



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE-UFCG
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES-CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA-UACV
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

IARA FERREIRA DA SILVA

**COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FINALIDADE, FLUXO E
RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS**

CAJAZEIRAS-PB

2011

IARA FERREIRA DA SILVA

**COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FINALIDADE, FLUXO E
RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof. Ms. Milena Silva Costa .

CAJAZEIRAS-PB

2011

**COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FINALIDADE, FLUXO E
RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS**



S586c Silva, Iara Ferreira da.
Compreensão de gestantes sobre finalidade, fluxo e resolubilidade dos exames pré-natais / Iara Ferreira da Silva. - Cajazeiras, 2011.
66f. : il.

Não disponível em CD.
Monografia(Bacharelado em Enfermagem)-Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, 2011.
Contem Bibliografia, Apêndices e Anexos.

1. Pré - Natal. 2. Gravidez. I. Costa, Milene Silva. II. Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de Formação de Professores. IV. Título

CDU 618.2-082

IARA FERREIRA DA SILVA

**COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FINALIDADE, FLUXO E
RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Coordenação do Curso de Graduação em Enfermagem da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida, da Universidade Federal de Campina Grande como requisito parcial à obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em ___/___/___

BANCA EXAMINADORA

**Prof.^a Ms. Milena Silva Costa
(Orientadora- UACV/UFCG)**

**Prof.^o Ms. Maria Rosilene Cândido Moreira
(Membro Efetivo- UACV/UFCG)**

**Prof.^o Ms. Álissan Karine Lima Martins
(Membro Efetivo- UACV/UFCG)**

**CAJAZEIRAS-PB
2011**

Aos meus queridos pais, Antônio e Ivanilda Ferreira, que iluminam minha vida, são a razão maior de minha existência e por me amarem incondicionalmente.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida.

À minha amada mãe, pela dedicação, confiança e amor constantes, pela força nas orações, por estar sempre comigo. Essa conquista é nossa, pois sei a satisfação que tens com o meu sucesso. Eu não seria nada sem você que ilumina o meu viver. Amo incondicionalmente e sempre.

Ao meu amado pai, pela confiança e orgulho demonstrados. É o responsável por tudo que sou e o maior contribuidor de tudo que conquistei até hoje. Amo-te!

Ao meu querido namorado, irmão, amigo Geraldo Neto, pela compreensão, paciência, companhia, estímulo, confiança no meu sucesso, e, principalmente, carinho e amor demonstrados a todo instante. Por simplesmente existir na minha vida, o meu presente de Deus. Amo-te!

À minha querida orientadora, Milena Silva Costa, pela confiança e dedicação, pela eterna paciência em acompanhar todas as etapas deste trabalho, por iluminar minha mente. Sou muito grata pelos seus ensinamentos e disponibilidade. Você tem a minha eterna gratidão e admiração.

Aos demais professores da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida da UFCG por contribuírem na minha formação acadêmica.

À banca examinadora pela disponibilidade.

A todos os amigos conquistados na faculdade e na cidade de Cajazeiras – PB, a qual aprendi amar, em especial Tainá Medeiros pela companhia e cumplicidade constantes.

“Tudo é do pai, toda honra e toda glória, é dele a vitória alcançada em minha vida...” (Padre Fábio de Melo)

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

DMG - Diabetes *mellitus* gestacional

ESF - Estratégia Saúde da Família

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

OMS - Organização Mundial de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN - Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNAISM - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

SISPRENATAL - Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFCG – Universidade Federal de Campina Grande

VDRL - Venereal Disease Research Laboratory

RESUMO

SILVA, Iara Ferreira da. **Compreensão de gestantes sobre finalidade, fluxo e resolubilidade dos exames pré-natais.** Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2011. 66f.

A gestação é caracterizada como um fenômeno fisiológico e é acompanhada mediante consulta de pré-natal. Nestas são realizados cuidados para a promoção da saúde da díade mãe-filho o que inclui os exames de rotina. O objetivo deste trabalho foi investigar o conhecimento das gestantes sobre os exames de rotina do pré-natal, finalidade, fluxo e resolubilidade, através de um estudo exploratório e descritivo com abordagem qualitativa, contemplando 11 gestantes que realizam pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde do município de Cajazeiras-PB. A obtenção das informações foi realizada por meio de entrevista semi-estruturada no período de Outubro de 2011. Os dados foram categorizados seguindo a técnica de análise de conteúdo e analisados conforme literatura pertinente à temática. O estudo seguiu a Resolução 196/96, que envolve pesquisas com seres humanos. As respostas apresentaram que as depoentes tinham conhecimento sobre a descrição dos exames, porém, com lacunas sobre a finalidade dos mesmos. Quanto às fontes informativas identificou-se que as gestantes limitavam-se aos profissionais de saúde. Encontrou-se que os exames estavam sendo ofertados conforme preconização do Ministério da Saúde; e o fluxo iniciava-se na primeira consulta de pré-natal, seguia com a marcação e entrega da requisição para as gestantes comparecerem ao laboratório, posteriormente à realização as gestantes apresentavam os resultados na consulta subsequente. No entanto, algumas mulheres queixavam-se da demora desse fluxo. Quanto à resolubilidade dos exames identificou-se que foram importantes para constatar e prevenir intercorrências durante o ciclo gestacional, o que reforça a relevância que os mesmos têm durante o acompanhamento do pré-natal. Com esses resultados, considera-se que a assistência de pré-natal quanto aos exames de rotina estão acontecendo de forma satisfatória, apesar de existirem algumas limitações passíveis de ajustes. Portanto, sugere-se que com esses resultados, a equipe busque elaborar e implementar estratégias que possam minimizar as problemáticas existentes e aperfeiçoar as ações que realizam na Unidade Básica de Saúde no que se concerne ao exames de rotina do pré-natal.

Palavras-chave: Gravidez. Pré-natal. Cuidado.

ABSTRACT

SILVA, Iara Ferreira da. **Comprehension of pregnant women about purposes, flow and resolution of prenatal exams.** Completion of Course Work of Graduation in Nursing. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras – PB, 2011. 66f.

Pregnancy is characterized as a physiological phenomenon and is monitored by a prenatal consultation. On these ones are performed caring for health promotion of mother-child, which includes routine exams. The objective of this study was to investigate the knowledge of pregnant women about routine exams of prenatal, purposes, flow, and resoluteness, through an exploratory and descriptive study with qualitative approach, contemplating 11 pregnant women who perform prenatal in a Basic Health Unit in the city of Cajazeiras – PB. The acquisition of information was done through a semi-structured interview during the period of October 2011. Data was classified following the technique of content analysis and analyzed according to the literature relevant to the thematic. The study followed the Resolution 196/96, which involves research with human subjects. The answers presented that the interviewees had knowledge about the description of the exams, however, with gaps on the purpose of these. Regarding the information sources it was identified that the pregnant women limited themselves to health professionals. It was found that the tests were being offered in accordance to preconization of the Ministry of Health; and the flow was initiated on the first prenatal consultation, followed with the marking of the delivery and request for the pregnant women to attend at the laboratory, posteriorly to the realization the pregnant women presented results in the subsequent visit. However, some women complained about the delay of this flow. As for the resolubility of the tests it was identified that they were important for observing and preventing of interurrences during the gestational cycle, which reinforces the relevance that they have during the monitoring of prenatal. With these results it is considered that the prenatal assistance regarding the routine exams are going on satisfactorily, although there are some limitations subject to adjustments. Therefore, it is suggested that with these results, the team seeks to elaborate and implement strategies that might minimize the existing problematic and improve the actions they perform in the Basic Health Unit concerning the routine examinations of prenatal.

Keywords: Pregnancy. Prenatal. Care.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1: Perfil Sociodemográfico das Gestantes	30
QUADRO 2: Perfil Obstétrico das Gestantes	32

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 CONCEITUANDO GESTAÇÃO	15
2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MATERNA NO BRASIL	16
2.3 ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA	18
2.4 EXAMES DE ROTINA DO PRÉ-NATAL OFERTADOS PELO SUS	19
2.4.1 Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito (Hb/Ht)	19
2.4.2 - Grupo Sangüíneo e Fator Rh	19
2.4.3 Sorologia para Sífilis (VDRL)	20
2.4.4 Glicemia em Jejum	21
2.4.5 Exame sumário de urina (Tipo I)	22
2.4.6 Sorologia anti-HIV	23
2.4.7 Sorologia para Hepatite B (HBsAg)	24
2.4.8 Sorologia para Toxoplasmose	24
2.5 FLUXO PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE ROTINA DO PRÉ-NATAL NO SUS	25
3 PERCURSO METODOLÓGICO	27
3.1 TIPO DE PESQUISA	27
3.2 LOCAL DA PESQUISA	27
3.3 SUJEITOS DO ESTUDO	28
3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS	28
3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS	29
3.7 ASPECTOS ÉTICOS	29
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	30
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES	30
4.2 A COMPREENSÃO DA DINÂMICA DOS EXAMES DE ROTINA PRÉ-NATAIS ..	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	44
REFERÊNCIAS	46
APÊNDICES	49
APÊNDICE A: ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA	50
ANEXOS	53
ANEXO A: DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA	54
ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	56
ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE	58
ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	61
ANEXO E: DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE	63
ANEXO F: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA	65

1 INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada como um fenômeno fisiológico que proporciona mudanças no contexto de vida da mulher e de sua família. Para o seguimento de um ciclo gravídico sem intercorrências, é necessário que os cuidados sejam efetivados de forma singular mediante assistência pré-natal.

O pré-natal tem como objetivo acolher e acompanhar a mulher durante toda fase gravídico-puerperal. É realizado por uma equipe multiprofissional que direciona suas competências e habilidades para promoção da saúde da gestante e da criança de forma integral e resolutiva (LANDERDAHL *et al*, 2007).

Um pré-natal com qualidade resulta de ações que integram todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde do binômio mãe e filho, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco.

Para alcançar a resolubilidade, é imperioso que essa assistência seja organizada nos serviços de saúde para suprir as necessidades da gestante, através de consultas, exames laboratoriais, grupos educativos, conhecimentos técnicos-científicos e outros recursos disponíveis, garantindo assim, a continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação da saúde materna (BRASIL, 2006).

