaliação da via de parto durante o pré-natal, indicam critérios para definição quando se trata de possível parto vaginal após cesárea anterior (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012).

Categoria geral: Atenção à saúde neonatal

As duas categorias específicas contempladas apresentam recomendações direcionadas a solicitação de exames. Para o rastreamento de anomalias genéticas as recomendações possuem conteúdo concordante sobre a necessidade de realizar aconselhamento pré-teste para compreensão em relação aos desfechos e implicações a partir de um resultado alterado (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Igualmente concordante, apesar de variados níveis de evidência, na avaliação do

desenvolvimento fetal, recomendações indicam realização de ultrassom no segundo trimestre (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e contraindicam, após 24 semanas (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019).

Categoria geral: Educação e Orientação em saúde

Amamentação, alimentação, prevenção de infecções, atividade física, atividade sexual, viagem e direitos da gestante apresentam conteúdo concordante entre as recomendações publicadas. Para amamentação recomenda-se incentivar e orientar sobre benefícios (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Para alimentação, orientar sobre consumo saudável a todas gestantes (WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019), consumo de acordo com hábitos alimentares específicos (AAP/ACOG, 2012; PCBC, 2014; WHO, 2016; AUSTRALIA, 2019) e consumo moderado de cafeína (PCBC, 2014; WHO, 2016; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Orientações com conteúdo para prevenção de infecções são também concordantes e estão direcionadas às doenças: toxoplasmose (NICE, 2008; AKKERMAN *et al.*, 2012; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e listeriose (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012). Além disso, todas diretrizes recomendam a prática de atividade física por não estar associada a desfecho adverso na gravidez. Igualmente, recomenda-se orientar que atividade sexual para mulheres com gestação de baixo risco não tem relação com desfechos ruins da gestação (NICE, 2008; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019). Ainda, apresentam concordância nos conteúdos publicados a orientação sobre o aumento do risco de trombose em viagens longas bem como o uso correto do cinto de segurança (NICE, 2008; AAP/ACOG, 2012; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019) e informação sobre os direitos da mulher grávida (NICE, 2008; BRASIL, 2016b).

Apresentando conteúdo controverso a contagem de movimento fetal apesar de ser descrito como um teste inespecífico para avaliação do bem-estar fetal ou que não apresenta evidência na redução de morte fetal, o teor das recomendações indica a identificação de 10 movimentos em 2 horas (AAP/ACOG, 2012), de movimento diário a partir de 28 semanas (AKKERMAN *et al.*, 2012) ou da necessidade de observação contínua, sem medida de contagem (AUSTRALIA, 2019). Para essas recomendações não foi atribuído nenhum nível de evidência.

Por fim, outras recomendações de educação em saúde estão direcionadas à orientação sobre gravidez, parto, puerpério, maternidade e paternidade na perspectiva de identificar sinais de alerta, reconhecer mudanças fisiológicas e preparar para o parto (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012; PCBC, 2014; BRASIL, 2016b; AUSTRALIA, 2019).

Discussão

O volume de categorias identificadas a partir das diretrizes indica o quão ampla é a atenção ao pré-natal para que contemple todos os aspectos relacionados ao cuidado materno e fetal. Somado a isso, a variação do conteúdo das recomendações amplia o rol de diferentes ações para o cuidado da gestante a depender do país ou organização de autoria a qual instrui a prática profissional. Ainda, a utilização de diferentes métodos para definição do nível de evidência, ou a ausência deste na totalidade (AAP/ACOG, 2012; PSBC, 2014) ou em determinadas recomendações é sugestivo de grande variabilidade na concordância para a prática baseada em evidência no cuidado pré-natal.

As diretrizes incluídas no estudo direcionam seu conteúdo para a prática de diferentes categorias profissionais a depender da autoria da publicação o qual reflete uma organização política de atenção à saúde e formação profissional. Sobrepondo-se a uma variação de concordância, todas diretrizes indicam que enfermeiros e/ou obstetizes devem ser responsáveis pelo cuidado à mulher grávida, sustentando a importância da atuação desses profissionais pois, apesar da maioria das mulheres progredir na gestação sem desenvolver complicações, o cuidado pré-natal é essencial para a saúde e bem-estar da gestante e do feto em desenvolvimento (TILL; EVERETTS; HAAS, 2015; WHO, 2016; ICN, 2017).

Embora seja consoante a definição dos profissionais envolvidos no atendimento da gestante, identificou-se divergência nas recomendações para o início, intervalo e número de consultas pré-natal, o que reflete diferenças na organização do acompanhamento da gestante. Duas diretrizes (NICE, 2008; AUSTRALIA, 2019) são concordantes entre si ao recomendarem o mesmo número de consultas de acordo com a paridade da mulher. Outras diferem em relação a essas na quantidade (WHO, 2016) ou no intervalo associado a idade gestacional (AAP/ACOG, 2012; AKKERMAN *et al.*, 2012, PCBC, 2014). Além disso, em uma

mesma diretriz (BRASIL, 2016b) identificou-se duas indicações diferentes em relação à frequência e período de realização das consultas, exigindo do profissional uma escolha de qual recomendação seguir. Apesar da falta de evidências acerca do número ideal de consultas pré-natais para gestações de baixo risco, calendários alternativos com quantidade reduzida de atendimentos sugerem um aumento de mortalidade perinatal em contextos de baixa e média renda (DOWSWELL *et al.*, 2015).

Apesar de volume significativo de recomendações publicadas, a categoria geral “Organização do serviço e do atendimento”, apresentou uma maior frequência de categorias específicas sem ao menos uma recomendação com nível de evidência atribuído, resultado que pode caracterizar uma atuação profissional não fundamentada em evidência para as ações contempladas.

As recomendações categorizadas em Atenção à saúde materna promovem a identificação de fatores de risco, a definição de diagnóstico e a prescrição da terapêutica objetivando o atendimento adequado e em tempo oportuno das necessidades identificadas. Especialmente quando se trata da atuação do enfermeiro e do obstetrix, é reconhecido que o manejo adequado de fatores de risco e de complicações da gestação possibilita desfechos positivos, materno e neonatal (ICN, 2017; ICM, 2019).

A investigação de hábitos e fatores de risco, solicitação de exames, prescrição de medicamentos, manejo de sintomas comuns e avaliação do estado vacinal, da saúde bucal, e da gestação prolongada, apresentam diversas recomendações com conteúdo concordante de maneira geral entre as diretrizes. Entretanto, discordâncias identificadas em determinadas recomendações para exame físico, solicitação de exames e prescrição de medicamentos sugerem que a prática profissional a partir da diretriz utilizada seja diferente mesmo quando aplicada para o mesmo público-alvo. Soma-se negativamente às contraposições, a publicação de recomendações sem nível de evidência definido.

O resultado da análise das variáveis do estudo mostra que de forma semelhante à outra categoria geral, para a Atenção à saúde materna, identificou-se frequência elevada de diretrizes que não publicam ao menos uma recomendação com nível de evidência nas categorias específicas.

Apesar da existência de estudos que sustentam recomendações publicadas em uma ou outra diretriz (LEE; THOMAS, 2008; AMORIM; MELO, 2009; PEÑA-ROSAS *et al.*, 2015) e a reconhecida variabilidade dessas (VECCHIO *et al.*, 2011;

GREUTER *et al.*, 2012; HARAN *et al.*, 2014), em se tratando de ações para o cuidado pré-natal, deve-se compreender possíveis desfechos associados. O conjunto de recomendações agrupadas nessa categoria geral, contemplam intervenções de cuidado consideradas ações-chave para o manejo de algumas causas de óbito materno como: desordens hipertensivas, infecções maternas, doenças não transmissíveis e além das causas indiretas (KOBILINSKY *et al.*, 2016; GRAHAM *et al.*, 2016). Para tanto, é requerido aplicação de intervenções claras em nível de atenção primária e integradas aos demais serviços de saúde (KOBILINSKY *et al.*, 2016).

