



Universidade Federal
de Campina Grande

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE CIÊNCIAS DA VIDA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

KLEBIANA GOMES PEREIRA

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL
REALIZADO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE SOUSA-PB**

**CAJAZEIRAS - PB
2011**

**PERCEÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL
REALIZADO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE SOUSA-PB**

KLEBIANA GOMES PEREIRA

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL
REALIZADO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE SOUSA-PB**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Coordenação do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal de
Campina Grande, como requisito parcial à
obtenção do título de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Maria do Carmo
Andrade Duarte de Farias.

**CAJAZEIRAS - PB
2011**



P436p Pereira, Klebiana Gomes.
 Percepção de gestantes acerca do pre-natal realizado em
 Unidades Básicas de Saúde do Município de Sousa-PB /
 Klebiana Gomes Pereira. - Cajazeiras, 2011.
 65f. : il. color.

 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. Saúde da mulher-cuidados com gestantes.
 I. Farias, Maria do Carmo Andrade Duarte de. II.
 Universidade Federal de Campina Grande. III. Centro de
 Formação de Professores. IV. Título

CDU 618.2-082

KLEBIANA GOMES PEREIRA

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL
REALIZADO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO
DE SOUSA-PB**

APROVADO EM ____ / ____ /2011

BANCA EXAMINADORA

Profª. Dra. Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias
Orientadora
(MEMBRO – UFCG/ ETSC)

Profª. Msc. Betânia Maria Pereira dos Santos
(MEMBRO – UFCG/CFP/ ETSC)

Profª. Esp. Cláudia Maria Fernandes
(MEMBRO – UACV/CPF/UFCG)

A Deus e a minha família
Dedico.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir que enfrentasse todos os momentos bons ou ruins nessa caminhada.

Aos meus pais, Manoel Pereira da Silva e Gerlúcia Gomes da Silva, pelo incentivo, dedicação, confiança, apoio, pelo esforço para manutenção dos meus estudos e pela presença constantes.

Aos meus irmãos, João e Juliana pelo companheirismo.

A Fernando Júnior, meu noivo e amigo, pelo apoio constante, paciência e compreensão na minha trajetória acadêmica.

As minhas tias, Graça, Lourdes, Necy e Rita pelo apoio e colaboração nessa jornada.

A minha avó, Maria que almejou essa conquista e desde sempre acreditou em mim.

Ao meu amigo Demetrius (in memoriam) pelo exemplo de força, dedicação, empenho e de amizade. Sempre te levarei comigo!

A minha orientadora Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias, por aceitar trabalhar comigo, por contribuir através dos seus conhecimentos para a realização desta pesquisa.

A professora Aissa pela colaboração e pelas noites em claro nos auxiliando no andamento desse projeto.

A todos os professores da Universidade Federal de Campina Grande/ Campus de Cajazeiras, pelos ensinamentos.

Aos meus colegas de sala, pelo convívio e pelos momentos de alegria. Sentirei saudades!

As gestantes que gentilmente aceitaram compartilhar seus pensamentos, possibilitando a construção desse estudo.

Enfim, a todos os amigos que de alguma forma, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“Há homens que lutam um dia e são bons.
Há outros que lutam um ano e são melhores.
Há os que lutam muitos anos e são muito bons.
Porém, há os que lutam toda a vida.
Esses são imprescindíveis”.

Bertolt Brech
UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

RESUMO

PEREIRA, K. G. Percepção de gestantes acerca do pré-natal realizado em Unidades Básicas de Saúde no município de Sousa - PB. 74f. **Trabalho de Conclusão de Curso** (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2011.