A Atenção Básica é a porta de entrada da gestante na Rede do Sistema Único de Saúde (SUS), mediante as consultas de pré-natal realizadas pelas equipes da Estratégia Saúde da Família. Segundo Starfield (2002) este é o espaço para 80% de resolubilidade das ações de saúde da população, dentre elas, as gestantes.

A Estratégia Saúde da Família (ESF) é um dos lócus em que se aplicam os objetivos do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que traz como prerrogativa a humanização no acompanhamento da mulher grávida. Essa Política tem como objetivo ampliar o acesso ao pré-natal, reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (BRASIL, 2000a).

A Política apresenta também critérios relacionados à realização de um número mínimo de procedimentos avaliados como fundamentais e que possam ser postos em prática na maioria dos municípios brasileiros, além da captação precoce da gestante (BRASIL, 2000a).

Dentre esses procedimentos, o Ministério da Saúde recomenda que a gestante inicie o pré-natal até 120 dias da data da última menstruação; seja assegurada quanto ao mínimo de

seis consultas que devem constar de anamnese e exame clínico-obstétrico; avaliação de risco; orientações específicas; exames de rotina no primeiro e terceiro trimestre; atividades educativas; imunização; avaliação do estado nutricional; prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; tratamento das intercorrências; acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; consulta puerperal, dentre outras condutas (BRASIL, 2006).

Na consulta de pré-natal, o enfermeiro e/ou médico da ESF, solicita os exames laboratoriais que são considerados como essenciais para a identificação precoce de alterações bioquímicas e fisiológicas que permitem, com os resultados, uma assistência direcionada para a prevenção e tratamento de alterações que possam comprometer o curso gestacional.

O Ministério da Saúde recomenda os seguintes exames: dosagem de hematócrito e hemoglobina, tipagem fator Rh, glicemia em jejum, urina tipo I, sorologia para sífilis (VDRL), testagem anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose (IgM). Outros exames podem ser acrescidos a essa rotina mínima como o protoparasitológico, colpocitologia oncótica, bacterioscopia da secreção vaginal, sorologia para rubéola, ultrasonografia obstétrica (BRASIL, 2006).

Esses exames devem ser explicados às gestantes quanto ao significado, processo de realização e resultados para que a mesma possa participar dessa etapa do pré-natal com autonomia e co-responsabilidade.

A grande dissonância é que as gestantes não são orientadas por alguns profissionais e deixam de realizar os exames por desconhecerem a importância dos mesmos para o ciclo gravídico. Quando os realizam, apresentam também dúvidas, que muitas vezes, não são questionadas nas consultas e como consequência, podem interferir na intervenção e resolubilidade.

Nesse contexto, alguns questionamentos surgiram para subsidiar o objeto de estudo: o que as gestantes sabem sobre os exames de rotina realizados no ciclo gestacional? Qual o trajeto que elas percorrem para realizar tais exames? O objetivo dos exames está sendo alcançado?

Com essas respostas, pretende-se reafirmar que a atenção pré-natal deve ir além de procedimentos técnicos e ser uma atividade humanizada. Essa humanização se refere ao comprometimento dos sujeitos quanto à adoção de valores entre paciente e profissional/serviço de saúde, de comprometimento e solidariedade dos vínculos estabelecidos, de direitos dos usuários e da participação coletiva no processo (BRASIL, 2006).

É de extrema importância que as gestantes tenham conhecimento acerca dos procedimentos para ela ofertados na atenção pré-natal, pois assim, torna-se mais efetiva a aceitação e colaboração das mesmas. É imprescindível a atuação das gestantes numa atenção pré-natal de qualidade.

O estudo se justifica a partir da necessidade de se investigar o conhecimento da gestante sobre os exames de rotina do pré-natal, a finalidade, o fluxo e a resolubilidade, visto que se pressupõe que as gestantes nem sempre são orientadas quanto ao significado e importância da realização dos exames de pré-natal. Fato este observado durante as vivências acadêmicas do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG, nos momentos da consulta de pré-natal realizadas nas UBS do Município de Cajazeiras – PB, em que as gestantes apresentavam dúvidas sobre os exames e rejeição de realizá-los por falta de conhecimentos. E também pela escassez de publicação de artigos científicos em bases eletrônicas sobre o objeto de estudo.

Nesse contexto, o objetivo geral desse estudo conforma-se em uma investigação quanto ao conhecimento da gestante sobre os exames de rotina do pré-natal, finalidade, fluxo e resolubilidade. E os objetivos específicos são: Caracterizar o perfil sociodemográfico e obstétrico das gestantes; identificar a percepção das gestantes sobre os exames de rotina realizados no ciclo gestacional; descrever a oferta e o fluxo dos exames de rotina realizados pelas gestantes e investigar a resolubilidade dos exames referentes ao pré-natal.

O trabalho encontra-se dividido em cinco capítulos, que inclui a introdução, o referencial teórico, a metodologia, a análise e a discussão dos resultados, composta pelo Perfil Sociodemográfico e Obstétrico das Gestantes; e a Compreensão da Dinâmica dos Exames de Rotina Pré-Natais, que abordou cinco categorias intituladas: Conhecimento sobre os Exames de Rotina do Pré-Natal, Fontes Informativas, Oferta dos Exames de Rotina, Fluxo dos exames de rotina do pré-natal, Resolubilidade dos exames do pré-natal.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 CONCEITUANDO GESTAÇÃO

O período que compreende o início da fecundação e que se limita ao momento do término do parto é denominado de gestação. Esse período é determinado por uma série de transformações físicas e psíquicas no organismo feminino, o que torna imprescindível uma atenção humanizada e holística à saúde da mulher.

De acordo com Piccinini *et al.* (2008), na gravidez ocorrem mudanças biológicas, somáticas, psicológicas e sociais que influenciam a dinâmica psíquica individual e as demais relações sociais da gestante. Com relação às modificações biológicas, elas ocorrem em todos os sistemas corporais, de modo que, representam adaptações anatômicas e bioquímicas de todos os aparelhos e sistemas da gestante. Essas adaptações são o resultado de reações orgânicas à presença do concepto e de seus tecidos (aloenxerto), da sobrecarga hormonal experimentada pela gestante ou da ação mecânica desencadeada pelo útero gravídico (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

As modificações se dão em âmbito sistêmico e nos órgãos genitais. Elas ocorrem durante toda a gestação, porém, algumas estão delimitadas por período gestacional, ou seja, primeiro, segundo e terceiro trimestres.

De acordo com as modificações sistêmicas, são elas: mudanças na postura e marcha devido o aumento do volume das mamas e do abdome; no metabolismo de carboidratos, lipídios, proteínas; no equilíbrio hidroeletrolítico e nos minerais; no aparelho circulatório como o aumento do débito e frequência cardíaca, diminuição da resistência vascular periférica e da pressão arterial; alterações hematológicas; no aparelho urinário como exemplo a polaciúria; no sistema respiratório o exemplo é a dispnéia fisiológica; no sistema digestivo, as náuseas e vômitos; modificações endócrinas como o aumento da prolactina; na pele do abdome podem surgir estrias e hiperpigmentação da linha Alba e na face pode surgir o *melasma gravidarum* (MONTENEGRO; REZENDE FILHO, 2008).

O autor complementa ainda que em relação às modificações nos órgãos genitais, a vulva e vagina sofrem tumefação, apresentam consistência amolecida e alteram sua tonalidade (ao invés de rosa-claro predomina o vinho-róseo), a mucosa vaginal se espessa, o tecido conjuntivo se torna mais frouxo e o músculo liso se hipertrofia para suportar a distensão que ocorre durante o parto; o útero cresce progressivamente, passando da forma piriforme a globoso e ocupa os fundos de saco vaginal, transpõe os limites da pelve e torna-se abdominal

por volta de 12 semanas. Por volta do quarto ao quinto mês, o órgão assume uma conformação cilíndrica ou ovóide.

Em síntese, estas e outras modificações são esperadas no decorrer do curso gestacional, sendo manifestadas em diferentes formas e momentos no organismo de cada gestante.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE SAÚDE MATERNA NO BRASIL

Por algum tempo, no Brasil, as políticas de atenção à saúde das mulheres sofreram influências de modelos internacionais caracterizados pelo grupo materno-infantil. Na década de 1980, as mulheres eram vistas como meros instrumentos que viabilizavam a maternidade e consequentemente era restrita sua autonomia em relação ao próprio corpo (BRASIL, 2004).

Em decorrência da crise do sistema econômico mundial surgiram políticas de controle da natalidade em países subdesenvolvidos, tendo como principal objetivo, a redução da pobreza em detrimento da liberdade feminina. Então, o impasse gerado por essa política autoritária serviu de orientação a mobilização de mulheres junto ao movimento da Reforma Sanitária em 1980 (BRASIL, 2004).

Foi nesse contexto que em 1984, teve origem o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), o qual apontava para o rompimento com a abordagem demográfica e a concepção materno-infantil e ia de encontro a uma política voltada à saúde integral da mulher (BRASIL, 2004). O PAISM permitiu a compreensão de um novo conceito de cuidado à saúde no qual as mulheres deixaram o papel único e exclusivo de objetos reprodutivos e passaram a ser sujeitos na atenção a sua própria saúde em todos os ciclos vitais, da mesma forma que entenderam a reprodução como um direito e não uma obrigação (OSIS, 1998).

O novo programa de atenção à saúde da mulher compreendia diversos tipos de ações, são elas: educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação; além de assistir à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, no planejamento familiar, câncer de colo do útero e de mama, infecções sexualmente transmissíveis (IST), no climatério e, em outras necessidades apresentadas de acordo com o perfil populacional das mulheres (BRASIL, 2009).