Recomendações acerca da Atenção à saúde neonatal, apresentam concordância do conteúdo e estão relacionadas a solicitação de exames para identificação de anomalia genética e crescimento e desenvolvimento fetal. A recomendação que apresenta maior número de diretrizes concordantes é direcionada ao aconselhamento anterior à realização do exame. O cuidado em fornecer informações sobre os tipos de exames, o procedimento envolvido bem como, os possíveis resultados favoreçam a decisão consciente por parte da gestante. Observa-se com tal concordância que recomendações dessa natureza sobrepõem-se às tecnologias de análise e de diagnóstico indicando uma ação de cuidado centrado na paciente o qual é preconizado pelas próprias diretrizes incluídas no estudo e definido como elemento essencial para a prática baseada em evidência na enfermagem (INGERSOLL, 2000).

A atuação do enfermeiro e do obstetrix envolve a realização de diferentes ações com objetivo de contemplar todos os aspectos do cuidado pré-natal. Contudo, recomendações referentes a educação e orientação em saúde, são especialmente designadas a esses profissionais (ICN, 2017; ICM, 2017; 2019; PIRO; AHMED, 2020). Promoção do aleitamento materno, controle do ganho de peso, prevenção de infecções, compreensão da normalidade e alterações da gravidez, cuidado de si, preparação para o nascimento são o escopo identificado nas recomendações que substancialmente integram essa categoria geral. Contudo, para além de temáticas específicas de saúde, ações de educação e orientação foram também direcionadas às questões de vida e direito da mulher.

Embora a maior quantidade de recomendações apresente concordância de conteúdo, identificou-se com maior frequência relativa as diretrizes que não publicam recomendações em determinadas categorias específicas. Um valor de frequência também elevado foi observado para a variável, diretrizes que não

publicam ao menos uma recomendação com nível de evidência atribuído nas categorias específicas. Tais achados sugerem que a elaboração e divulgação de recomendações seguindo fundamentos estabelecidos para a prática fundamentada em evidência ainda é escasso para ações de educação e orientação em saúde.

Para o conjunto de categorias gerais constatou-se variabilidade na concordância das recomendações, o que, segundo outros estudos, não é incomum (VECCHIO *et al.*, 2011; GREUTER *et al.*, 2012; HARAN *et al.*, 2014). Autores indicam que as diferenças nas recomendações podem estar relacionadas às evidências e diretrizes propriamente ditas, quando há variação de produção, interpretação e desenvolvimento. Além disso, por influência profissional e desejo do paciente bem como, fatores culturais, socioeconômicos e particularidades do sistema de saúde (MATTHYS *et al.*, 2007).

Compreende-se diante disso, que aspectos não modificáveis impactarão de forma permanente para uma variabilidade entre recomendações. Entretanto, quando a variabilidade está associada à produção de evidências e o desenvolvimento de diretrizes, é requerido processos rigorosos para publicação de documentos consistentes e de alta qualidade (HARAN *et al.*, 2014). Por fim, métodos de melhoria do atendimento, com inclusão de diretrizes para a prática clínica, são necessários para o avanço na qualidade do cuidado à saúde materna (KOBILINSKY *et al.*, 2016).

Conclusão

As diretrizes clínicas fornecem um elenco de recomendações dirigidas para a prática profissional devendo ser desenvolvidas por método sistemático rigoroso o que é requerido para o cuidado fundamentado em evidência. A análise das diretrizes incluídas no estudo apresentou variação no nível de evidência atribuído, além de frequências elevadas de recomendações sem definição do nível de evidência. Além disso, identificou-se uma variabilidade na concordância do conteúdo, pois apesar de diversas recomendações apresentarem conteúdo concordante, outras preconizam teor completamente discordantes. Compreende-se que fatores não modificáveis interferem para diferenças no conteúdo das recomendações, contudo, aspectos da produção e elaboração de evidências e diretrizes são passíveis de melhoria resultando em produção de conhecimento científico com alto rigor e destinado à atuação profissional.

Nesse sentido, são necessários estudos que avaliem a qualidade e a aplicabilidade a partir da análise detalhada do desenvolvimento de diretrizes bem como, os mecanismos de atualização das recomendações publicadas. A investigação minuciosa das referências utilizadas na formulação das recomendações igualmente se faz necessária.

A atenção à saúde materna no período pré-natal tem por objetivo promover adequada condição de saúde da mulher e do feto, para alcance de desfechos favoráveis e prevenção de óbito. Para tanto, é necessário o cuidado executado por profissionais e com tomada de decisão fundamentada em evidências. Nesse sentido, considera-se obrigatória a participação de enfermeiros e obstetras também na produção de diretrizes para o cuidado a gestação de baixo risco considerando responsabilidade ética e legal no atendimento à gestante e a expertise dessas profissões.

Referências:

ABALOS, E. *et al.* Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. **BJOG**, v. 123, n. 4, p. 519-528, Mar. 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13820>. Acesso em: 07 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13820>.

AKKERMAN, D. *et al.* **Routine Prenatal Care**. Health Care Guideline [versão eletrônica]. Bloomington: ICSI, 2012. Disponível em: <https://www.bmchp.org/~media/23e81f82425240699b6a73c9582fc84c.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP); THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Guideline for Perinatal Care** [versão eletrônica]. 7. ed. Washington, DC: AAP/ACOG, 2012. Disponível em: <http://simponline.it/wp-content/uploads/2014/11/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

AMOAKOH-COLEMAN, M. *et al.* Client factors and provider adherence to clinical guidelines during first antenatal care. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, e0157542, 13fls., 2016. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0157542>. Acesso em: 10 out. 2020.

AMORIM, M. M. R.; MELO, A. S. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** [online], São Paulo, v. 31, n. 3, p. 148-155, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n3/a08v31n3.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health. **Clinical Practice Guidelines: pregnancy care** [versão eletrônica]. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2019. Disponível em: http://www.health.gov.au/sites/default/files/pregnancy-care-guidelines_0.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. **7.498, 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**. Brasília, 26 de junho de 1986, Seção 1, p. 9.273. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Relatorio_Diretrizes_CP_04_2016.pdf. Acesso em: maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 09 maio de 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.

DOMINGUES, R. M. S. M. *et al.* Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica [online]**, Washington, DC, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>. Acesso em: 02 out. 2020.

DOWSWELL, T. *et al.* Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 2015, n. 7, CD000934, Jul. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061257/pdf/CD000934.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020. Doi: 10.1002/14651858.CD000934.pub3.

ESTEVEZ-PEREIRA, A. P. *et al.* Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **Plos One [online]**, v. 11, n. 4, e0153396, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830588/pdf/pone.0153396.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0153396.

GRAHAM, W. *et al.* Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. **Lancet [online]**, v. 388, n. 10056, p. 2164-2175, Oct. 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931533-1>. Acesso em: 12 set. 2020. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)31533-1.

GREUTER, M. J. E. *et al.* Quality of guidelines on the management of diabetes in pregnancy: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 12, n. 58, 7f., Jun. 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/58>. Acesso em: 12 set. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-12-58.

HANSON, L. *et al.* Critical appraisal of guidelines for antenatal care: components of care and priorities in prenatal education. *J. Midwifery Womens Health [online]*, v. 54, n. 6, p. 458-468, Nov.-Dec. 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.jmwh.2009.08.002>. Acesso em: 12 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.08.002>.

HARAN, C. *et al.* Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care-a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 14, n. 51, 9f., 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906750/pdf/1471-2393-14-51.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-14-51.