No Brasil evidencia-se a ampliação na cobertura pré-natal, todavia faz-se necessário a investigação da qualidade da atenção prestada. Essa pesquisa teve como objetivos: analisar a percepção das gestantes acerca da assistência prestada durante o pré-natal realizado em UBS do município de Sousa-PB, conhecer a influência exercida pelo nível socioeconômico na adesão/permanência nas consultas pré-natais e verificar a importância atribuída pelas gestantes ao pré-natal realizado em UBS do município de Sousa-PB. Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem quantitativa e qualitativa. Participaram da pesquisa 30 gestantes que realizaram pré-natal em três Unidades Básicas de Saúde do município de Sousa-PB, em maio de 2011. Os dados foram coletados por meio de entrevista aberta e individualizada, com roteiro estruturado, assim como informações contidas no Cartão da Gestante e na Ficha Individual da Gestante e Puérpera. Utilizaram-se tabelas para a caracterização dos dados socioeconômicos e obstétricos das participantes e quadros para a análise dos dados qualitativos através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), destacando-se as idéias centrais e seus respectivos discursos, comentados de acordo com a literatura conveniente ao assunto. Os resultados apontam mulheres com idade propícia à gestação, que conviviam com companheiro fixo, a maioria era do lar, sobrevivia com um salário mínimo e residia com um número considerável de pessoas. Quanto aos dados obstétricos, 76,7% iniciaram o pré-natal no 1º trimestre, 33,3% eram primíparas. Constatou-se que as gestantes atribuíam a importância do pré-natal primeiramente à saúde de seus filhos, posteriormente a elas; o descontentamento expresso no discurso de algumas, por falhas na assistência e que as gestantes, em maioria, não vão acompanhadas durante as consultas, comprometendo a resolutividade da atenção prestada. Observou-se que as expectativas das gestantes e a importância atribuída por elas em relação ao pré-natal fundamentam-se no conceito de saúde preventiva e curativa, e que aspectos socioeconômicos influenciaram esta percepção.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Gestantes. Saúde da Mulher.

ABSTRACT

PEREIRA, K. G. The Pregnant women's Perception concerning to the prenatal exams taken place in Basic Health Unities in the municipal district of Sousa-PB. 74f. **Conclusion Course's Work** (Bachelor in Nursing). Federal University of Campina Grande, Cajazeiras – PB, 2011.

In Brasil, the enlargement in the prenatal covering is evidenced, though It is necessary the investigation into the quality of the rendered attention. That research had as objectives: to analyze the pregnant women's perception concerning to the attendance rendered during the prenatal that had taken place in BHU of the municipal district of Sousa-PB, to know the influence exercised by the socioeconomic level in the adherence / permanence in the prenatal consultations and to verify the importance attributed by the pregnant women to the prenatal that had taken place in BHU of the municipal district of Sousa-PB. It is an exploratory research, with quantitative and qualitative approach. Thirty pregnant who had their prenatal exams done in three Basic Health Unities in the municipal district of Sousa-PB, in May of 2011, participated of this research. The data were collected through open and individualized interview, with structured itinerary, as well as information contained in the pregnant woman's card and in the pregnant woman's individual record and postnatal. Tables were used for the characterization of the participants' socioeconomic and obstetric data and pictures for the analysis of the qualitative data through the Collective Subject's Speech (CSS), standing out the central ideas and their respective speeches, commented in agreement with the convenient literature about the subject. The results point women with favorable age for gestation, who lived together with fixed companion, most was of the home, who survived with a minimum wage and lived with a considerable number of people. Concerning to the obstetric data, 76,7% began the prenatal in the 1st quarter of the year, 33,3% were in the first gestation. It was verified that the pregnant women attributed the importance of the prenatal firstly to their children's health, later to them; the expressed dissatisfaction in the speech of some, for flaws in the attendance and that the pregnant women, in majority, is that they don't go accompanied during the consultations, endangering the rendered attention's capacity of resolution. It was observed that the pregnant women's expectations and the importance attributed by them in relation to the prenatal are based in the concept of preventive and healing health, and that the socioeconomic aspects influenced this perception.

Keywords: Prenatal care. The Pregnant. Women's health.

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: 34
“Qual é a importância do pré-natal?”
- QUADRO 2** - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: “A 36
linguagem do profissional é clara para esclarecer suas dúvidas?”
- QUADRO 3** - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: 38
“Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência?”
- QUADRO 4** - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: 41
“Quando vai à consulta pré-natal, vai acompanhada por quem?”

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Participantes do estudo segundo faixa etária e estado civil. Sousa, PB, 28 2011.

TABELA 2 – Participantes do estudo segundo dados socioeconômico e educacional. 30 Sousa, PB, 2011.

TABELA 3 - Participantes do estudo conforme inicio do pré-natal, nº de gestações e o nº 32 de consultas pré-natal. Sousa, PB, 2011.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	15
2.1 PRÉ-NATAL: UMA VISÃO GERAL	15
2.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL	16
2.3 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SUAS DIMENSÕES	20
3 PERCURSO METODOLÓGICO	24
3.1 TIPO DE ESTUDO	24
3.2 LOCAL DE ESTUDO	24
3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	25
3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	25
3.6 COLETA DE DADOS	25
3.7 ANÁLISE DOS DADOS	26
3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO	27
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	28
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	28
4.2 ANÁLISES DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO (DSC) ABORDANDO A PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL	33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	43
REFERÊNCIAS	44
APÊNDICES	49
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	50
ANEXOS	52
ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	53
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS	55
ANEXO C - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL	57
ANEXO D - CARTÃO DA GESTANTE	59
ANEXO E - FICHA INDIVIDUAL DA GESTANTE E PUÉRPERA	61
ANEXO F - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	63
ANEXO G - DEPOIMENTOS DSC	65