Embora esse novo programa tenha representado significativo progresso a respeito dos direitos reprodutivos das mulheres brasileiras, na prática padeceu de dificuldades financeiras, políticas e operacionais. Uma prova disso, com atenção ao pré-natal, é que ao

final da década de 1990, dados demonstraram que os indicadores de qualidade em saúde deixavam muito a desejar para um país com um programa de saúde como o do Brasil (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Dessa forma, o Ministério da Saúde percebeu a necessidade de formulação de uma nova estratégia para atenção pré-natal e assim, em junho de 2000, foi lançado o Programa de Atenção ao Pré-natal e Nascimento (PHPN), o qual é vigente até os dias atuais e se fundamenta no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais: o primeiro diz respeito à convicção de que é dever das equipes de saúde receberem com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. O segundo refere-se à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Em referência a parte funcional, o PHPN determina elementos primordiais de assistência à gestação e ao parto, a fim de obter a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal. São eles, a necessidade de ampliar o acesso ao pré-natal e o estabelecimento de ações e procedimentos, dos quais a realização é essencial para esse acompanhamento, e promoção da conexão entre a assistência ambulatorial e o momento do parto (BRASIL, 2000a).

O PHPN estabelece as seguintes ações e procedimentos: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento; exames laboratoriais, aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas (BRASIL, 2006).

Em relação aos incentivos financeiros, ficam estabelecidos: dez reais no registro de cadastramento da gestante no PHPN e quarenta reais por gestante que conclua o pré-natal, de modo que cumpra o elenco mínimo de procedimentos estabelecidos, registrados no sistema de informação e acompanhamento, o SISPRENATAL (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Enfatiza-se também a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), criada em 2004, como uma reformulação do PAISM e que reforça a assistência a saúde materna e infantil.

2.3 ATENÇÃO À SAÚDE DA GESTANTE NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

A porta de entrada para iniciar o pré-natal pelo SUS é na Atenção Básica através de ações implementadas pela equipe da ESF. Quando as gestantes apresentam riscos, ela deve ser referenciada para atendimento especializado.

As consultas do pré-natal podem ser realizadas tanto na UBS quanto durante as visitas domiciliares, devendo ser programadas de acordo com os períodos gestacionais que representam maior risco materno e perinatal. Seu início deve ser precoce, de preferência no primeiro trimestre, e deve ter andamento regular e completo para a garantia de que todas as ações propostas sejam efetivadas (BRASIL, 2006).

Na primeira consulta de pré-natal o profissional de saúde deve realizar uma anamnese bem detalhada contemplando os antecedentes familiares, ginecológicos, pessoais e obstétricos, aspectos epidemiológicos e situação da gravidez atual. Além disso, o exame físico também deverá ser o mais completo possível, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguida por exame ginecológico e obstétrico. Os exames de rotina devem ser solicitados e orientados quanto à realização e possíveis resultados (BRASIL, 2006).

Nas consultas subseqüentes, a anamnese deverá ser sucinta abordando aspectos do bem-estar materno e fetal; interpretação dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários; tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário; realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos; agendamento de consultas subseqüentes. É importante fazer questionamentos sobre a alimentação, hábito intestinal e urinário, presença de corrimentos e perdas vaginais, movimentação fetal, além de ouvir os anseios e dúvidas da gestante (BRASIL, 2006).

Todas essas condutas possibilitam uma atenção de qualidade e humanizada, desde que haja também, a disponibilidade e o compromisso dos profissionais e gestantes.

2.4 EXAMES DE ROTINA DO PRÉ-NATAL OFERTADOS PELO SUS

2.4.1 Dosagem de Hemoglobina e Hematócrito (Hb/Ht)

O hemograma é o nome dado ao conjunto de avaliações das células do sangue que, reunido aos dados clínicos, permite conclusões diagnósticas e prognósticas de grande número de patologias. É composto por três determinações básicas que incluem as avaliações dos eritrócitos (ou série vermelha), dos leucócitos (ou série branca) e das plaquetas (ou série plaquetária). A análise da série vermelha é constituída pelas seguintes determinações básicas: Contagem de eritrócitos (CE), Dosagem da hemoglobina (Hb), Hematócrito (Ht), Volume Corpuscular Médio (VCM), Hemoglobina Corpuscular Média (HCM), Concentração da Hemoglobina Corpuscular Média (CHCM) (LORENZI, 2003).

A hemoglobina é uma molécula portadora de ferro que fica dentro da hemácia. É o componente mais importante da hemácia por ser ela a responsável pelo transporte de oxigênio pelo sangue. O ferro é um elemento essencial da hemoglobina. Pessoas com carência de ferro não conseguem sintetizar hemoglobinas, que por sua vez são essenciais para a produção das hemácias, sua dosagem normal é de 13 a 17 g/dL nos homens e 12 a 16 g/dL nas mulheres. Já o hematócrito é o percentual do sangue que é ocupado pelas hemácias (glóbulos vermelhos) e seu percentual normal é de 41% a 54% nos homens e 35% a 47% nas mulheres (LORENZI, 2003).

Dessa forma, é importante que a gestante realize esse exame para identificar a presença de anemia e cabe ao pré-natalista explicar que é um procedimento simples, rápido e que deve ser realizado em jejum nos laboratórios clínicos.

Após o resultado, esse profissional deve orientar sobre a dieta rica em ferro quando necessário, além da prescrição médica sobre a tomada da medicação, que de acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) são recomendados esquemas de tratamento com sulfato ferroso em comprimidos de 40 a 60mg de ferro elementar, três vezes ao dia, totalizando 120 a 180mg/dl de ferro, principalmente na segunda metade da gestação, nas situações em que a gestante apresenta anemia moderada. E quando for anemia leve ou grave sugere-se seguir o protocolo para o tratamento específico (LORENZI, 2003).

2.4.2 Grupo Sanguíneo e Fator Rh

A importância deste exame no pré-natal, conhecido como "tipagem sanguínea", é

para tratar de forma especial os casos de Bebês com fator Rh + (positivo) herdado do pai, na gestação de mães com fator Rh - (negativo). Portanto, o problema está no fato do sangue materno, ao ter contato e não reconhecer a proteína do sangue do feto (Rh+) reagir, criando anticorpos para destruí-lo. Isto significa um ataque do sistema imunológico da mãe ao sangue do bebê cujas células vermelhas vão sendo destruídas (BRASIL, 2005).

Desse modo, se o Fator Rh for positivo o profissional de saúde deve escrever no cartão da gestante o resultado e informá-la sobre seu tipo sangüíneo; se o Fator Rh for negativo e o parceiro tiver fator Rh positivo e/ou desconhecido, deve ser solicitado o teste de Coombs indireto. Neste último caso, se o resultado for negativo, um novo exame deve ser feito em torno da 30ª semana, permanecendo o mesmo resultado, deve-se aplicar uma dose da vacina anti-D na 28ª semana de gestação e outra após o parto. Quando o Coombs indireto for positivo, o pré-natalista deve encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco com o monitoramento do desenvolvimento fetal. Casos mais graves antecipam o parto ou faz-se necessária uma transfusão de sangue intra-uterina, feita por cateter. Após o nascimento, o bebê passa por fototerapia para eliminar a "bilirrubina" acumulada. Se necessário, recebe transfusão total do sangue (BRASIL, 2000b).

2.4.3 Sorologia para Sífilis (VDRL)

O teste Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) é indicado para identificação pacientes com sífilis (BRASIL, 1999).

É importante que o profissional de saúde explique a gestante que esse exame é de fundamental importância para a prevenção da sífilis neonatal e que a sífilis se não tratada pode ocasionar abortamento tardio, natimortos e parto prematuro.

Caso o resultado do VDRL seja negativo, o profissional de saúde deve escrever no cartão da gestante e informar à gestante sobre o resultado do exame e o significado da negatividade, orientando-a para o uso de preservativo (masculino ou feminino). Este exame deve ser repetido em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, em virtude dos riscos sempre presentes de infecção/reinfecção; caso o resultado do VDRL seja positivo, o profissional de saúde deverá solicitar testagem do(s) parceiro(s) e o teste confirmatório (FTA-Abs ou MHATP), sempre que possível. Se o teste confirmatório for "não reagente", descarta-se a hipótese de sífilis e considera-se a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e outras doenças, como lúpus, e encaminha a gestante para consulta com

especialista. Se o teste for "reagente", o diagnóstico de sífilis estará confirmado, devendo ser instituído o tratamento e o acompanhamento (BRASIL, 2006).

O tratamento varia de acordo com o tipo de sífilis: na sífilis primária, a droga utilizada é a penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhões, IM, em cada glúteo); na sífilis secundária e latente recente (menos de um ano de evolução), a penicilina benzantina é prescrita em 2,4 milhões UI, via intramuscular, repetida após uma semana. Dose total de 4,8 milhões UI; na sífilis latente tardia, terciária ou com evolução por tempo indeterminado, utilizar a penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, semanal, por três semanas com dose total de 7,2 milhões UI (BRASIL, 2006).

2.4.4 Glicemia em Jejum

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado como teste de rastreamento para o diabetes *mellitus* gestacional (DMG), independentemente da presença de fatores de risco. Se a gestante está no primeiro trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose (BRASIL, 2006).

Se o resultado for menor que 85mg/dl deve-se repetir o exame após a vigésima semana, e então, se persistir o valor menor que 85mg/dl o rastreamento é negativo, mas se o valor da glicemia for ≥ 85 mg/dl o rastreamento é positivo. É importante deixar claro que esse valor não indica que a gestante tenha diabetes, mas que ela é uma forte candidata a desenvolvê-la. Portanto nos casos em que o rastreamento for negativo, mas acompanhado de forte suspeita clínica ou nos casos de rastreamento positivo, continuar a investigação (BRASIL, 2006).

A glicemia de jejum é o exame mais comum para medir o nível de glicose no sangue, é um teste feito através do sangue venoso. O resultado é considerado normal quando a taxa de glicose varia de 70 até 110 mg/dl. Se o resultado ficar em torno de 110 a 125 mg/dl, o indivíduo é portador de glicemia em jejum inapropriada. Assim, torna-se necessário à realização do exame conhecido como "Teste Oral de Tolerância à Glicose". Ocorrendo um resultado igual ou acima de 126 mg/dl, em pelo menos dois exames consecutivos, fica então confirmado o diagnóstico de Diabetes Mellitus. Já com uma glicemia superior a 140 mg/dl, mesmo sendo recolhida a qualquer hora do dia, já se confirma o diagnóstico do diabetes (BRASIL, 2006).