INGERSOLL, G. L. Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. **Nurs. Outlook [online]**, v. 48, n. 4, p. 151-152, Jul.-Aug. 2000. Disponível em: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(00\)76732-7/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(00)76732-7/fulltext). Acesso em: 08 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1067/mno.2000.107690>.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 5º Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, DF: Ipea; MP, SPI, 2014. 208p. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODM/undp-br-5-RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). Position Statement: Breastfeeding [Internet]. Haia, Holanda, 2017. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/breastfeeding--v2017-eng-breastfeeding.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Essential Competencies for Midwifery Practice: 2018 Update** [Internet]. Vancouver, Canadá, 2019. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Prenatal Nursing Care: International Classification for Nursing Practice (ICNP®): Catalogue**. Geneva: ICN, 2017. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP_Catalogue_Prenatal_Nursing_Care.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

KOBLINSKY, M. *et al.* Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. **Lancet [online]**, v. 388, n. 10057, p. 2307-2320, Nov. 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931333-2>. Acesso em set. 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2).

LEE, S. J.; THOMAS, J. Antenatal breast examination for promoting breastfeeding. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 2008, n. 3, CD006064, 2008. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD006064/PREG_breast-examination-during-pregnancy-for-promoting-breastfeeding. Acesso em: 12 set. 2020.

MATTHYS, J. *et al.* Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med*, n. 5, p. 436-443, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17893386/>. Acesso em out. 2020.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

MORAIS, M. *et al.* How often are late preterm births the result of non-evidence based practices: analysis from a retrospective cohort study at two tertiary referral centres in a nationalised healthcare system. **BJOG**, v. 120, n. 12, p.1508-1514, Nov. 2013. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12401>. Acesso em: 04 out. 2020. Doi: 10.1111/1471-0528.12401.

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery [online]**, v. 27, n. 1, p. 23-29, Feb. 2011. Disponível em: [http:// https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446](http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446). Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.007>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman:** NICE Clinical Guidelines, n. 62. London: RCOG Press, Mar. 2008. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/pdf/Bookshelf_NBK51886.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - PARAGUAY (OPAS). **Atención prenatal en atención primaria de la salud:** Protocolo 1 [Internet]. Asunción, Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31251/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2020.

PEÑA-ROSAS, J. P. *et al.* Daily oral iron supplementation during pregnancy. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 22, n. 7, CD004736, Jul. 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004736.pub5/full>. Acesso em: 10 set. 2020. Doi: 10.1002/14651858.CD004736.pub5.

PERINATAL SERVICES BC (PSBC). **Provincial Perinatal Guidelines**. Population and public health prenatal care pathway. Vancouver: PSBC, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/PrenatalCarePathway.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

PIRO, S. S.; AHMED, H. M. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 20, n. 1, Id. 19, 12f., Jan. 2020. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6945460/pdf/12884_2019_Article_2701.pdf. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2701-0>.

RENFREW, M. J. *et al.* Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. **Midwifery [online]**, v. 88, Id. 102759, 8f., Sep. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247475/>. Acesso em: 10 jul. 2020. Doi: 10.1016/j.midw.2020.102759.

SILVA, J. M. *et al.* Academic detailing and adherence to guidelines for Group B streptococci prenatal screening: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 13, n. 68, 5f., Mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610286/pdf/1471-2393-13-68.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-13-68.

SIMMONS, D. *et al.* Gestational diabetes mellitus: NICE for the U.S.? A comparison of the American Diabetes Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists guidelines with the U.K. National Institute for Health and Clinical Excellence guidelines. **Diabetes Care [online]**, v. 33, n. 1, p. 34-37, Jan. 2010. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797981/pdf/zdc34.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: 10.2337/dc09-1376.

TILL, S. R.; EVERETTS, D.; HAAS, D. M. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 12, CD009916, Dec. 2015. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009916.pub2/full>. Acesso em: 10 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009916.pub2>.

VECCHIO, A. L. *et al.* Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. [online]**, v. 52, n. 2, p. 183-189, Feb. 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713480/pdf/nihms405725.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020. Doi: 10.1097/MPG.0b013e3181e233ac.

VOGEL, J. P. *et al.* Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. **Reprod. Health [online]**, v. 10, n. 19, 7f., Apr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637102/pdf/1742-4755-10-19.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020.

WARLAND, J.; GLOVER, P. Fetal movements: what are we telling women?. **Women Birth [online]**, v. 30, n. 1, p. 23-28, Feb. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216300518?via%3Dihub>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.001>.

WILLS, G.; FORSTER, D. Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give?. **Midwifery**, v. 24, n. 4, p. 390-398, Dec. 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000757>. Acesso em: 12 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=00E5F97E1FB30356ACAA6A58E6C392A2?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2020.

ZOLOTOR, A. J.; CARLOUGH, M. C. Update on Prenatal Care. **Am. Fam. Physician [online]**, v. 89, n. 3, p. 199-208, Feb. 2014. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0201/afp20140201p199.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pergunta de pesquisa e o objetivo geral foram respondidos pelos resultados apresentados nos manuscritos, que possibilitam oferecer como conclusão: a qualidade e a aplicabilidade de diretriz brasileira apresenta-se como insatisfatória pela avaliação com uso do instrumento AGREE II; e as diretrizes, nacional e internacionais, para o cuidado a gestação de baixo risco apresentam variabilidade na concordância do conteúdo das recomendações. Diante disso, a tese “A avaliação insatisfatória da qualidade e da aplicabilidade de diretriz brasileira e a variabilidade de conteúdo das recomendações publicadas em diretrizes, nacional e internacional, impactam negativamente na prática baseada em evidência do enfermeiro e do obstetrix na atenção ao pré-natal de baixo risco” foi efetivamente respondida.

Essa tese tem como fundamento os resultados identificados no manuscrito intitulado “Ações de cuidado do enfermeiro na atenção pré-natal: revisão sistemática” em que o cuidado à saúde materna quando realizado por enfermeiros ou obstetrixes apresenta impacto positivo em desfechos maternos e neonatais. Identificou-se associação positiva do cuidado à gestante e parturiente realizado por enfermeiros e obstetrixes em relação a hipertensão e a hemorragia no pré-natal, taxa de cesárea, episiotomia, parto prematuro em gestantes jovens e de baixa renda, nascimento de bebê com baixo peso em mulheres de baixa renda, admissão do bebê em unidade de cuidado intensivo/espacial e pontuação de Apgar no quinto minuto.

Nesse sentido, se afirma que para a obtenção de resultados positivos na gravidez, o cuidado deve estar fundamentado em evidência com aplicação de recomendações publicadas em diretrizes clínicas as quais orientam a tomada de decisão na prática profissional. Entretanto, apesar da existência de um corpo de documentos reconhecidos como diretrizes, os resultados do estudo indicam baixa qualidade e aplicabilidade e variação de concordância de conteúdo.

A baixa qualidade e aplicabilidade da diretriz brasileira como resultado associado aos domínios do instrumento AGREE II como: rigor do desenvolvimento e aplicabilidade é indicativo de falha importante na inclusão do conteúdo,

especialmente por este avaliar o processo de análise das evidências, apresentação das recomendações e estratégias para utilização da diretriz pelo público-alvo.

A análise de concordância de conteúdo, identificou além da variação de recomendações propriamente ditas, variação no nível de evidência atribuído e frequência elevada de ausência deste. Portanto, diversos fatores impactam em diferenças no conteúdo das recomendações, entretanto aspectos relacionados à formulação das evidências sugerem melhoria para adequado rigor na produção de conteúdos dessa natureza.

A atenção à saúde materna no período pré-natal tem por objetivo promover adequada condição de saúde da mulher e do feto, para obtenção de resultados favoráveis, incluindo a prevenção de óbito. Entretanto, os resultados aqui apresentados mostram-se em via contrária da obtenção de desfechos positivos visto a existência de diretrizes com avaliação insatisfatória a partir dos aspectos analisados.