1 INTRODUÇÃO

A gestação é caracterizada por modificações físicas e psicológicas, que são encaradas de forma distinta de acordo com o contexto em que vivem as gestantes. Por constituir um fenômeno fisiológico, na maioria dos casos evolui sem intercorrências, embora necessite de assistência pré-natal qualificada, objetivando o acolhimento e o acompanhamento da mulher e do feto na evolução da gestação (LANDERDAHL et al., 2007).

O Brasil dispõe de Políticas Públicas de Saúde da Mulher que visam garantir às mulheres atendimento em todos os níveis de atenção à saúde, enfocando a assistência às mulheres durante a gestação, a fim de organizar e fortalecer a rede de serviços para que ocorra a diminuição da mortalidade materno-infantil.

Com esse intuito, o Ministério da Saúde (MS) elaborou, em 1984, o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que propôs o atendimento à mulher na sua integralidade, contemplando a prevenção e a promoção da saúde em todas as fases da vida. O programa atua na assistência ao ciclo gravídico puerperal, no climatério, no planejamento familiar, na prevenção do câncer do colo uterino e de mama, DST/AIDS, entre outras atribuições relacionadas às necessidades e características da cada mulher (BRASIL, 1984).

Mesmo com a instituição do PAISM, a qualidade da atenção pré-natal necessitava de melhorias. Por esse fato, em junho de 2000, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com o objetivo de assegurar o acesso às consultas, adequar o acompanhamento pré-natal e aperfeiçoar a assistência ao parto e puerpério, além de garantir os cuidados ao recém-nascido (BRASIL, 2002).

Estudos evidenciam a ampliação na cobertura pré-natal, embora demonstrem concomitantemente, o comprometimento da qualidade da atenção prestada, considerando que as principais causas de morte materna ocorrem por causas diretas, resultante de complicações obstétricas referentes à gestação, parto e puerpério, ou seja, mediante ações, omissões, tratamento incorreto ou de qualquer fato que poderia ter sido questionado e solucionado durante as consultas de pré-natal, como por exemplo, síndromes hemorrágicas, infecções puerperais, distúrbios hipertensivos, tromboembolismos e acidentes anestésicos (BRASIL, 2006a; MARINHO & PAES, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde, o atendimento pré-natal e puerperal deve ser multiprofissional e multidisciplinar e as consultas tanto podem ser realizadas pelo profissional médico como de enfermagem, sendo intercaladas, de acordo com as intercorrências durante o

ciclo gravídico-puerperal. O enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco, de acordo com a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 (BRASIL, 2006a).

Segundo Hoffmann (2008, p.33):

A assistência de enfermagem precisa buscar estabelecer a prática da comunicação e a escuta ativa com as gestantes, promovendo o intercâmbio de informações e experiências, disponibilizando informações adequadas, democratizando o saber e estimulando a busca da autonomia nas mulheres envolvidas, já que é direito da gestante ser informada sobre sua saúde e participar das decisões referentes à sua vida.

Para assegurar a atenção qualificada e integral às gestantes necessita-se de profissionais que atuem com competência na assistência pré-natal, capacitados para tal função. A atenção qualificada no pré-natal promove uma maternidade segura, além de ser fator contribuinte para a redução da mortalidade materna, posto que as altas taxas de morbimortalidade materna ainda fazem parte do nosso contexto (NOGUEIRA, 2010; CUNHA et al., 2009).

Vários autores associam a escolaridade ao risco de morte materna, uma vez que relacionam os riscos aos fatores socioeconômicos. Segundo Haidar, Oliveira & Nascimento (2001, p.1027), “o número de consultas no pré-natal também se mostrou associado à escolaridade materna [...]”. Dessa forma, mulheres com maior escolaridade iniciam o pré-natal precocemente.

O interesse na escolha do tema ocorreu diante da vivência com gestantes cadastradas nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) do município de Sousa, onde se realizou estágio curricular supervisionado da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), e foi observado que algumas gestantes não eram satisfeitas com a assistência e outras faltavam às consultas agendadas.