É importante que todas as mulheres grávidas acima de 25 anos, não obesas e sem histórico de diabetes na família, sejam testadas. Deve-se realiza-lo entre a 24^a e a 28^a semanas de gestação. Primeiramente, o teste consiste na ingestão oral de uma dose de 50g de glicose. O sangue será colhido nos tempos basal e 60' (minutos). Os resultados normais são até 80mg/dl e 140mg/dl, respectivamente. Resultados superiores a esses valores descritos acima, determinam a realização de novo teste com a ingestão de 75g de glicose, e avaliação da glicemia nos mesmos tempos. Considera-se com Diabetes, as mulheres que apresentem glicemia maior que 126mg/dl, no tempo basal, ou igual ou maior que 200mg/dl (BRASIL, 2006).

Caso a gestante apresente diabetes *mellitus* gestacional, deve-se aconselhar quanto aos hábitos alimentares, à prática de atividade física regular, controlar rigorosamente o nível de glicose no sangue, detectar precocemente os fatores de risco, evitando suas complicações e consultar regularmente o médico para adequar a dosagem de insulina, já que ela é variável durante o período gestacional (menor quantidade no início, com tendência a aumentar no decorrer da gestação). É importante lembrar que o uso de hipoglicemiantes orais está contraindicado para gestantes devido o risco aumentado de anomalias fetais (BRASIL, 2006).

2.4.5 Sumário de urina (Tipo I)

O exame de urina pode ofertar pistas importantes sobre doenças sistêmicas, nomeadamente doenças renais. As três análises de urina mais comuns são: urina de 24 horas, urinocultura e Elementos Anormais do Sedimento (EAS) ou urina tipo I, este último é considerado o método mais simples (SALES, 2008).

Quanto à realização do exame, o profissional de saúde, dentre eles o enfermeiro, deve orientar a gestante que a coleta deve ser a primeira urina do dia, desprezando-se sempre o primeiro jato, o qual serve para limpar as impurezas que possam estar no canal urinário.

Quanto aos resultados deve-se estar atento a presença dos seguintes componentes: Proteínas: “traços” sem sinais clínicos de pré-eclâmpsia (hipertensão, ganho de peso), deve-se repetir o exame em 15 dias; “positivo” na presença de hipertensão– pré-eclâmpsia leve deve-se orientar repouso e controle de movimentos fetais, alertar para a presença de sinais clínicos, se possível solicitar proteinúria em urina de 24 horas e agendar retorno em, no máximo, sete dias; e “maciça”, deve-se referir a gestante imediatamente ao pré-natal de alto risco. Bactérias/leucócitos/piócitos sem sinais clínicos de infecção do trato urinário: deve-se solicitar urocultura com antibiograma e agendar retorno mais precoce que o habitual para

resultado do exame. O tratamento é realizado com antibióticos, assim como se houver hemácias associadas à bacteriúria. No caso de hematúria isolada, deve-se excluir sangramento genital e referir para consulta especializada. Cilindros: deve-se referir ao pré-natal de alto risco (SALES, 2008).

2.4.6 Sorologia anti-HIV

Este exame tem a finalidade de diagnosticar a infecção pelo HIV e consequentemente possibilitar melhor controle da infecção materna e melhorar os resultados na profilaxia da transmissão vertical. É um exame que deve ser sempre oferecido à gestante, acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste, embora a decisão de realizá-lo seja dela (BRASIL, 2006).

O profissional de saúde deverá discutir o significado do resultado; reforçar as informações sobre os modos de transmissão do HIV, de outras IST e as medidas preventivas; reforçar a informação de que teste negativo não significa prevenção, nem imunidade; informar que o teste deve ser repetido a cada nova gestação.

Quanto aos resultados, se negativo, poderá significar que a mulher não está infectada ou que sua infecção é tão recente que não houve tempo para seu organismo produzir anticorpos em quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado (janela imunológica). Nesses casos, há necessidade de novo teste com base nas informações colhidas durante o processo de aconselhamento pré-teste. Diante dessa suspeita, o teste anti-HIV deverá ser repetido entre 30 e 90 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da mulher, sempre que necessário, para prestar esclarecimento e suporte durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem (BRASIL, 2006).

Se o resultado for Indeterminado poderá significar falso positivo ou verdadeiro positivo de infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão, ainda, em quantidade suficiente para serem detectados pelo teste utilizado. Nesta situação, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais (BRASIL, 2006).

E se o resultado for Positivo, deve-se discutir o significado do resultado, ou seja, reforçar a informação de que estar infectada pelo HIV não significa portar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), que é o estágio avançado da infecção, e que existem

remédios para controlar a infecção materna e reduzir consideravelmente a possibilidade de transmissão para o bebê, devendo, para isso, a mãe ser avaliada e medicada adequadamente por profissional especializado na assistência a pessoas portadoras do HIV (BRASIL, 2006).

2.4.7 Sorologia para Hepatite B (HBsAg)

É realizado com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da Hepatite B. Caso a gestante seja HBsAg positivo, ela deve ser encaminhada após o parto, para avaliação em serviço de referência. Para a prevenção da transmissão vertical do Vírus da Hepatite B, nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido, deve-lhe ser administrada a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a imunização ativa (vacina). A criança deve receber doses subseqüentes da vacina, com um e seis meses. É necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs – anticorpo contra o HBsAg – na criança até um ano de idade. O anti-HBs aparece de 1 a 3 meses após a vacinação contra a hepatite B, ou após a recuperação de uma infecção aguda (BRASIL, 2006).

Com objetivo de prevenção, o Ministério da Saúde acrescentou no ano de 2010, a vacinação contra hepatite B em gestantes (BRASIL, 2010).

2.4.8 Sorologia para Toxoplasmose

É recomendado, sempre que possível, a investigação de toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM positiva, significa doença ativa e o tratamento deve ser instituído com a utilização imediata da espiramicina, até o diagnóstico da infecção fetal, independentemente da idade gestacional, na dose de 1 g de 8/8 horas, via oral (BRASIL, 2006).

Quando disponível, realizar testes confirmatórios da infecção aguda, como o teste de avidéz de IgG. Caso se confirme a infecção aguda – baixa avidéz de IgG, a medicação deverá ser mantida até o parto. Se o teste demonstrar alta avidéz de IgG, deve-se considerar como diagnóstico de infecção antiga e, nesse caso, interromper o uso da espiramicina e continuar o seguimento pré-natal normal (BRASIL, 2006).

Toda gestante com sorologia negativa (IgM) deve ser orientada para evitar a ingestão de carnes cruas ou mal cozidas, usar luvas e lavar as mãos após manipular carne crua ou terra de jardim, e evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo.

É importante salientar que, embora a ultra-sonografia seja procedimento comum no

pré-natal, não existe, ainda, demonstração científica que esse exame seja efetivo na redução da morbimortalidade materna ou perinatal. Porém, sua realização é importante, pois está relacionada com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas (BRASIL, 2006). Dessa forma, a não realização desse exame não constitui omissão nem diminui a qualidade do pré-natal.

2.5 FLUXO PARA REALIZAÇÃO DOS EXAMES DE ROTINA DO PRÉ-NATAL NO SUS

O fluxo para realização dos exames de rotina do pré-natal efetivados no SUS inicia-se na primeira consulta quando o enfermeiro ou o médico da ESF define as condutas direcionadas para cada gestante. Então, ela é orientada para cada exame e direcionada para os laboratórios credenciados à Rede SUS. Ressalta-se que em alguns municípios, esses exames são encaminhados para a Secretaria Municipal de Saúde com o objetivo de agendamento prévio e posteriormente, devolvidos no domicílio da gestante pelo Agente Comunitário de Saúde para que ela possa comparecer na data marcada (SÃO PAULO, 2009).

No dia da realização do exame, a gestante comparece portando a amostra de urina e realiza no laboratório os demais exames séricos preconizados pelo Ministério da Saúde. Ao final, ela é orientada quanto ao dia do resultado dos exames pelo laboratório. Ressalta-se que alguns municípios viabilizam o recebimento desses exames pela ESF, a qual comunica a gestante (SÃO PAULO, 2009).

Então, ela comparece na consulta subsequente previamente agendada para receber os resultados e orientações pelo médico e/ou enfermeiro da ESF. Estes profissionais registram tais resultados no cartão da gestante, na ficha perinatal e no SISPRENATAL. Quando recomendada a repetição dos exames, ela segue o mesmo fluxo (SÃO PAULO, 2009).

O enfermeiro tem respaldo através da Lei 7498/86 que dispõe sobre a regulamentação do exercício destes profissionais, para solicitarem exames, uma vez que a consulta de enfermagem oferece parâmetros para que o mesmo possa elaborar o diagnóstico de enfermagem sendo complementado com as referidas solicitações. A prática supra-citada, ainda é amparada pela Resolução COFEN 195/97 que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares por enfermeiro e a Resolução COFEN 271/02 que aprova a regulamentação das ações do enfermeiro na consulta, prescrição de medicamentos e requisição de exames no art. 2º cita que os limites legais para a prática desta ação, são os

Programas de Saúde Pública e rotinas que tenham sido aprovadas em Instituições de Saúde, pública ou privada (COFEN, 2002).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo teve como linha teórica e metodológica de orientação a do tipo exploratória, descritiva, com abordagem qualitativa, a fim de valorizar as narrativas das participantes que responderam ao objeto de estudo.

As pesquisas de natureza exploratória têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, com vistas na formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores (GIL, 2002).

A abordagem qualitativa preocupa-se em analisar e interpretar aspectos mais profundos, descrevendo a complexidade do comportamento humano, fornecendo uma análise mais detalhada sobre as investigações, hábitos, atitudes, tendências de comportamento etc. (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Segundo Marconi e Lakatos (2003), a pesquisa descritiva é um levantamento das características conhecidas que são componentes do fato, do problema ou do fenômeno em estudo.