Sendo assim, além de novos estudos com inclusão de outras diretrizes, considera-se necessário que a prática profissional e tomada de decisão utilize publicações com alto rigor de desenvolvimento. Para tanto, é necessário que enfermeiros e obstetizes, pela sua responsabilidade ética e legal e a expertise na atenção pré-natal, sejam integrantes da produção de diretrizes comprometendo-se com a elaboração de material que contemple adequadamente a qualidade, aplicabilidade e concordância requeridas para uma prática fundamentada em evidência no cuidado a gestação de baixo risco. Assim, os enfermeiros e obstetizes devem desenvolver competência para sistematizar dados, produção e análise de evidências, e assim contribuir na produção de diretrizes com rigor no método de desenvolvimento.

REFERÊNCIAS

ABALOS, E. et al. Antenatal care for healthy pregnant women: a mapping of interventions from existing guidelines to inform the development of new WHO guidance on antenatal care. **BJOG**, v. 123, n. 4, p. 519-528, Mar. 2016. Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.13820>. Acesso em: 07 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13820>.

ABDELSATTAR, Z. M. et al. Critical evaluation of the scientific content in clinical practice guidelines. **Cancer [online]**, v. 121, n. 5, p. 783-789, Mar. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4339394/>. Acesso em: 07 maio 2020. Doi: 10.1002/cncr.29124.

AGREE COLLABORATION. Development and validation of an international appraisal instrument for assessing the quality of clinical practice guidelines: the AGREE project. **Qual. Saf. Health Care**, v. 12, n. 1, p. 18-23, Feb. 2003. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743672/pdf/v012p00018.pdf>. Acesso em: 5 maio 2020. Doi: 10.1136/qhc.12.1.18.

AGREE RESEARCH TRUST. **Instrumento para avaliação de diretrizes clínicas: AGREE II** [versão eletrônica]. Tradução de Núcleo de Avaliação de Tecnologia em Saúde (NATS), Grupo Hospitalar Conceição. Hamilton: Consórcio AGREE, maio 2009. Disponível em: http://www.agreetrust.org/wp-content/uploads/2013/06/AGREE_II_Brazilian_Portuguese.pdf. Acesso em: 28 out. 2020.

AKKERMAN, D. et al. **Routine Prenatal Care**. Health Care Guideline [versão eletrônica]. Bloomington: ICSI, 2012. Disponível em: <https://www.bmchp.org/~media/23e81f82425240699b6a73c9582fc84c.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

ALLEN, J. et al. Does model of maternity care make a difference to birth outcomes for young women? A retrospective cohort study. **Int. J. Nurs. Stud. [online]**, v. 52, n. 8, p. 1332-1342, Aug. 2015. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0020748915001297?via%3DiHub>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: 10.1016/j.ijnurstu.2015.04.011.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS (AAP); THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS (ACOG). **Guideline for Perinatal Care** [versão eletrônica]. 7. ed. Washington, DC: AAP/ACOG, 2012. Disponível em: <http://simponline.it/wp-content/uploads/2014/11/GuidelinesforPerinatalCare.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2020.

AMOAKOH-COLEMAN, M. et al. Client factors and provider adherence to clinical guidelines during first antenatal care. **PLoS ONE**, v. 11, n. 6, e0157542, 13fls., 2016. Disponível em:

<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0157542>. Acesso em: 10 out. 2020.

AMORIM, M. M. R.; MELO, A. S. O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal (Parte 1). **Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [online]**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 148-155, 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v31n3/a08v31n3.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

AUSTRALIAN GOVERNMENT. Department of Health. **Clinical Practice Guidelines: pregnancy care [versão eletrônica]**. Canberra: National Health and Medical Research Council, 2019. Disponível em: http://www.health.gov.au/sites/default/files/pregnancy-care-guidelines_0.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

AUSTRALIAN HEALTH MINISTERS' ADVISORY COUNCIL (AHMAC). **Clinical Practice Guidelines: Antenatal Care - Module 1**. Canberra: Australian Government Department of Health and Ageing, 2012. Disponível em: <http://www.health.gov.au/antenatal>. Acesso em: 10 maio 2020.

BALDWIN, K. A.; CHEN, S. C. Use of public health nursing services: relationship to adequacy of prenatal care and infant outcome. **Public Health Nurs. [online]**, v. 13, n. 1, p. 13-20, Feb. 1996. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1525-1446.1996.tb00213.x>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: <https://doi.org/10.1111/j.1525-1446.1996.tb00213.x>.

BALSHEM, H. Grade guidelines: 3 rating the quality of evidence. **J. Clin. Epidemiol. [online]**, v. 64, n. 4, p. 401-406, 2011. Disponível em: <https://www.jclinepi.com/action/showPdf?pii=S0895-4356%2810%2900332-X>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jclinepi.2010.07.015>

BIZA, A. et al. Challenges and opportunities for implementing evidence-based antenatal care in Mozambique: a qualitative study. **BMC Pregnancy Childbirth [Online]**, v. 15, n. 200, 10fls., Sep. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4557743/pdf/12884_2015_Article_625.pdf. Acesso em 12 out. 2020.

BLANCHETTE, H. Comparison of obstetric outcome of a primary-care access clinic staffed by certified nurse-midwives and a private practice group of obstetricians in the same community. **Am. J. Obstet. Gynecol. [online]**, v. 172, n. 6, p. 1864-1869, Jun. 1995. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/0002937895914242?via%3Dihub>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: [https://doi.org/10.1016/0002-9378\(95\)91424-2](https://doi.org/10.1016/0002-9378(95)91424-2).

BROUWERS, M. et al. **The AGREE II Instrument [Versão eletrônica]**. Hamilton: AGREE Next Steps Consortium, maio 2009. Update: Dec. 2017. Disponível em: <http://www.agreetrust.org>. Acesso em: 28 out. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei n. 7.498, 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**. Brasília, 26 de junho de 1986, Seção 1, p. 9.273. Disponível em: https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l7498.htm. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000. Institui o programa de humanização no pré-natal e nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 08 de junho de 2000, seção 1, p. 4. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 1.459, 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**. Brasília, 27 de julho de 2011, Seção 1, p. 109. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html. Acesso em: 10 out. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 13 jun. 2013, Seção 1, p. 59. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html. Acesso em: 20 set. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes metodológicas: elaboração de diretrizes clínicas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016a. Disponível em: https://www.inca.gov.br/bvscontrolecancer/publicacoes/Relatorio_Diretrizes_CP_04_2016.pdf. Acesso em: maio 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 09 maio de 2020.

CHATTERJEE, R. et al. Iron supplement use in pregnancy e Are the right women taking the right amount?. **Clin. Nutr. [online]**, v. 35, n. 3, p. 741-747, Jun. 2016.

Disponível em: [https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261-5614\(15\)00146-6](https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0261-5614(15)00146-6). Acesso em: 15 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.clnu.2015.05.014>.

CHAVANE, L. et al. Implementation of evidence-based antenatal care in Mozambique: a cluster randomized controlled trial: study protocol. **BMC Health Serv. Res. [online]**, v. 14, n. 228, 11f., 2014. Disponível em: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-14-228>. Acesso em: 12 out. 2020.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). Legislação. Brasília, DF, 2020. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/categoria/legislacao>. Acesso em: 10 maio 2020.

COSTA, L. O. P. et al. Como escrever de forma transparente artigos científicos relevantes para a prática da Fisioterapia. **Rev. Bras. Fisioter. [online]**, São Carlos, v. 15, n. 4, p. 267-271, ago./set. 2011. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rbfis/v15n4/pt_aop008_11.pdf. Acesso em: 12 abr. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-35552011005000009>.

CUNHA, M. A. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery [online]**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, jan.-mar. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a20.pdf>. Acesso em: 22 set. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>.

DESCRITORES EM CIÊNCIAS DA SAÚDE (DeCS). 2020. ed. São Paulo: BIREME/OPAS/ OMS, 2017. Disponível em: <http://decs.bvsalud.org>. Acesso em: 22 maio 2020.