Neste sentido, esta pesquisa foi desenvolvida no intuito de responder ao seguinte questionamento: Qual é a percepção da gestante acerca da assistência pré-natal? Assim, julga-se que esta pesquisa coopere na obtenção de informações necessárias para melhorar a qualidade da assistência pré-natal, e estratégias efetivas que propiciem a integralidade da atenção, contribuindo para a identificação e controle dos fatores de riscos responsáveis pelos altos índices de morbimortalidade materna e perinatal.

Sendo o pré-natal de extrema importância para a saúde materno-infantil, torna-se imprescindível a investigação da qualidade da atenção prestada às gestantes e dos fatores que poderão interferir na adesão às consultas, no nível de atenção básica. Dessa forma, pretende-

se com esse estudo, alcançar os seguintes objetivos: analisar a percepção de gestantes acerca da assistência prestada durante o pré-natal realizado em UBS do município de Sousa-PB, conhecer a influência exercida pelo nível socioeconômico na adesão/permanência nas consultas pré-natais e verificar a importância atribuída pelas gestantes ao pré-natal realizado em UBS do município de Sousa-PB.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 PRÉ-NATAL: UMA VISÃO GERAL

O termo pré-natal é utilizado para designar o período desde a confirmação da gravidez até o parto. Estes são eventos biologicamente normais, porém envolvem transformações físicas e psicológicas na mulher. Por isso, a gestante necessita de uma assistência contínua, tanto de profissionais de saúde, quanto dos familiares (BRASIL, 2000).

A atenção pré-natal e puerperal objetiva o acolhimento e a humanização do acesso à mulher do início ao fim do período gestacional, garantindo assim, o cuidado integral, materno e neonatal (BRASIL, 2006a).

De acordo com Shimizu & Lima (2009), durante a gestação a mulher vivencia sentimentos de poder, enaltecendo a beleza feminina. Por essa razão, a gestação vai além da função reprodutiva, sendo tida como algo divino. Contudo, a maioria das gestantes partilha do medo da transformação negativa do seu corpo.

As gestantes possuem necessidades que devem ser supridas e respeitadas pelos profissionais durante o atendimento nos serviços oferecidos. Segundo Duarte & Andrade (2008, p.134):

É fundamental que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, principalmente a gestante trabalhadora, que contribui para a manutenção financeira da família e divide o tempo entre o trabalho e a assistência à saúde. Esse quadro configura uma nova necessidade em saúde por parte da população feminina.

O vínculo mantido entre as gestantes, a família e os profissionais é essencial para que as gestantes interajam com o serviço, fazendo com que as intercorrências durante esse período sejam identificadas. Sendo assim, a assistência prestada às gestantes, fundamentada no respeito entre os sujeitos envolvidos pode se encaminhar para um parto humanizado (LANDERDAHL et al, 2007).

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação (BRASIL, 2000).

Se esse fator não for contemplado haverá a formação de uma barreira no atendimento pré-natal, dificultando a livre procura pela gestante ao serviço. Sendo assim, o profissional necessita de preparo para desenvolver técnicas de escuta e acolhimento, pois através destes meios qualificará seu atendimento. Simultaneamente, a gestante e sua família, quando envolvidas nesse processo, irão desenvolver estratégias para enfrentar os detalhes de uma gestação, promovendo assim, sua interação e identificação da existência de prováveis conflitos (HOFFMANN, 2008).

Torna-se necessário o subsídio da estrutura ambulatorial e hospitalar adequada para atender as mulheres com riscos identificados durante a realização do pré-natal de baixo risco, visto que este estabelece um processo de vigilância, com o intuito de controlar os possíveis riscos (COSTA, GUILHEM & WALTER, 2005).

Neste contexto, é fundamental a participação efetiva dos profissionais responsáveis pela atenção durante o pré-natal, sendo capazes de conhecer e considerar os fatores sociais, econômicos e culturais em que estão inseridas as grávidas, buscando que, através das suas orientações e intervenções, ocorra um pré-natal seguro, um parto sem intercorrências e que, no puerpério mãe e filho estejam saudáveis.

Apesar da busca desse atendimento integral e das inúmeras ações abordadas durante as consultas de pré-natal, a mortalidade materna se caracteriza no contexto de valorização da mulher com ser social, como enfatizam Marinho & Paes (2010, p.733):

[...] a morte materna torna-se ainda mais significativa em termos dos problemas gerados na família, tanto na esfera emocional - revelada pelo choque, desespero, surpresa, incerteza, não aceitação, medo do futuro; quanto na esfera social - quando a família se depara com o conflito de relações, com a falta de sustentação na transmissão de regras morais e sociais e com o desequilíbrio na condição econômica da família.