3.2 LOCAL DA PESQUISA

As informações do estudo foram obtidas em uma Unidade Básica de Saúde (UBS) na cidade de Cajazeiras-PB. Esta unidade foi escolhida devido à pactuação da UFCG/CFP com a Secretaria Municipal de Saúde de Cajazeiras e por ser esta UBS um dos *locus* para aulas práticas de disciplinas da matriz curricular do curso de enfermagem da referida Universidade. Acrescentam-se a esta justificativa, os motivos de vivências acadêmicas da pesquisadora envolvida, além da demanda elevada de gestantes cadastradas e acompanhadas no pré-natal.

A cidade de Cajazeiras está situada na Região oeste do Estado da Paraíba, distando 477 km da Capital João Pessoa, com uma população estimada em 56.051 habitantes, com área de 586km², onde fica a IX Regional de Saúde, sendo 14 ESF, 11 na zona urbana e 03 na zona rural (IBGE, 2010).

3.3 SUJEITOS DO ESTUDO

Participaram do estudo 11 gestantes cadastradas e acompanhadas pela ESF eleita, que tinham realizado no mínimo quatro consultas de pré-natal na referida UBS e que tinham efetivado os exames de rotina de pré-natal.

A seleção das participantes aconteceu após a investigação de um total de 36 gestantes cadastradas e acompanhadas nessa UBS, posteriormente foram incluídas 19 gestantes que se adequaram aos critérios de inclusão supracitados, e apenas as 11 depoentes representaram as demais devido a saturação das falas no momento da entrevista.

Como critérios de exclusão foram adotados os seguintes aspectos: a solicitação dos exames de pré-natal não ter sido realizada pelo médico e/ou enfermeiro da UBS onde foi realizada a pesquisa; e gestantes menores de 18 anos de idade.

3.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada mediante um roteiro de entrevista semi-estruturada (Apêndice A), a qual após a autorização pelas depoentes as falas foram gravadas e transcritas de forma fidedigna e posteriormente, analisadas.

O roteiro foi composto por questionamentos sobre dados pessoais, perfil obstétrico, conhecimento, oferta, fluxo e resolubilidade dos exames do pré-natal.

3.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS

No dia da consulta de pré-natal, a pesquisadora se fez presente na sala de espera da UBS, abordou as gestantes para a participação da pesquisa, esclareceu os objetivos e solicitou adesão das mesmas através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo C). Acrescenta-se também, a investigação no domicílio, devido limitação da disponibilidade das gestantes e o conforto para as mesmas em responder as perguntas em seu ambiente familiar. Essas visitas aconteceram acompanhadas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) atuantes na equipe. As entrevistas foram gravadas com duração em média de 10 minutos para cada gestante.

3.6 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DE DADOS

As informações coletadas nas entrevistas foram transcritas e submetidas à organização e análise dos dados. Posteriormente, foi adotada a técnica de análise de conteúdo de forma temática, que trabalhou com o recorte do texto em unidades de registro, que foram palavras, frases e temas, realizando a classificação e agregação dos dados (MINAYO; DESLANDES; GOMES, 2007).

Os recortes do texto das pesquisadas foram identificados pela denominação Gestante e o número de sequência da entrevista, preservando seu anonimato. Após essa classificação e agregação, os discursos foram apresentados em forma de cinco categorias temáticas intituladas: Categoria 1 – Conhecimento sobre os Exames de Rotina do Pré-Natal; Categoria 2 – Fontes Informativas; Categoria 3 - Oferta dos Exames de Rotina; Categoria 4 - Fluxo dos exames de rotina do pré-natal; Categoria 5 – Resolubilidade dos exames do pré-natal; e analisados à luz da literatura pertinente à temática.

3.7 ASPECTOS ÉTICOS

Para desenvolvimento do estudo, a pesquisadora tomou por base as observâncias éticas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, principalmente no cumprimento ao termo de consentimento livre e esclarecido (Anexo C), que trata da participação voluntária, confidencialidade dos dados, anonimato, desistência a qualquer momento da pesquisa e permissão para publicação da pesquisa (BRASIL, 1996).

Inicialmente foi elaborado um ofício (Anexo D) para a Secretária de Saúde do Município com objetivo de autorizar a realização da pesquisa. Posteriormente, o projeto foi encaminhado para apreciação ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba o qual foi aprovado com o número de parecer: 0545.0.133.000-11.

Após recebimento do parecer favorável, foi realizada visita a ESF, a fim de programar com o enfermeiro dessa equipe os dias para realização da coleta de dados com as gestantes.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A etapa da análise dos resultados caracteriza-se pela apresentação dos mesmos com base na literatura sobre a temática. Nesse estudo, apresentam-se inicialmente os dados sociodemográficos e o perfil obstétrico de 11 gestantes que responderam as perguntas norteadoras do objeto de estudo proposto, o qual resultou em cinco categorias que são descritas após a caracterização das depoentes. Ressalta-se que elas foram identificadas pela palavra Gestante e enumeradas a partir da sequência das entrevistas, respeitando assim a identidade de cada mulher.

4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E OBSTÉTRICO DAS GESTANTES

O perfil sociodemográfico foi caracterizado pelos seguintes itens: idade, escolaridade, estado civil, ocupação e renda familiar.

Quadro 01- Perfil Sociodemográfico das gestantes, Cajazeiras-PB, 2011

GESTANTE	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	OCUPAÇÃO	RENDA FAMILIAR
Gestante 1	21 anos	Ensino fundamental incompleto	Casada	Balconista	1 salário mínimo
Gestante 2	18 anos	Ensino fundamental incompleto	Casada	Do lar	< de 1 salário mínimo
Gestante 3	24 anos	Ensino fundamental incompleto	Solteira	Agricultora	< de 1 salário mínimo
Gestante 4	30 anos	Ensino médio incompleto	Casada	Diarista	2 salários mínimos
Gestante 5	32 anos	Ensino fundamental incompleto	Casada	Do lar	1 salário mínimo
Gestante 6	19 anos	Ensino médio completo	Casada	Estudante	1 salário mínimo
Gestante 7	23 anos	Ensino médio completo	Solteira	Manicure	1 salário mínimo
Gestante 8	19 anos	Ensino médio completo	Solteira	Babá	< de 1 salário mínimo
Gestante 9	22 anos	Ensino médio completo	Solteira	Estudante	2 salários mínimos
Gestante 10	24 anos	Ensino médio completo	Casada	Do lar	2 salários mínimos
Gestante 11	23 anos	Ensino médio incompleto	Casada	Do lar	1 salário mínimo

Fonte: Pesquisa direta/2011

O Quadro 01 apresenta o perfil sociodemográfico das gestantes entrevistadas que estavam na faixa etária entre 18 e 32 anos de idade, sendo que cinco com ensino médio completo; sete casadas; diversas ocupações, porém com predominância em mulheres do lar; e renda familiar variando de menos de um a dois salários mínimos.

Os resultados demonstraram que as depoentes estavam numa faixa etária que tem menor risco para intercorrências no ciclo gestacional segundo o Ministério da Saúde, que afirma ser a idade reprodutiva ideal, aquela que compreende as idades entre 15 e 35 anos (BRASIL, 2006).

Quanto à escolaridade, chama a atenção o fato que a maioria tinha o ensino médio completo. Esse resultado mostra que independente do tempo de escolaridade elas apresentaram dúvidas sobre as condutas referentes aos exames de rotina do pré-natal.

O que deixa claro que, independentemente da escolaridade de cada uma, é importante os profissionais se certificarem que suas orientações estão sendo entendidas pelas gestantes, pois como afirma Penna e Santos (2009), a educação em saúde se estabelece a partir da participação e compreensão da população, de suas necessidades, de seu estilo de vida, crenças e valores, desejos, opções, vivências, da subjetividade e intersubjetividade, no contexto cultural, sócio, político em que vive.

Em relação ao estado civil, os dados apresentaram que a maioria era casada, o que se espera proporcionar mais tranquilidade e segurança durante a gestação. O apoio familiar é imprescindível para o acompanhamento do pré-natal, o qual o cônjuge tem dentre outras responsabilidades nesse período, a contribuição na realização dos exames de rotina.

Ressalta-se que a participação do pai durante o pré-natal é uma das prerrogativas do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, pois este assegura que a gestante e sua família precisam ter acesso, cobertura e qualidade no acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério mediante humanização (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

No tocante a ocupação percebeu-se a citação de atividades distintas que podem dificultar a realização dos exames quando elas não são liberadas pelos empregadores, como por exemplo, a balconista e a babá. Porém, o estudo revelou que elas realizaram os exames sem apresentar dificuldades quanto à liberação pelos seus empregadores, o que representa o direito legal assistido a elas, segundo a lei nº 9.799 de 26 de maio de 1999, que afirma ter a gestante o direito de ser dispensada do horário de trabalho para a realização de, no mínimo, seis consultas médicas e demais exames complementares (NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS DE GÊNERO, 2008).

Os resultados apontaram que a renda familiar predominou em um salário mínimo, valor este que pode dificultar a realização dos exames em laboratórios particulares. Dessa forma, é importante que as equipes da ESF ofertem e agilizem a efetivação dos mesmos para proporcionar qualidade no pré-natal.

O perfil obstétrico foi estabelecido pelos critérios a seguir: número de gestações, parto e abortos; idade gestacional atual e o número de consultas realizadas nessa gestação.

Quadro 02- Perfil Obstétrico de 11 gestantes, Cajazeiras-PB, 2011

GESTANTE	GPA	IG ATUAL (EM SEMANAS)	Nº DE CONSULTAS REALIZADAS NESTA GESTAÇÃO
Gestante 1	G2,P1,A0	25	6
Gestante 2	G2,P1,A0	23	4
Gestante 3	G3,P2,A0	20	4
Gestante 4	G2,P1,A0	24	5
Gestante 5	G6,P5,A0	27	4
Gestante 6	G1,P0,A0	29	7
Gestante 7	G1,P0,A0	24	7
Gestante 8	G1,P0,A0	21	5
Gestante 9	G1,P0,A0	34	8
Gestante 10	G1,P0,A0	39	6
Gestante 11	G2,P1,A0	39	8

Fonte: Pesquisa direta/2011.