DI MARIO, S. et al. **What is the effectiveness of antenatal care?** (Supplement). Copenhagen: WHO Regional Office for Europe, 2005. Disponível em: https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0005/74660/E87997.pdf. Acesso em: 15 maio 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Rev. Panam. Salud Publica [online]**, Washington, DC, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n3/140-147/>. Acesso em: 02 out. 2020.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública [Online]**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v28n3/03.pdf>. Acesso em: 02 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.

DOWSWELL, T. et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 2015, n. 7, CD000934, Jul. 2015. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7061257/pdf/CD000934.pdf>. Acesso em: 12 maio 2020. Doi: 10.1002/14651858.CD000934.pub3.

ESTEVEZ-PEREIRA, A. P. et al. Caesarean delivery and postpartum maternal mortality: a population-based case control study in Brazil. **Plos One [online]**, v. 11, n. 4, e0153396, Apr. 2016. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4830588/pdf/pone.0153396.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0153396.

GRAHAM, W. et al. Diversity and divergence: the dynamic burden of poor maternal health. **Lancet [online]**, v. 388, n. 10056, p. 2164-2175, Oct. 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931533-1>. Acesso em: 12 set. 2020. Doi: 10.1016/S0140-6736(16)31533-1.

GRAY, J. A. M. **Evidence-based health care**: how to make health policy and management decisions. London: Churchill Livingstone, 1997.

GREUTER, M. J. E. et al. Quality of guidelines on the management of diabetes in pregnancy: a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 12, n. 58, 7f., Jun. 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2393/12/58>. Acesso em: 12 set. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-12-58.

HAGAN, T. L. Measurements in quantitative research: how to select and report on research instruments. **Oncol. Nurs. Forum [online]**, v. 41, n. 4, p. 431-433, jul. 2014. Disponível em: <https://onf.ons.org/file/15751/download>. Acesso em: 12 set. 2020. Doi: 10.1188/14.onf.431-433.

HANSON, L. et al. Critical appraisal of guidelines for antenatal care: components of care and priorities in prenatal education. **J. Midwifery Womens Health [online]**, v. 54, n. 6, p. 458-468, Nov.-Dec. 2009. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1016/j.jmwh.2009.08.002>. Acesso em: 12 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.08.002>.

HARAN, C. et al. Clinical guidelines for postpartum women and infants in primary care-a systematic review. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 14, n. 51, 9f., 2014. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3906750/pdf/1471-2393-14-51.pdf>. Acesso em: 12 jul. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-14-51.

HEWITT-TAYLOR, J. Clinical guidelines and care protocols. **Intensive Crit. Care Nurs. [online]**, v. 20, n. 1, p. 45-52, Feb. 2004. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0964339703000892>. Acesso em: 20 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.iccn.2003.08.002>.

HOFFMANN-EBER, W. et al. Guideline appraisal with AGREE II: Systematic review of the current evidence on how users handle the 2 overall assessments. **PLoS One [online]**, v. 12, n. 3, e0174831, 2017. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5373625/pdf/pone.0174831.pdf>. Acesso em: 20 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0174831.

INGERSOLL, G. L. Evidence-based nursing: what it is and what it isn't. **Nurs. Outlook [online]**, v. 48, n. 4, p. 151-152, Jul.-Aug. 2000. Disponível em: [https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554\(00\)76732-7/fulltext](https://www.nursingoutlook.org/article/S0029-6554(00)76732-7/fulltext). Acesso em: 08 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1067/mno.2000.107690>.

INGHAM-BROOMFIELD, R. B. A nurses' guide to quantitative research. **Aust. J. Adv. Nurs. [online]**. v. 32, n. 2, p. 32-38, 2015. Disponível em: <https://www.ajan.com.au/archive/Vol32/Issue2/4Broomfield.pdf>. Acesso em: 08 out. 2020.

INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA (IPEA). **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: 5º Relatório Nacional de Acompanhamento**. Brasília, DF: Ipea; MP, SPI, 2014. 208p. Disponível em: <https://www.br.undp.org/content/dam/brazil/docs/ODM/undp-br-5-RelatorioNacionalAcompanhamentoODM.pdf>. Acesso em: 19 out. 2020.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). **Essential Competencies for Midwifery Practice: 2018 Update [Internet]**. Vancouver, Canadá, 2019. Disponível em: https://www.internationalmidwives.org/assets/files/general-files/2019/02/icm-competencies_english_final_jan-2019-update_final-web_v1.0.pdf. Acesso em: 10 jun. 2020.

INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (ICM). Position Statement: Breastfeeding [Internet]. Haia, Holanda, 2017. Disponível em: <https://www.internationalmidwives.org/assets/files/statement-files/2018/04/breastfeeding--v2017-eng-breastfeeding.pdf>. Acesso em: 12 set. 2020.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **Prenatal Nursing Care: International Classification for Nursing Practice (ICNP®): Catalogue**. Geneva: ICN, 2017. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP_Catalogue_Prenatal_Nursing_Care.pdf. Acesso em: 12 ago. 2020.

KENNEDY, H. P. et al. Asking different questions: a call to action for research to improve the quality of care for every woman, every child. **Birth [online]**, v. 45, n. 3, p. 222-231, Sep. 2018. Doi: 10.1111/birt.12361.

KHAN, G. S.; STEIN, A. T. Adaptação transcultural do instrumento Appraisal of Guidelines for Research & Evaluation II (AGREE II) para avaliação de diretrizes clínicas. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 5, p. 1111-1114, maio 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30n5/0102-311X-csp-30-5-1111.pdf>. Acesso em: 12 ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00174912>.

KOBLINSKY, M. et al. Quality maternity care for every woman, everywhere: a call to action. **Lancet [online]**, v. 388, n. 10057, p. 2307-2320, Nov. 2016. Disponível em: <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2816%2931333-2>. Acesso em set. 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)31333-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)31333-2).

KOSTER, W. et al. Barriers to uptake of antenatal maternal screening tests in Senegal. **SSM – Popul. Health [online]**, v. 2, p. 784-792, Dec. 2016. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/.../S2352827316301070>. Acesso em: 15 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2016.10.003>.

LEE, S. J.; THOMAS, J. Antenatal breast examination for promoting breastfeeding. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 2008, n. 3, CD006064, 2008. Disponível em: https://www.cochrane.org/CD006064/PREG_breast-examination-during-pregnancy-for-promoting-breastfeeding. Acesso em: 12 set. 2020.

MATTHYS, J. et al. Differences among international pharyngitis guidelines: not just academic. *Ann Fam Med*, n. 5, p. 436-443, 2007. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17893386/>. Acesso em out. 2020.

MBUAGBAW, L. et al. Health system and community level interventions for improving antenatal care coverage and health outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, n. 12, p. 1-157, Dec. 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676908/>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: 10.1002/14651858.CD010994.pub2.

MCLACHLAN, H. L. et al. Effects of continuity of care by a primary midwife (caseload midwifery) on caesarean section rates in women of low obstetric risk: the COSMOS randomised controlled trial. **BJOG [online]**, v. 119, n. 12, p. 1483-1492, 2012. Doi: 10.1111/j.1471-0528.2012.03446.x.

MCRAE, D. N. et al. Reduced prevalence of small-for-gestational-age and preterm birth for women of low socioeconomic position: a population-based cohort study comparing antenatal midwifery and physician models of care. **BMJ Open [online]**, v. 8, n. 10, e022220, 2018. Disponível em: <https://bmjopen.bmj.com/content/bmjopen/8/10/e022220.full.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: 10.1136/bmjopen-2018-022220.

MELO, E. C.; OLIVEIRA, R. R.; MATHIAS, T. A. F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 540-549, 2015. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/pt_0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf. Acesso em: 5 out. 2020.