Portanto, a assistência pré-natal atua como um fator indispensável para a redução da mortalidade materna e perinatal, considerando que muitas patologias podem ser diagnosticadas, tratadas e/ou controladas no período gravídico-puerperal, contribuindo destarte para a redução desses índices, além de que um pré-natal de qualidade também esclarecerá sobre malefícios específicos ao parto, aos cuidados com o recém-nascido e durante o puerpério (OBA & TAVARES, 2000).

2.2 CONSIDERAÇÕES GERAIS SOBRE AS POLÍTICAS PÚBLICAS NA SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

Nas primeiras décadas do século XX, no Brasil, as políticas nacionais de saúde incluíram a saúde da mulher, mesmo que limitando essa atenção a gravidez e ao parto. Nas décadas de 30, 50 e 70 foram elaborados programas que se restringiam a ver a mulher como mãe e doméstica, agregando a ela o papel de cuidadora do lar e da família (BRASIL, 2004a).

Na década de 1980, o Brasil passou por um processo de redemocratização, onde populares ampliaram sua organização e surgiram novos atores sociais. Dessa forma, ampliaram-se as demandas sobre o Estado, provocando um sólido movimento social em prol da universalização do acesso e de que a saúde fosse declarada direito universal e dever do Estado (BRASIL, 2004b).

A evolução desses acontecimentos, de acordo com Costa (1999, apud SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004a), no final do século XIX, a atenção que antes era voltada apenas para o parto, direciona-se para o período anterior ao nascimento, intitulado-se assistência materno-infantil, apesar de serem consultas esparsas e sem ações especializadas durante o pré-natal. Em busca da ampliação da assistência, grupos de mulheres e de profissionais da saúde, se mobilizaram em torno da proposta de reforma sanitária, culminando com a criação de um sistema de saúde único, público e universal.

Com vistas a assegurar os direitos reivindicados pela população na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), através da Constituição Federal de 1988 (Art. 198), regido pelos princípios da Equidade, Universalidade e Integralidade.

A partir dessas mobilizações, foram elaborados programas visando à atenção a saúde da mulher, o primeiro deles foi o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), instituído em 1983 pelo Ministério da Saúde (MS).

O programa conjecturava que a mulher deveria ser considerada não somente com enfoque nos aspectos biológicos, mas, sobretudo no social, econômico, histórico, político e cultural, visto que o conjunto desses fatores determina o quadro de saúde e de doença de um ser humano (HOFFMANN, 2008).

Desse modo, nos textos básicos de saúde do MS, o PAISM propõe que:

As atividades básicas de assistência integral à saúde na mulher constituem um conjunto de ações, educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação, aplicadas permanentemente e de maneira não repetitiva, tendo como objetivo final a melhoria dos níveis de saúde da população feminina. (BRASIL, 1984, p.18).

De acordo com Osis (1998), quando lançado, o PAISM contribuiu significadamente com a sociedade, atuando como elemento desencadeador de debates, importante para o momento de redemocratização que vivia a sociedade brasileira.

Apesar de as atividades preconizadas pelo PAISM estivessem sendo realizadas como determinava o programa, questionavam-se os resultados obtidos e a qualidade da assistência prestada. Embora a assistência pré-natal sempre tenha sido propósito nas ações protagonizadas pelos serviços de saúde, percebia-se que algumas questões mereciam discussão, como o difícil acesso em algumas regiões do país, o aumento das taxas de mortalidade materna e neonatal, a relação entre pré-natal e parto e o processo de humanização na atenção (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004b).

De acordo com o Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, de 2004 a 2007, se caracteriza em um documento onde são apresentados os objetivos, ações, estratégias, fontes de recursos, indicadores e mecanismos de operacionalização da política. Esta proposta fundamenta-se no documento “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, auxiliando na execução do Plano Plurianual do Governo Federal, visando assim à construção de um consenso nacional para o desenvolvimento das políticas públicas de saúde para a mulher integralmente nos diversos níveis do sistema (BRASIL, 2004c).

Segundo a instituição ora citada, o Plano de Ação tem como fundamento para o seu emprego, reconhecer as diferenças de organização e de crescimento tecnológico entre as diversas regiões, estados e municípios brasileiros. Diante disso, tem por obrigação contemplar a realidade de cada município, considerando suas especificidades epidemiológicas e culturais, bem como sua inclusão nos muitos níveis de gestão declarados pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Considera-se, portanto, que a promoção da saúde, a amplificação do acesso aos serviços, a humanização e o aumento na qualidade da atenção, são circunstâncias determinantes para que as ações de saúde resolvam os problemas identificados, satisfaçam a população e reconheçam seus direitos (BRASIL, 2004c).