O perfil obstétrico das gestantes demonstrou que havia cinco primigestas, quatro em sua segunda gestação, uma na terceira gravidez e uma na sexta. Essa descrição se faz necessário para compreender que a nulípara precisa de maiores esclarecimentos sobre os exames de rotina do pré-natal já que é a primeira vez que os realiza nessa condição de saúde. Porém, não significa que as demais não precisem de orientação, apenas é relevante que o médico e/ou enfermeiro nas consultas investigue sobre o conhecimento delas a respeito de tais exames e reafirmem o significado de cada um, já que as mesmas tem história de vivências anteriores.

Dessa forma, torna-se difícil negar a importância do trabalho educativo com as mulheres gestantes, principalmente com as primigestas que por não terem tido experiência prévia, podem estar mais sujeitas às inseguranças e dúvidas ocasionadas pelas novidades propostas pela situação. Contudo, as ações educativas desenvolvidas pelos serviços de saúde

De sangue, sumário de urina, VDRL, anti-HIV...
Agora mulher têm um monte que eu não lembro.
(Gestante 11)

Nos discursos das participantes pode-se perceber respostas sucintas, que não contemplam de forma geral, todos os exames de rotina que devem ser realizados por uma gestante durante o pré-natal. Dessa forma, se faz necessário, que nas consultas se investigue sobre o conhecimento delas sobre os exames, após a orientação prévia realizada durante a solicitação dos mesmos, que segundo recomendação do Ministério da Saúde são: dosagem de hematócrito e hemoglobina, ABO-Rh, Glicemia em jejum, Urina Tipo I, sorologia para sífilis (VDRL), testagem anti-HIV, sorologia para hepatite B (HBsAg), sorologia para toxoplasmose (IgM). Outros exames podem ser acrescidos a essa rotina mínima como o protoparasitológico, colpocitologia oncótica, bacterioscopia da secreção vaginal, sorologia para rubéola, ultrasonografia obstétrica (BRASIL, 2006).

Em relação ao questionamento sobre os objetivos dos exames encontraram-se as mais variadas respostas, de maneira que, a maioria alegou que os exames serviam para saber como estava a saúde da mãe e do filho, deixando evidente, lacunas sobre o conhecimento das mesmas.

Pra saber se a pessoa ta bem ou se tem alguma coisa. (Gestante 4)

Serve pra ver se a criança e a mãe estão bem. (Gestante5)

Pra saber como é que ta o bebê e como é que tá a gente também. (Gestante 6)

Nesse caso, é importante destacar a dificuldade para compreensão das gestantes sobre os reais objetivos dos exames, o que representa a necessidade deles serem mais enfatizados durante as consultas de pré-natal, para que através dessa compreensão elas possam auxiliar no autocuidado.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde recomenda que enfermeiros e médicos orientem nas consultas que o hemograma tem objetivo de avaliar o nível de hemoglobina, que deve estar acima de 10 g/dl, a quantidade total de leucócitos que deve ficar abaixo de 15.000 por ma de sangue e as plaquetas acima de 100.000 por mm³; o aspecto importante da tipagem sanguínea é quanto ao sistema Rh; a sorologia para as principais infecções congênitas é

obrigatória, uma vez que nas gestantes susceptíveis é possível instituir medidas preventivas. Orientar sobre sorologia para toxoplasmose, sífilis, anti-HIV e hepatite B; a urina tipo I faz uma análise qualitativa quanto ao número de leucócitos, hemácias e bactérias; a dosagem da glicemia de jejum como teste de rastreamento para o diabetes *mellitus* gestacional (DMG), independentemente da presença de fatores de risco (BRASIL, 2006).

Categoria 2 – Fontes Informativas

Essa categoria teve como objetivo conhecer as fontes informativas que as gestantes tiveram sobre os exames de pré-natal, assim como as orientações a elas transmitidas pelos profissionais de saúde e os tipos de abordagem adotados por eles. Nesse contexto, quando indagadas sobre as fontes informativas elas citaram que obtiveram através do enfermeiro e do médico da ESF durante as consultas de pré-natal, o que se evidencia nas falas das Gestantes 7, 6 e 2.

Através do enfermeiro que ele passa os exames e explica pra que serve. (Gestante 7)

O médico mesmo... foi lá no posto (Gestante 6)

Com o enfermeiro. (Gestante 2)

No entanto, os resultados apresentaram que oito gestantes responderam que não tiveram nenhuma informação sobre tais exames ou não se lembram de terem recebido essas orientações, o que se recomenda o *feedback* durante as consultas para se investigar a assimilação dessa mulher no momento do diálogo com o profissional.

Eu até agora não sei pra que servem esses exames não. (Gestante 5)

Eles não explicam né?...Eles marcam os exames e pronto, não falam mais nada. Acho que não falaram não. (Gestante 4)

Embora seja explícito um dos principais objetivos do PAISM, que é a educação em saúde durante as consultas, percebe-se pelo discurso das gestantes o déficit de orientação ou compreensão na atenção pré-natal quanto aos exames de rotina. Evidencia-se também que elas não estão buscando outras fontes informativas para direcionar os cuidados no pré-natal.

O resultado desse questionamento se confronta com Rios e Vieira (2007) quando dizem que é dever da equipe de saúde prover informações e orientar outras fontes informativas sobre todas as etapas a serem seguidas durante a gravidez, o que tornou paradoxal o fato delas estarem no 2º e 3º trimestre gestacional e apresentarem dúvidas sobre os exames que foram solicitados ainda no 1º trimestre.

Porém, os resultados desse estudo chamam a atenção, porque apesar delas informarem anteriormente que tinham poucas fontes informativas percebe-se, que na indagação a seguir, elas relataram que as orientações são transmitidas pelo médico e enfermeiro da UBS sobre a importância da realização dos exames e diagnóstico para prevenir intercorrências para a mãe e filho, além de orientações sobre o tipo de parto e amamentação.

Bem, eles explicaram que todos os exames são importantes né?...Que tem que fazer todos, só isso. (Gestante 5)

Que...Não, sei não, eu não entendi essa pergunta não...Era que perguntava o que a pessoa têm, já fiz exame de AIDS duas vezes já, num deu nada, pronto...Ele orientou que era bom, que tinha que fazer porque, por causa do bebê, que causo a pessoa tenha alguma doença pra não passar pra criança. (Gestante 6)

Que o melhor era fazer um parto normal e deu algumas orientações sobre amamentação, mas... Sobre os exames não. (Gestante 9)

Através desses discursos ficou evidente que muitas orientações são, de fato, transmitidas, porém em relação aos exames pré-natais há ainda falhas, o que pode prejudicar a sua realização, resolubilidade e a importância por elas dada aos mesmos. Esse fato ainda é frequente entre as gestantes, embora o Ministério da Saúde afirme que os exames de rotina devem ser solicitados e orientados quanto à realização e possíveis resultados (BRASIL, 2006).

Tendo como último item dessa categoria o modo como as informações sobre os exames foram transmitidas, a maioria respondeu que aconteciam através da consulta individual do pré-natal.

Ele informou falando na consulta. (Gestante 11)

Através de conversa nas consultas com o enfermeiro. (Gestante 7)

Nesse item percebe-se que a forma para abordar sobre os exames foi através do diálogo nas consultas de enfermagem, o que é imprescindível para a educação em saúde da gestante. Porém, não ficou evidente nas falas, a presença de outras formas de abordagem que contemplassem o tema, o que faz surgir indagações: será que existem grupos de gestantes na UBS? Será que os profissionais de saúde utilizam outras metodologias para abordar o tema? Essas perguntas tornam-se instigantes para continuidade de um estudo posterior, pois em nenhum momento foi mencionado nas entrevistas.

Rios e Vieira (2007) afirmam que apenas o diálogo seja ele individual ou coletivo motiva um pensar crítico. Tendo o processo educativo uma visão libertadora, o profissional de saúde deve estimular o falar fazendo com que a gestante intervenha, dialogue e se sinta capaz. O ponto fundamental daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser a de proporcionar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante é auxiliar o ser humano a ajudar-se, fazendo-o agente de sua recuperação, com uma postura crítica e reflexiva de seus problemas.

Categoria 3 - Oferta dos Exames de Rotina

Neste item investigou-se sobre os exames que as gestantes realizaram durante esse pré-natal e quanto ao suporte dado pela ESF para a efetivação dos mesmos. As respostas dessa categoria corroboram com o primeiro questionamento sobre o conhecimento delas acerca dos exames de rotina do pré-natal, o que torna favorável para elas no sentido da relação do conhecimento e oferta pela ESF, pois o que é orientado está sendo ofertado. Elas então responderam: hemograma completo, sumário de urina, fezes, sorologia para toxoplasmose, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia anti-HIV, glicemia de jejum, colesterol e ultrassonografia.

O de sangue, o de urina, ultrassom, HIV, toxoplasmose, é hemograma, no momento só lembro esses. (Gestante 10)

Sangue, urina, VDRL, HIV, glicose, colesterol. (Gestante 11)

Hemograma, ultrassom, fezes, urina, HIV, sífilis. (Gestante 7)

De acordo com o Ministério da Saúde, os exames recomendados no pré-natal no primeiro trimestre são: dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht); grupo sanguíneo e

fator Rh; sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, exame sumário de urina (Tipo I), sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”, sorologia para toxoplasmose e no terceiro trimestre realizar sorologia para hepatite B (HBsAg) e repetir os seguintes exames: sorologia para sífilis (VDRL), glicemia em jejum, exame sumário de urina (Tipo I), sorologia anti-HIV (BRASIL, 2006).

Quando questionadas como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) proporciona suporte para realização dos exames, as gestantes responderam que a equipe oferece o serviço gratuito e marca a data de realização dos mesmos.

Eles que marcam pra mim. (Gestante 9)

É marcando, marcando pra gente fazer grátis no posto pelo SUS. (Gestante 6)

Oferece todos os exames de graça né? É muito bom né porque se pagasse era ruim. (Gestante 5)

As respostas a esse questionamento deixam clara a importância da ESF dar uma assistência direcionada com uma rotina de fluxo estabelecido para que, dessa forma, torne-se mais fácil a adesão das gestantes à realização dos exames de pré-natal. Outro ponto importante aqui destacado relaciona-se a integralidade da assistência, a qual está preconizada pela PNAISM que diz, segundo o conceito adotado, “a atenção integral à saúde da mulher refere-se ao conjunto de ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, executadas nos diferentes níveis de atenção à saúde”. A garantia desta atenção deve ser assegurada pelo SUS e compreende: “atendimento à mulher a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que apresenta determinada demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas” (REDE FEMINISTA DE SAÚDE, 2008, p.05).