MOHER, D. et al. Preferred reporting items for systematic review and meta-analysis protocols (PRISMA-P) 2015 statement. **Syst. Rev. [online]**, v. 4, n. 1, 1, 9f., Jan. 2015. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4320440/pdf/13643_2014_Article_319.pdf. Acesso em: 10 nov. 2019. Doi: 10.1186/2046-4053-4-1.

MOORE, M. L. et al. A randomized trial of nurse intervention to reduce preterm and low birth weight births. **Obstet. Gynecol. [online]**, v. 91, n. 5 Pt 1, p. 656-661, May 1998. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S002978449800012X>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0029-7844\(98\)00012-X](https://doi.org/10.1016/S0029-7844(98)00012-X).

MORAIS, M. et al. How often are late preterm births the result of non-evidence based practices: analysis from a retrospective cohort study at two tertiary referral centres in a nationalised healthcare system. **BJOG**, v. 120, n. 12, p.1508-1514, Nov. 2013.

Disponível em: <https://obgyn.onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/1471-0528.12401>. Acesso em: 04 out. 2020. Doi: 10.1111/1471-0528.12401.

NARCHI, N. Z. Exercise of essential competencies for midwifery care by nurses in São Paulo, Brazil. **Midwifery [online]**, v. 27, n. 1, p. 23-29, Feb. 2011. Disponível em: [http:// https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446](http://https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19892446). Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.midw.2009.04.007>.

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE).

Antenatal care routine care for the healthy pregnant woman: NICE Clinical Guidelines, n. 62. London: RCOG Press, Mar. 2008. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK51886/pdf/Bookshelf_NBK51886.pdf. Acesso em: 25 maio 2020.

NUNES, J. T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Cad. Saúde Colet. [online]**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v24n2/1414-462X-cadsc-24-2-252.pdf>. Acesso em: 23 out. 2020. Doi: 10.1590/1414-462X201600020171.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS NO BRASIL (ONU BR). **Transformando nosso mundo:** a agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:

<https://www.undp.org/content/dam/brazil/docs/agenda2030/undp-br-Agenda2030-completo-pt-br-2016.pdf>. Acesso em: 09 maio 2020.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD - PARAGUAY (OPAS). **Atención prenatal en atención primaria de la salud:** Protocolo 1 [Internet]. Asunción, Paraguai: Ministerio de Salud Pública y Bienestar Social, 2011. Disponível em: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31251/Guia1_Atencion_Prenatal.pdf?sequence=1&isAllowed=y. Acesso em: 20 maio 2020.

OSUNGBADE, K. O.; OLADUNJOYE, A. O. Preventive treatments of iron deficiency anaemia in pregnancy: a review of their effectiveness and implications for health system strengthening. **J. Pregnancy [online]**, v. 2012, Id. 454601, 7f., 2012.

Disponível em: <https://www.hindawi.com/journals/jp/2012/454601/>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1155/2012/454601>.

PEÑA-ROSAS, J. P. et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 22, n. 7, CD004736, Jul. 2015.

Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004736.pub5/full>.

Acesso em: 10 set. 2020. Doi: 10.1002/14651858.CD004736.pub5.

PERINATAL SERVICES BC (PSBC). **Provincial Perinatal Guidelines**. Population and public health prenatal care pathway. Vancouver: PSBC, Mar. 2014. Disponível em: <http://www.perinataleservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/HealthPromotion/PrenatalCarePathway.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

PIRO, S. S.; AHMED, H. M. Impacts of antenatal nursing interventions on mothers' breastfeeding self-efficacy: an experimental study. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 20, n. 1, Id. 19, 12f., Jan. 2020. Disponível em:

https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6945460/pdf/12884_2019_Article_2701.pdf. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1186/s12884-019-2701-0>.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Essentials of nursing research: methods, appraisal, and utilization**. 8. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer/Lippincott Williams and Wilkins, 2013.

POLUS, S. et al. Appraisal of WHO Guidelines in Maternal Health Using the AGREE II Assessment Tool. **PLoS One [online]**, v. 7, n. 8, e38891, Aug. 2012. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3418264/pdf/pone.0038891.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020. Doi: 10.1371/journal.pone.0038891.

RANGEL, R. C. T. et al. Tecnologias de cuidado para prevenção e controle da hemorragia no terceiro estágio do parto: revisão sistemática. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 27, e3165, 18f., 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v27/0104-1169-rlae-27-e3165.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2761.3165>.

RENFREW, M. J. et al. Midwifery and quality care: findings from a new evidence-informed framework for maternal and newborn care. **Lancet [online]**, v. 384, n. 9948, p. 1129 - 1145, Sep. 2014. Disponível em: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(14\)60789-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(14)60789-3/fulltext). Acesso em: 10 abr. 2020. Doi: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)60789-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)60789-3).

RENFREW, M. J. et al. Sustaining quality midwifery care in a pandemic and beyond. **Midwifery [online]**, v. 88, Id. 102759, 8f., Sep. 2020. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7247475/>. Acesso em: 10 jul. 2020. Doi: 10.1016/j.midw.2020.102759.

RODRIGUES, E. M.; NASCIMENTO, R. G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP [online]**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047, out. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n5/v45n5a02.pdf>.

Acesso em: 25 ago. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000500002>.

RONSONI, R. M. et al. Avaliação de oito Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) do Ministério da Saúde por meio do instrumento AGREE II: um estudo piloto. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1157-1162, jun. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v31n6/0102-311X-csp-31-6-1157.pdf>. Acesso em: 10 fev. 2020.

RYCROFT-MALONE, J. et al. Ingredients for change: revisiting a conceptual framework. **Qual. Saf. Health Care [online]**, v. 11, n. 2, p. 174-180, Jun. 2002. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1743587/pdf/v011p00174.pdf>. Acesso em: 12 out. 2020. Doi: 10.1136/qhc.11.2.174.

SACKETT, D. L. et al. Evidence based medicine: What it is and what it isn't?. **BMJ [online]**, v. 312, Id. 7023, p. 71-72, Jan. 1996. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2349778/pdf/bmj00524-0009.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: 10.1136/bmj.312.7023.71.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, n. 8, CD004667, Aug. 2013. Doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub3.

SANDALL, J. et al. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, n. 4, CD004667, Apr. 2016. Doi: 2016. Doi: 10.1002/14651858.CD004667.pub5.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 508-511, maio/jun. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/v15n3a23.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2020.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm. [online]**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, jun. 2009. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/reben/v62n3/09.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2020. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672009000300009>.

SILVA, J. M. et al. Academic detailing and adherence to guidelines for Group B streptococci prenatal screening: a randomized controlled trial. **BMC Pregnancy Childbirth [online]**, v. 13, n. 68, 5f., Mar. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3610286/pdf/1471-2393-13-68.pdf>. Acesso em: 08 jun. 2020. Doi: 10.1186/1471-2393-13-68.

SIMMONS, D. et al. Gestational diabetes mellitus: NICE for the U.S.? A comparison of the American Diabetes Association and the American College of Obstetricians and Gynecologists guidelines with the U.K. National Institute for Health and Clinical

Excellence guidelines. **Diabetes Care [online]**, v. 33, n. 1, p. 34-37, Jan. 2010.

Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2797981/pdf/zdc34.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: 10.2337/dc09-1376.

SMOKE, J.; GRACE, M. C. Effectiveness of prenatal care and education for pregnant adolescents: nurse-midwifery intervention and team approach. **J. Nurse Midwifery [online]**, v. 33, n. 4, p. 178-184, Jul./Aug. 1988. Disponível em:

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0091218288901899>. Acesso em: 10 maio 2019. Doi: [https://doi.org/10.1016/0091-2182\(88\)90189-9](https://doi.org/10.1016/0091-2182(88)90189-9).

STEMLER, S. E. A comparison of consensus, consistency, and measurement approaches to estimating interrater reliability. **PARE [online]**, v. 9, n. 4, 11f., 2004.