O Brasil se caracteriza por ser um país heterogêneo, tanto em relação às condições socioeconômicas e culturais, como em relação à disponibilidade a serviços de saúde. Portanto compreende-se que a população feminina apresenta diferenças marcantes de uma região a outra. Dessa forma, essas diferenças são consideradas, nesse processo de implantação e implementação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, facilitando uma atuação próxima da realidade local, proporcionando melhores resultados (BRASIL, 2004a).

Nesse contexto, a Área Técnica de Saúde da Mulher buscou identificar a articulação com outros métodos e com novas ações, “quais sejam: atenção às mulheres rurais, com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação nas discussões e atividades sobre saúde da mulher e meio ambiente.” (BRASIL, 2004a, p.19).

Segundo o Ministério da Saúde, sobre as políticas norteadoras da atenção à saúde:

A delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal é resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população. Porém, essa proposta não abrange todo o conjunto de ações previstas nos documentos que norteiam a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que passa a contemplar, a partir de 2003, a atenção a segmentos da população feminina ainda invisibilizados e a problemas emergentes que afetam a saúde da mulher (BRASIL, 2004a, p.18).

Buscando a percepção da mulher como sujeito ativo, o conhecimento e respeito aos seus direitos reprodutivos, em junho de 2000, foi instituído pelo MS, o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que tem como princípios estruturadores o respeito a esses direitos e a perspectiva da humanização (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004b).

Foi por meio da Portaria nº 569/GM de 1/06/2000, que as bases do programa foram fundamentadas, norteadas por diretrizes que respeitam a universalidade no atendimento durante a consulta de pré-natal, no parto e puerpério apropriado e de qualidade; visita prévia ao local do parto; presença do acompanhante durante o parto e atenção humanizada e confiante ao parto. Os direitos mencionados se estendem ao recém-nascido, com relação à apropriada assistência neonatal. E quanto às mulheres que possivelmente se encontrem em situação de risco gestacional o MS garante o acesso aos serviços essenciais (COSTA, GUILHEM & WALTER, 2005).

O PHPN surge da necessidade de unir a expansão do acesso aos serviços pré-natais à qualidade da assistência prestada às mulheres, buscando a elevação dos índices de cobertura em todos os municípios do país (NASCIMENTO, RODRIGUES & ALMEIDA, 2007).

No projeto operacional, o PHPN definiu princípios essenciais da assistência à gestação e ao parto, concentrando-se esforços com a finalidade de objetivar a redução das altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal. Introduzindo-se a necessidade de ampliação do acesso ao pré-natal, a instauração de procedimentos e ações, fundamentada no acompanhamento e na promoção donexo entre a assistência ambulatorial e o parto em si (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004b).

Salienta-se ainda, a importância primordial da humanização nesse processo, com isso:

O Programa de Humanização no Pré-natal e nascimento fundamenta-se no direito de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende pelo menos dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo, se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente 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. (BRASIL, 2002, p.5-6).

O SISPRENATAL, 'sistema informatizado de informações', foi criado como medida fundamental para a análise do acompanhamento do PHPN. Além disso, teria que monitorizar o pagamento dos incentivos financeiros e constituir-se em um instrumento técnico fornecedor de um conjunto de relatórios e indicadores planejados para acompanhar essa atenção no contexto municipal e estadual, cooperando na melhoria da administração dos serviços. Antes da instituição do programa, era obtido apenas o número absoluto de consultas no que diz respeito à assistência pré-natal no SUS, não consentindo o detalhamento da qualidade no pré-natal. Foram estabelecidos incentivos para o cadastramento (R\$10,00 reais por gestante), sendo realizada a captação precoce e para incentivo à conclusão do pré-natal (R\$40,00 reais por gestante), o município cumpriria os critérios determinados pelo PHPN: seis ou mais consultas de pré-natal, todos os exames obrigatórios, a imunização antitetânica e a consulta puerperal natal (SERRUYA, LAGO & CECATTI, 2004a).