Categoria 4 - Fluxo dos exames de rotina do pré-natal

Nessa categoria averiguou sobre o percurso feito pelas gestantes para realização dos exames de pré-natal; a opinião das mesmas de como deveria acontecer esse fluxo; e quais as facilidades e dificuldades por elas encontradas nesse percurso.

Quando solicitada a descrição do percurso para realização dos exames de pré-natal, elas procederam da seguinte forma, que o enfermeiro ou o médico solicita os exames na primeira consulta de pré-natal, então, um agente administrativo recolhe as requisições na ESF

e marca na Secretaria de Saúde. Posteriormente, essas requisições são devolvidas à ESF para que os Agentes Comunitários de Saúde deixem na residência de cada gestante para elas irem à policlínica realizar os exames na data e horário marcados. Após alguns dias, elas recebem o resultado do laboratório para apresentá-los na consulta subsequente. Esse fluxo se repete no terceiro trimestre de gestação e sempre que necessário:

Cheguei lá pedi uma solicitação aí deixei lá pra marcar aí o agente de saúde veio e entrega na porta pra gente fazer, vou lá faço, lá na Policlínica, aí eu recebo e vou amostrar a ele. (Gestante 6)

A gente vai pra consulta, ele solicita e fica a requisição lá no postinho, vem uma pessoa recolher pra marcar, aí quando marca os ACS vem entregar e na data a gente vai na policlínica e faz e pra quem ta grávida sai mais rápido. (Gestante 7)

Na consulta depois que diz o que ta sentindo aí ele pede os exames que eu deixo lá no posto pra marcar aí o ACS vem deixar e eu vou fazer lá na Policlínica, recebo o resultado com dois dias eu vou buscar e levo para o enfermeiro. (Gestante 11).

As gestantes deixam claro em suas respostas como se dá o fluxo para realização dos exames pré-natais ofertados pelo SUS, que se inicia na primeira consulta quando o enfermeiro ou o médico da ESF solicita os mesmos. Então, a gestante é orientada para cada exame e direcionada para os laboratórios municipais credenciados a Rede SUS.

Esse fluxo citado por elas assemelha-se ao protocolo dos exames de rotina de pré-natal do município de Ribeirão Preto - São Paulo, em que são encaminhados para Secretaria Municipal de Saúde com objetivo de agendamento prévio e posteriormente, devolvido no domicílio da gestante através do Agente Comunitário de Saúde para que ela possa comparecer na data marcada e após o resultado, viabilizam o recebimento dos mesmos (SÃO PAULO, 2009).

O que se discutiu anteriormente foi o modo como ocorreu o fluxo de realização dos exames pré-natais pelas gestantes, de modo que, nesse segundo momento questionou-se como deveria acontecer esse fluxo na opinião delas.

As respostas demonstram que a maioria está satisfeita e concorda com o fluxo estabelecido, porém algumas responderam que seria melhor que os exames fossem realizados na própria UBS.

Eu preferia que fosse aqui no postim mesmo, assim pra colher sangue essas coisas, pra não precisar ir tudim pra Policlínica, porque além da demora pra chegar lá demora pra ser feito...Porque mandam a gente ir em jejum essas coisas aí faz de 7:30, 8:00 horas da manhã, preferia que fosse aqui até porque se fosse aqui no posto a gente vinha e pronto, não tinha dificuldade. (Gestante 1)

Bem, eu acho que deveria já fazer no posto mesmo porque fica mais cômodo pra gente. (Gestante 5)

Eu acho que deveria ser do jeito que é. (Gestante 10)

Mulher assim do jeito que o SUS oferece tá bom. (Gestante 11)

Ficou evidente nas falas o interesse das gestantes em que os exames fossem realizados na própria Unidade Básica de Saúde para facilitar a “acessibilidade”, ao considerar o conceito dessa palavra descrita por Starfield (2002) ao dizer que esta possibilita que as pessoas cheguem aos serviços. Esse desejo deve-se a fato de que muitas vezes elas sentem-se desconfortáveis em se deslocar para o local de realização dos exames, nesse caso a Policlínica, pelos mais variados motivos.

Apesar desse resultado, houve relatos de gestantes com satisfação em relação ao fluxo ofertado pelo SUS, demonstrando acesso o que segundo Starfield (2002), significa a forma pela qual a pessoa experimenta a atenção nos serviços de saúde.

No roteiro também se indagou sobre as facilidades e dificuldades enfrentadas pelas gestantes no decorrer desse fluxo, tendo como resposta majoritária para as facilidades o fato delas não terem a necessidade de marcar os exames.

É fácil porque eles marcam pra gente ir fazer, aí é fácil né?!.(Gestante 3)

As facilidades porque eles mesmos que marcam, é isso. (Gestante 6)

Eu acho que só uma, o que você não marca, não vai lá pra marcar porque o agente de saúde deixa em casa. (Gestante 4)

Percebeu-se nesse questionamento a importância de um fluxo organizado com oferta de facilidades para as gestantes virem a realizar esses exames, pois dessa forma, possibilita-se o autocuidado, que para Bub *et al* (2006) é um conjunto de ações que constituem a prática de

atividades que os indivíduos desempenham de forma deliberada em seu próprio benefício com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Em contrapartida, a única dificuldade citada foi a demora de marcação dos exames pela ESF.

Deles demorarem marcar os exames, só. (Gestante 9)

Por que não marca pra logo. Demora muito. (Gestante 6)

O tempo que é demais, eu achei o tempo demorado pra marcar o exame. (Gestante 4)

Os resultados apontam que enquanto nesse estudo o motivo da demora da marcação foi considerado por elas como dificultoso para a realização dos exames, um estudo realizado em Caxias do Sul, RS, encontrou que apenas 44,3% (n=297) das gestantes submeteram-se a todos os exames complementares preconizados pelo Ministério da Saúde e entre as possíveis explicações para este achado foram o início tardio do acompanhamento pré-natal e a maior concentração de consultas próximo ao término da gravidez (TREVISAN *et al*, 2002), o que se contrapõe a esse estudo realizado em Cajazeiras – PB.

Categoria 5 – Resolubilidade dos exames do pré-natal

Nessa categoria, os questionamentos contemplaram sobre a resolubilidade dos exames de rotina ao se questionar sobre satisfação e contribuição dos mesmos para uma gestação saudável.

Quanto à satisfação as respostas foram positivas por variadas causas: por terem tido a oportunidade de realização desses exames; por serem gratuitos; por serem bem realizados e pelos resultados terem sido satisfatórios.

Fiquei satisfeita em ter a oportunidade de fazer. (Gestante 4)

Fiquei satisfeita sim, porque é grátis. (Gestante 6)

Sim, fiquei, até agora foram bem feitos não teve nenhum erro. Porque também ajuda a saber se a pessoa teve algum problema e sem contar que você também não gasta nada, financeiramente é muito bom. (Gestante 7)

Fiquei porque graças a Deus num deu nada, num adoeci de nada. (Gestante 8)

Essas falas demonstram que os princípios da universalidade e integralidade estão sendo contemplados e que está havendo qualidade no pré-natal, pois elas tiveram acessibilidade aos exames de forma preconizada pelo SUS, assim como eles deram subsídio para prevenção de intercorrências durante a gestação.

Como afirmam Serruya, Cecatti e Lago (2004b) uma atenção pré-natal de qualidade se dá através do cumprimento de critérios mínimos, são eles: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização dos seguintes procedimentos: no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais preconizados pelo Ministério da Saúde e aplicação de vacina antitetânica até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas.

Quanto aos resultados dos exames terem contribuído para um curso de gestação saudável elas responderam positivamente alegando que estes proporcionaram apoio diagnóstico e terapêutico nas situações de intercorrências e preventivas:

Sim contribuíram porque através dos resultados é que a gente recebe as orientações do Enfermeiro para melhorar ou então para continuar saudável. (Gestante 7)

Sim, porque eu tava com dor de urina e depois do resultado eu tomei remédio e passou. (Gestante 2)

Sim, porque ta tudo bem com a criança e comigo. (Gestante 6)

É interessante destacar nessas respostas que as gestantes afirmaram terem, os exames, contribuído para um curso de gestação saudável através dos seus resultados, positivos ou negativos, auxiliaram nas condutas tomadas pelo profissional de saúde. Dessa forma, pode-se afirmar que a resolubilidade foi alcançada, pois seu objetivo é, justamente, esse, auxiliar a equipe de saúde na oferta de um pré-natal de qualidade, pois como asseguram Malachias *et al* (2010) resolubilidade é a exigência de que, quando um indivíduo busca atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

Em contrapartida, surgiu com essas respostas um paradoxo, pois ao mesmo tempo em que anteriormente as gestantes afirmaram não ter recebido informações aqui, a gestante sete deixa claro que após os resultados dos exames recebia informações do Enfermeiro. Isso nos faz refletir sobre a compreensão delas a respeito do que lhes era transmitido ou mesmo a atenção dada por elas às possíveis orientações fornecidas pelos profissionais.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar este estudo, algumas considerações surgiram como respostas a indagações iniciais e outros achados instigam a continuidade dessa pesquisa, que pretendeu averiguar o conhecimento das gestantes sobre os exames de rotina do pré-natal, o fluxo e a resolubilidade.

No decorrer do estudo, percebeu-se que as gestantes, dentre primigestas e múltiparas, realizavam acompanhamento de pré-natal e apresentavam algumas lacunas quanto à compreensão sobre o significado dos exames de rotina do pré-natal, apesar de conhecerem os nomes de tais exames e o protocolo da UBS para a efetivação dos mesmos.

Esse déficit de compreensão quanto ao significado deveu-se principalmente a limitação de fontes informativas, pois se identificou que elas apenas recebiam orientações dos profissionais de saúde que realizavam as consultas de pré-natal, não buscando respostas de questionamentos em livros, mídia, amigos e familiares.