Disponível em:

<https://scholarworks.umass.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1137&context=pare>. Acesso em: 12 jun. 2020. Doi: <https://doi.org/10.7275/96jp-xz07>.

STEVENS, K. R. An introduction to evidence-based practice. **Newborn Infant. Nurs. Rev. [online]**, v. 1, n. 1, p. 6-10, Mar. 2001. Disponível em:

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1527336901700499?via%3Dihub>. Acesso em: 10 nov. 2019. Doi: <https://doi.org/10.1053/nbin.2001.23413>.

TILL, S. R.; EVERETTS, D.; HAAS, D. M. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database Syst. Rev. [online]**, v. 12, CD009916, Dec. 2015. Disponível em:

<https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009916.pub2/full>. Acesso em: 10 maio 2020. Doi: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009916.pub2>.

TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 3, e00195815, 11f., 2017. Disponível em:

<https://www.scielo.br/pdf/csp/v33n3/1678-4464-csp-33-03-e00195815.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>.

TURNBULL, D. et al. Randomised, controlled trial of efficacy of midwife-managed care. **Lancet [online]**, v. 348, n. 9022, p. 213-218, Jul. 1996. Disponível em:

[https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(95\)11207-3/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(95)11207-3/fulltext). Acesso em: 10 maio 2019. Doi: 10.1016/s0140-6736(95)11207-3.

VECCHIO, A. L. et al. Evaluation of the quality of guidelines for acute gastroenteritis in children with the AGREE instrument. **J. Pediatr. Gastroenterol. Nutr. [online]**, v. 52, n. 2, p. 183-189, Feb. 2011. Disponível em:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3713480/pdf/nihms405725.pdf>. Acesso em: 10 set. 2020. Doi: 10.1097/MPG.0b013e3181e233ac.

VERANI, J. R. et al. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease Revised Guidelines from CDC, 2010. **MMWR Recomm. Rep. [online]**, v. 59, RR-10, p. 1-36, Nov. 2010. Disponível em:

<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5910a1.htm>. Acesso em: 12 out. 2020.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública [online]**, Rio de Janeiro, v. 30, Supl. 1, p. S85-S100, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf>. Acesso em: 25 ago. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

VITURI, D. W.; ÉVORA, Y. D. M. Fidedignidade de indicadores de qualidade do cuidado de enfermagem: testando a concordância e confiabilidade interavaliadores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]**, v. 22, n. 2, p. 234-240, mar./abr. 2014. Disponível em: https://www.scielo.br/pdf/rlae/v22n2/pt_0104-1169-rlae-22-02-00234.pdf. Acesso em: 04 out. 2020. Doi: 10.1590/0104-1169.3262.2407

VOGEL, J. P. et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. **Reprod. Health [online]**, v. 10, n. 19, 7f., Apr. 2013. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3637102/pdf/1742-4755-10-19.pdf>. Acesso em: 04 out. 2020.

WARLAND, J.; GLOVER, P. Fetal movements: what are we telling women?. **Women Birth [online]**, v. 30, n. 1, p. 23-28, Feb. 2017. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1871519216300518?via%3Dihub>. Acesso em: 10 out. 2020. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.wombi.2016.06.001>.

WEISBAND, Y. L. et al. Progression of care among women who use a midwife for prenatal care: who remains in midwife care?. **Birth [online]**, v. 45, n. 1, p. 28-36. Mar. 2018. Doi: 10.1111/birt.12308.

WILLS, G.; FORSTER, D. Nausea and vomiting in pregnancy: what advice do midwives give?. **Midwifery**, v. 24, n. 4, p. 390-398, Dec. 2008. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613807000757>. Acesso em: 12 out. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO**. Geneva: WHO, 2004. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42955/1/9241591692.pdf>. Acesso em: 08 maio 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience [Internet]**. Geneva: WHO, 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/9789241549912-eng.pdf;jsessionid=00E5F97E1FB30356ACAA6A58E6C392A2?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2020.

ZOLOTOR, A. J.; CARLOUGH, M. C. Update on Prenatal Care. **Am. Fam. Physician [online]**, v. 89, n. 3, p. 199-208, Feb. 2014. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2014/0201/afp20140201p199.pdf>. Acesso em: 10 out. 2020.

Bibliografia Consultada:

BRITISH COLUMBIA PERINATAL HEALTH PROGRAM (BCPHP). **Obstetric Guideline 19: Maternity Care Pathway**. Vancouver: BCPHP, 2010. Disponível em: <http://www.perinatalservicesbc.ca/Documents/Guidelines-Standards/Maternal/MaternityCarePathway.pdf>. Acesso em: 10 maio 2020.

INDIA. Ministry of Health and Family Welfare. Maternal Health Division. **Guidelines for antenatal care and skilled attendance at birth**. New Delhi: Government of India, Apr. 2010. Disponível em: https://nhm.gov.in/images/pdf/programmes/maternal-health/guidelines/sba_guidelines_for_skilled_attendance_at_birth. Acesso em: 10 maio 2020.

KIRKHAM, C.; HARRIS, S.; GRZYBOWSKI, S. Evidence-based prenatal care: part I. General prenatal care and counseling issues. **Am. Fam. Physician. [online]**, v. 71, n. 7, p. 1307-1316, Apr. 2005. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2005/0401/p1307.pdf>. Acesso em: 15 maio 2020.

MINAKAMI, H. et al. Guidelines for obstetrical practice in Japan: Japan Society of Obstetrics and Gynecology (JSOG) and Japan Association of Obstetricians and Gynecologists (JAOG) 2011 edition. **J. Obstet. Gynaecol. Res. [online]**, v. 37, n. 9, p. 1174-1197, Sep. 2011. Disponível em: https://eprints.lib.hokudai.ac.jp/dspace/bitstream/2115/49927/1/JOGR37-9_1174-1197.pdf. Acesso em: 5 out. 2020. Doi: 10.1111/j.1447-0756.2011.01653.x.

POLISH SOCIETY OF GYNECOLOGISTS AND OBSTETRICIANS [POLSKIE TOWARZYSTWO GINEKOLOGICZNE - PTGiP]. Association regarding antenatal care in normal pregnancy: Recommendations of Polish Gynaecological [Internet]. Varsóvia, 2005 2014-2019©. Disponível em: <http://www.ptgin.pl/index.php/lekarze/rekomendacje2/rekomendacje>. Acesso em: 10 maio 2020.

THE HONG KONG COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS (HKCOG). A Foundation College of Hong Kong Academy of Medicine. **Guidelines on Antenatal Care**: n. 12, Part. II. Hong Kong: HKCOG, Set. 2008. Disponível em: http://www.hkco.org.hk/hkco/Download/Guidelines_on_Antenatal_Care_%28Part_I%29_2008.pdf. Acesso em: 10 maio 2020.

THE PARTNERSHIP FOR MATERNAL, NEWBORN & CHILD HEALTH (PMNCH). **A Global Review of the Key Interventions Related to Reproductive, Maternal, Newborn and Child Health (RMNCH)**. Essential interventions, commodities and guidelines for reproductive, maternal, newborn and child health. Geneva: PMNCH, 2011. Disponível em:
https://www.who.int/pmnch/topics/part_publications/essential_interventions_18_01_2012.pdf?ua=1. Acesso em: 10 maio 2020.

UNITED STATES OF AMERICA (USA). Department of Veteran Affairs. Department of Defense. **VA/DoD Clinical practice guideline for the management of pregnancy [Internet]**. Version 3.0. Washington, DC: VA/DoD, 2018. Disponível em:
<https://www.healthquality.va.gov/guidelines/WH/up/VADoDPregnancyCPG4102018>. Acesso em: 10 maio 2020.