Encontrou-se também que durante essas consultas somente foram contemplados sobre a listagem dos exames que deveriam ser realizados durante a gravidez e o fluxo de oferta, o que possibilitou como lacuna a necessidade do *feedback* para verificação de compreensão sobre a temática por parte das gestantes.

Nesse sentido, sugere-se que grupos de gestantes sejam implementados por essa e outras ESF para viabilizar o aprendizado delas, oportunizar a troca de experiências e contemplar temas que muitas vezes, ficam limitados nos momentos das consultas.

Essa ação é importante independente do nível de escolaridade das gestantes, pois nesse estudo encontrou-se que havia mulheres com tempo de estudo elevado e outras não, o que não foi o motivo para o déficit de compreensão quanto ao significado de tais exames.

Com relação à oferta e o fluxo dos exames, percebeu-se que a ESF que foi lócus da pesquisa junto a Secretaria de Saúde do Município de Cajazeiras estão ofertando os exames preconizados pelo Ministério da Saúde; e facilitando a marcação e a entrega da requisição para as gestantes comparecerem ao laboratório. Porém, na opinião de algumas mulheres, existe a demora nesse fluxo.

Quanto à resolubilidade dos exames identificou-se que foram importantes para identificar e prevenir intercorrências durante o ciclo gestacional, o que reforça a relevância que os mesmos têm durante o acompanhamento do pré-natal.

Com esses resultados, considera-se que a assistência de pré-natal quanto aos exames de rotina estão acontecendo de forma satisfatória, apesar de existirem algumas limitações

passíveis de ajustes. Portanto, sugere-se que com esses resultados, a equipe busque elaborar e implementar estratégias que possam minimizar as problemáticas existentes e aperfeiçoar as ações que realizam na Unidade Básica de Saúde no que se concerne ao exames de rotina do pré-natal.

Não se pretende encerrar a temática ao finalizar esse estudo, e sim, continuar a partir das lacunas encontradas, já que o pré-natal com qualidade é uma das prioridades da ESF, além da escassez de publicações nessa abordagem.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Saúde Pública. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis DST**. 3º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal Nascimento**. Brasília, Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Saúde Pública. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 4º ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília-DF, 2004.

_____. Ministério da saúde. Secretaria de Saúde Pública. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Assistência Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. 2ª reimpressão. Brasília-DF, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais**. 2010. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acesso dia 10 de agosto de 2011.

BUB, M.B.C.; *et al.* A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, vol. Esp, n. 15, p.p. 152-7, 2006.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, **Documentos Básicos**, 8ª edição, Rio de Janeiro: COFEN, 2002

GIL, A. C. **Como Elaborar Projetos de Pesquisa**. São Paulo: Ed. Atlas, 2002.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Censo 2010**. 2010. Disponível em: <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso dia 06 de agosto de 2011.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Fundamentos da Metodologia Científica**. 5ª. Ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANDERDAHL, M.C.; *et al.* A Percepção de Mulheres sobre Atenção Pré-Natal em uma Unidade Básica de Saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, vol. 11, n. 1, p.p105-111, mar, 2007.

LORENZI, T.F. **Manual de Hematologia, Propedêutica e Clínica**. 3^a ed, Editora Médica Científica: São Paulo, 2003.

MALACHIAS, I.; *et al.* **A Resolubilidade na Gestão**: descentralização e redução das iniquidades. Belo Horizonte, 2010.

MARCIA, R. NOZAWA, M.R.; SCHOR, N. O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, vol. 2, n. 5, p.p. 89-119, 1996.

MINAYO, M. C. S; DESLANDES, S.F; GOMES, R.. **Pesquisa Social**: teoria, método e criatividade. 25. ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Obstetrícia Fundamental**. 11^a Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NÚCLEO INTERDISCIPLINAR DE ESTUDOS DE GÊNERO. **Direitos da Gestante**: conhecer para exigir. Viçosa: UFV, 2008.

OSIS, M.J.M.D. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, vol 14, n. 1, p.p 25-32, 1998.

PICCININI, C.A.; *et al.* Gestação e a Constituição da Maternidade. **Psicologia em Estudo**. Maringá, v. 13, n. 1, p.p. 63-72, jan./mar. 2008

REDE FEMINISTA DE SAÚDE. **Marcos da Saúde das Mulheres, dos Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos**: ferramenta para a ação política das mulheres. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Luís do Maranhão, vol. 2, n. 12, p.p. 477- 486, 2007.

SALES, O. **Leitura e Interpretação de Exames em Enfermagem**. 3^a ed. AB Editora: Goiânia, 2008.

SANTOS, R.V.; PENNA, C.M.M. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto Contexto Enferm**. Florianópolis, vol. 4, n. 18, p.p. 652-60, 2009 Out-Dez.

SÃO PAULO, Secretaria Municipal de Saúde. Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher. **Protocolo para Assistência ao Pré - natal e puerpério**. Ribeirão Preto, 2009.

SERRUYA, S.J; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, vol. 26, n.7, p.p. 517-525, 2004a.

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, vol. 5, n. 20, p.p. 1281-1289, set/out, 2004b.

STARFIELD, B. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologias. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

TREVISAN, M.R.; *et al.* Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. . **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Caxias do Sul, vol. 5, n. 24, p.p. 293-299, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

I. Dados de Identificação

Perfil Sociodemográfico:

Idade _____

Escolaridade _____

Estado Civil _____

Ocupação: _____

Renda Familiar _____

Perfil obstétrico:

G ___ P ___ A ___

Idade Gestacional atual _____

Número de consultas realizadas nessa gestação _____

Conhecimento sobre os exames de rotina do pré-natal

- Quais são os exames realizados durante o pré-natal?
- Para que servem esses exames?
- Quais as fontes informativas sobre os exames de pré-natal que você teve?
- Quais as orientações sobre os exames de pré-natal que os profissionais de saúde (médico, enfermeiro, ACS, etc...) da UBS explicaram para você durante essa gestação?
- E como foram essas informações?

Oferta dos exames de rotina do pré-natal

- Quais são os exames que você realizou durante o pré-natal?
- Como a ESF dar suporte para realizá-los?

Fluxo dos exames de rotina do pré-natal

- Descreva o percurso que você teve para realizar os exames de pré-natal durante essa gravidez.
- Em sua opinião, como deveriam ser as etapas que uma gestante deve percorrer para realizar seus exames da gravidez?
- Quais as facilidades que você encontrou para realizá-los?

- Quais as dificuldades que você encontrou para realizá-los?

Resolubilidade dos exames do pré-natal.

- Você ficou satisfeita quanto a realização dos exames de pré-natal ofertados pela ESF? Por quê?

- Os resultados dos exames contribuíram para uma gestação saudável? Por quê?

ANEXOS

**ANEXO A: DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE
PESQUISA**

DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FLUXO E RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS

Eu, Milena Silva Costa, professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG/CFP portadora do RG: 96029241779 declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Orientadora

Orientanda

CAJAZEIRAS, 06/09/2011

ANEXO B: TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL

TERMO DE COMPROMISSO DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL**Pesquisa: COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FLUXO E RESOLUBILIDADE
DOS EXAMES PRÉ-NATAIS**

Eu, Milena Silva Costa, professora assistente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFCG/CFP portadora do RG: 96029241779 e CPF: 859694943-72 comprometo-me em cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96 do CNS, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humano. Estou ciente das penalidades que poderei sofrer caso infrinja qualquer um dos itens da referida resolução. Por ser verdade, assino o presente compromisso.

PESQUISADOR(A)

CAJAZEIRAS, 06/09/2011

ANEXO C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa "**COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FLUXO E RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS**". Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos: O trabalho **COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FLUXO E RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS** terá como objetivo geral: Averiguar o conhecimento das gestantes sobre os exames de rotina do pré-natal, o fluxo e a resolubilidade. Ao voluntário só caberá a autorização para a coleta de dados será realizada mediante um roteiro de entrevista semi-estruturada, a qual após a autorização pelas depoentes será gravada as respectivas falas para serem transcritas de forma fidedigna e posteriormente, analisadas, e não haverá nenhum risco ou desconforto ao voluntário. Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

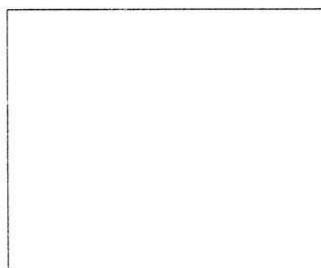
- O voluntário poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.
- Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.
- Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.
- Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 99465626 da professora orientadora Milena Silva Costa.
- Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.
- Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do Participante

Assinatura Dactiloscópica

Participante da pesquisa



ANEXO D: TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS****SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE****CNPJ: 05325381/0001-00****RUA ARSÊNIO ROLIM ARARUNA, 01-COCODÉ****FONE: (83)3531-4734**

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Compreensão de Gestantes sobre Fluxo e Resolubilidade dos Exames de Rotina Pré-natais” desenvolvida pela aluna Iara Ferreira da Silva do Curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Milena Silva Costa.

CAJAZEIRAS, 06/09/2011

Assinatura e carimbo do responsável institucional

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
RUA 7000 - CAJAZEIRAS**

ANEXO E: DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

DECLARAÇÃO DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE

Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 196/96. Esta instituição está ciente de suas co-responsabilidades como instituição co-participante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem estar.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

ANEXO F: PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA- PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
COMPROVANTE DE APROVAÇÃO SISNEP**

Andamento do projeto - CAAE - 0545.0.133.000-11

Título do Projeto de Pesquisa

COMPREENSÃO DE GESTANTES SOBRE FLUXOS E RESOLUBILIDADE DOS EXAMES PRÉ-NATAIS

Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	20/09/2011 12:05:32	30/09/2011 09:42:12		

Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
3 - Protocolo Aprovado no CEP	30/09/2011 09:42:12	Folha de Rosto	0545.0.133.000-11	CEP
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	06/09/2011 19:55:10	Folha de Rosto	FR461022	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	20/09/2011 12:05:32	Folha de Rosto	0545.0.133.000-11	CEP

**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**



Prof.ª Dra. Doralícia Pedrosa da Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAIAZEIRAS - PARAÍBA