WILLACY, H. Antenatal Care [Internet]. Patiente.Info. Londres, UK, 2012. Disponível em: <http://www.patient.co.uk/doctor/antenatal-care>. Acesso em: 10 maio 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Pregnancy, childbirth, postpartum and newborn care: a guide for essential practice**. 3. ed. Geneva: WHO, 2015. Disponível em:
<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/249580/9789241549356-eng.pdf?sequence=1>. Acesso em: 10 maio 2020.

ANEXOS

ANEXO A - INSTRUMENTO AGREE II

III. INSTRUMENTO AGREE II

DOMÍNIO 1. ESCOPO E FINALIDADE

1. O(s) objetivo(s) global(is) da diretriz encontra(m)-se especificamente descrito(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

2. A(s) questão(ões) de saúde coberta(s) pela diretriz encontra(m)-se especificamente descrita(s).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

3. A população (pacientes, público, etc.) a quem a diretriz se destina encontra-se especificamente descrita.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 2. ENVOLVIMENTO DAS PARTES

4. A equipe de desenvolvimento da diretriz inclui indivíduos de todos os grupos profissionais relevantes.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

5. Procurou-se conhecer as opiniões e preferências da população-alvo (pacientes, público, etc.).

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

6. Os usuários-alvo da diretriz estão claramente definidos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO

7. Foram utilizados métodos sistemáticos para a busca de evidências.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

8. Os critérios de seleção de evidências estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

9. Os pontos fortes e limitações do corpo de evidências estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

10. Os métodos utilizados para a formulação das recomendações estão claramente descritos.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 3. RIGOR DO DESENVOLVIMENTO (continuação)

11. Os benefícios, efeitos colaterais e riscos à saúde foram considerados na formulação das recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

12. Existe uma ligação explícita entre as recomendações e a respectiva evidência de suporte.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

13. A diretriz foi revisada externamente por experts antes da sua publicação.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

14. O procedimento para atualização da diretriz está disponível.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 4. CLAREZA DA APRESENTAÇÃO

15. As recomendações são específicas e sem ambigüidade.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

16. As diferentes opções de abordagem da condição ou problema de saúde estão claramente apresentadas.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

17. As recomendações-chave são facilmente identificadas.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

DOMÍNIO 5. APLICABILIDADE

18. A diretriz descreve os fatores facilitadores e as barreiras à sua aplicação.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

19. A diretriz traz aconselhamento e/ou ferramentas sobre como as recomendações podem ser postas em prática.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

20. Foram consideradas as potenciais implicações quanto aos recursos decorrentes da aplicação das recomendações.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

21. A diretriz apresenta critérios para o seu monitoramento e/ou auditoria.

1 Discordo totalmente	2	3	4	5	6	7 Concordo totalmente
--------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------

Comentários

DOMÍNIO 6. INDEPENDÊNCIA EDITORIAL

22. O parecer do órgão financiador não exerceu influência sobre o conteúdo da diretriz.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

23. Foram registrados e abordados os conflitos de interesse dos membros da equipe que desenvolveram a diretriz.

1	2	3	4	5	6	7
Discordo totalmente						Concordo totalmente

Comentários

AVALIAÇÃO DA DIRETRIZ

Para cada pergunta, por favor, escolha a resposta que melhor caracteriza a avaliação da diretriz

1. Classifique a qualidade global da presente diretriz.

1 Qualidade mais baixa possível	2	3	4	5	6	7 Qualidade mais alta possível
---------------------------------------	---	---	---	---	---	--------------------------------------

2. Eu recomendo o uso desta diretriz

- Sim
- Sim, com modificações
- Não

Anotações

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDE: PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Área Temática: Área 4. Equipamentos, insumos e dispositivos para saúde novos, ou não registrados no país.

Versão: 1

CAAE: 03586312.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 120.343

Data da Relatoria: 08/10/2012

Apresentação do Projeto:

Abrange a exploração sobre a disponibilidade dos recursos para assistência materna neonatal sob a lógica de rede. A exploração bibliográfica sobre as evidências clínicas epidemiológicas e de disponibilidade tecnológica. Esta será seguida de estudo de caso controle para a predição do Risco de Morte Materno neonatal em Santa Catarina para o período de primeiro de janeiro de 2006 e 31 de dezembro de 2010. PRODUÇÃO TECNOLÓGICA. SISTEMA DE ALERTA conforme classificação de risco materno e neonatal e medidas para evitabilidade do óbito, Modelagem do Banco de Dados e do Sistema de informação e monitoramento, Monitoramento do Nível do Risco, Causa mais prevalente, Classificação da evitabilidade, Medidas para evitabilidade na rede básica e na rede hospitalar. Impacto sobre o desfecho O desenvolvimento do sistema, em linhas gerais, observará a metodologia de desenvolvimento do ambiente computacional.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Desenvolver tecnologia de gestão em rede para prevenção da mortalidade materno-neonatal. **Objetivo Secundário:** ¿ Realizar o diagnóstico situacional do Estado de Santa Catarina para atendimento materno e neonatal; ¿ Identificar os componentes clínicos, epidemiológicos e de gestão dos serviços de saúde desencadeadores do risco de insucesso da assistência materno neonatal; ¿ Produzir fatores de correção da informação e alertas eletrônicos para prevenção da mortalidade materno-neonatal ¿ Capacitar lideranças para a inovação, aplicação prática da tecnologia produzida.

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade **CEP:** 88.040-900

UF: SC **Município:** FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9208 **Fax:** (48)3721-9696

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa não traz riscos aos sujeitos, uma vez que lida com dados de pessoas já falecidas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Sem considerações adicionais.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto vem assinada pela pesquisadora responsável e pela coordenadora do programa de pós-graduação em enfermagem. Foi solicitada a dispensa de TCLE devido à pesquisa ser realizada em banco de dados secundários de acesso público (SIM/SINASC/DATASUS), com consulta de informações sobre mortalidade materna e neonatal.

Recomendações:

Sem recomendações adicionais.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Sim

Considerações Finais a critério do CEP:

O presente projeto, seguiu nesta data para análise da CONEP e só tem o seu início autorizado após a aprovação pela mesma.

FLORIANOPOLIS, 11 de Outubro de 2012

Assinador por:

Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANOPOLIS

Telefone: (48)3721-9208

Fax: (48)3721-9898

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

**COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA****PARECER CONSUBSTANCIADO DA CONEP****DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: GESTÃO EM REDE: PREVENÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA E NEONATAL

Pesquisador: MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Área Temática: Área 4. Equipamentos, insumos e dispositivos para saúde novos, ou não registrados no país.

Versão: 2

CAAE: 03586312.0.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 169.110

Data da Relatoria: 10/12/2012

Apresentação do Projeto:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Objetivo da Pesquisa:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Conteúdo não analisado pela CONEP.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Não se aplica.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Não se aplica.

Recomendações:

Não se aplica.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não se aplica.

Situação do Parecer:

Devolvido

Considerações Finais a critério da CONEP:

Após análise da documentação encaminhada, a CONEP esclarece que essa pesquisa não se

Endereço: SEPN 510 NORTE, BLOCO A 1º SUBSOLO, Edifício Ex-INAN - Unidade II - Ministério da Saúde

Bairro: Asa Norte

CEP: 70.750-521

UF: DF

Município: BRASÍLIA

Telefone: (61)3315-5878

E-mail: conep@saude.gov.br

COMISSÃO NACIONAL DE
ÉTICA EM PESQUISA



enquadra em nenhuma Área Temática Especial do Grupo I.

Nesse caso, a aprovação ética é delegada ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição, devendo ser seguido o procedimento para projetos que não são do Grupo I, conforme o fluxograma disponível no site: <http://conselho.saude.gov.br> e no Manual Operacional para CEP.

Diante do exposto, esta comissão delibera por devolver o protocolo em questão.

BRASILIA, 11 de Dezembro de 2012

Assinador por:
Aníbal Gil Lopes
(Coordenador)