2.3 A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E SUAS DIMENSÕES

A gestante deve buscar o atendimento pré-natal precocemente e regularmente com o intuito de proporcionar a si e ao seu filho a melhor assistência possível, pois a frequência às consultas é fundamental para prevenir, identificar e tratar doenças que porventura possam surgir afetando mãe e feto; além de buscarem apoio e segurança nos profissionais que as atenderão, tendo em vista que durante esse período se sentem frágeis, vulneráveis e confusas.

O acolhimento à mulher desde a confirmação da gravidez é o que objetiva a assistência pré-natal, uma vez que nesse período cada gestante passa por mudanças físicas e emocionais, distintamente. Essas alterações geram medos, dúvidas, angústias, fantasias ou

simplesmente a vontade de conhecer o que acontece no interior de seu corpo. Em busca da qualidade da atenção pré-natal esses aspectos são valorizados através de ações concretas que permeiam a integração dos serviços ofertados (BRASIL, 2000).

Nessa ótica, Duarte & Andrade (2008, p.134) enfatizam que:

A assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem.

Segundo Montenegro & Rezende Filho (2008), a assistência pré-natal tem como objetivos básicos:

- Recomendar ações em higiene pré-natal;
- Acompanhar psicologicamente as gestantes;
- Instruí - la sobre o parto e noções de puericultura;
- Abster o uso de medicação e de medidas que possam causar danos ao feto;
- Identificar e tratar os possíveis distúrbios habituais da gravidez;
- Prevenir, diagnosticar e tratar as doenças próprias da gestação.

Como preconiza o Ministério da Saúde, devem ser realizadas no mínimo seis consultas, dando preferência a uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2006a).

A Unidade de Saúde onde a gestante procurou atendimento deve, além das consultas, proporcionar o acompanhamento com profissionais habilitados que complementarão a assistência com orientações individualizadas ou palestras, abordando temas como higiene, alimentação, amamentação, vestuário, lazer e outros relacionados à gravidez (FEBRASGO, 2003).

A programação de consultas durante o pré-natal deve ser realizada mediante os períodos gestacionais que indicam maior risco materno e perinatal. Devendo ter início precoce (primeiro trimestre), mantendo-se regular e completando-se para que as avaliações propostas sejam executadas, dando prosseguimento ao atendimento com o preenchimento do cartão da gestante e da ficha de pré-natal (BRASIL, 2006a).

Durante a primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, tratando de aspectos epidemiológicos, assim como antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a condição da gravidez atual. Logo após, deve ser realizado o exame físico completo, seguido por exame específico (gineco - obstétrico) (BRASIL, 2006a). Além de que o profissional deve buscar apoiar à gestante, já que no primeiro contato com o serviço ela

ainda está refletindo sobre o diagnóstico de gravidez, necessitando de um espaço de escuta para exprimir seus sentimentos e ansiedades, criando um laço de confiança entre gestante e profissional, refletindo muitas vezes na família.

Reconhecer os possíveis riscos a que gestante e/ou feto possam ser submetidos, devem ser investigados na primeira consulta e revistos a cada retorno. Sendo estratégico para que se possa determinar o plano terapêutico, facilitando as consultas seguintes, além de determinar sua complexidade. O profissional que atenderá a gestante deve ser qualificado e estar disposto a avaliar e questionar a mesma, conduzido por exames complementares no intuito de identificar riscos, não permanecendo fixado a um modelo (CALIFE, LAGO & CARMEN, 2010).

Nas consultas subsequentes, a anamnese abordará os aspectos de bem-estar que aborem mãe e feto. A mulher será ouvida para que esclareça suas dúvidas, além de ser questionada sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogada quanto à ocorrência de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2006a).

Para que haja um acompanhamento pré-natal de qualidade, deve existir por parte da equipe atuante a realização constante e correta dos procedimentos técnicos realizados durante a consulta obstétrica.

Entre os procedimentos técnicos realizados durante o exame clínico obstétrico preconizado pelo Ministério da Saúde, destacam-se (BRASIL, 2006a):

- O cálculo da idade gestacional: objetiva estimar a duração da gravidez e a idade do feto. Os métodos estimados dependem da data da última menstruação (DUM), correspondendo ao primeiro dia de sangramento do último período menstrual da mulher.

- Cálculo da data provável do parto (DPP): Objetiva estimar o período provável para o nascimento.

- Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional: Objetivando avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante, para que os profissionais possam identificar possíveis riscos nutricionais no início da gestação; detectar o ganho excessivo ou o baixo peso das gestantes dependendo da idade gestacional; orientar cada caso, visando um feto com peso ideal e condições viáveis para o parto.

- Controle da pressão arterial (PA): detecta precocemente estados hipertensivos.

- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU): identifica o crescimento do feto; diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional; identificar a situação e a apresentação fetal.

- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF): verificar a cada consulta de pré-natal, a presença, o ritmo, a frequência e alterações nos batimentos cardíacos fetais (BCF).

- Verificação da presença de edema: que objetiva detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

- O preparo das mamas para o aleitamento: é de fundamental importância que o profissional oriente a mãe acerca da amamentação, dos seus aspectos práticos, das vantagens para o seu filho. Proporcionando uma vivência tranquila e o ato efetivo de amamentar conscientemente.

No Brasil, vivemos em um contexto de desigualdade social, diante disso, mulheres e neonatos possuem disparidades na chance de sobrevivência. Dessa forma, a razão de mortalidade materna e a proporção de crianças que morrem antes dos 28 dias de vida são julgados indicadores sensíveis das condições de vida e saúde de determinada população. Dessa forma, devem ser exigidas ações por parte do governo para que haja a melhoria da qualidade da assistência, assim como 'ações intersetoriais', fundamentada na articulação dos diversos setores da sociedade (BRASIL, 2004d).

De acordo com o estudo realizado por Haidar, Oliveira & Nascimento (2001), o número de consultas durante o pré-natal está associado à escolaridade materna, já que mães com maior grau de instrução apresentaram duas vezes mais chance de elencarem mais de seis consultas durante o pré-natal. Percebendo que este iniciou precocemente, portanto conclui-se que essas mães dão maior importância ao pré-natal e/ou teriam maior facilidade no acesso ao acompanhamento durante o período gestacional.

Mediante o proposto, ressalta-se a importância da intervenção da enfermagem na obstetrícia, baseando-se no cuidado à mulher, principalmente durante o ciclo gravídico puerperal, estando, portanto relacionada à diminuição na ocorrência de óbitos maternos. Esta atenção existe desde épocas remotas, porém estudos deixam claro que, alguns locais do Brasil, principalmente no estado da Paraíba, onde os recursos voltados para a saúde são escassos, os números são preocupantes e grande parte dos óbitos maternos tem ocorrido nas classes desfavorecidas e, em sua maioria, são fatores que poderiam ser evitados (MARINHO & PAES, 2010).

3 PERCURSO METODOLÓGICO

3.1 TIPO DE ESTUDO

Esse estudo trata-se de uma pesquisa exploratória, com uma abordagem quantitativa e qualitativa.

Os estudos exploratórios, de acordo com Marconi & Lakatos (2010, p.171)

[...] são investigações de pesquisa empírica cujo objetivo é a formulação de questões ou de um problema, com tripla finalidade: desenvolver hipóteses, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, fato ou fenômeno, para a realização de uma pesquisa futura mais precisa, ou modificar e clarificar conceitos.

3.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi desenvolvido no município de Sousa- PB, localizado na região semi-árida do sertão paraibano, no interior do estado da Paraíba. A circunscrição administrativa possui 26 UBS, e destas, 19 estão localizadas na zona urbana e 7 na zona rural. Cada equipe é composta por um enfermeiro, um médico, um dentista, um auxiliar em consultório dentário, um técnico em enfermagem, um atendente e seis agentes comunitários de saúde, variando a quantidade citada decorrente da área e população.

A preferência pelo município de Sousa decorreu do fato de ser o local de residência da pesquisadora, favorecendo o acesso às UBS e, conseqüentemente, às gestantes cadastradas nas mesmas. Além disso, com a intenção de conhecer a população de gestantes assistidas em UBS e a percepção das mesmas acerca do pré-natal.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população constou de todas as gestantes cadastradas nas 26 UBS existentes no município de Sousa-PB. Inicialmente a amostra das participantes consistia na seleção de 2 UBS, de acordo com a localização estratégica em que se encontravam, conforme condições econômicas e sociais, sendo uma na periferia da cidade e outra no centro. No entanto, devido à insuficiência dos dados obtidos durante a coleta, optou-se pelo acréscimo de mais uma UBS, estando esta localizada na periferia da cidade.

Considerando que os dados foram analisados mediante a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre & Lefèvre, 2005), tinha-se a intenção de uma amostra entre 10 a 15 gestantes de cada unidade. Porém, tendo em vista o número insuficiente de gestantes em determinada unidade, a amostra captou ao todo 30 gestantes, a fim de representar o coletivo. Destas, 7 gestantes pertenciam a UBS XII – Guanabara, que no período da pesquisa possuía 11 gestantes cadastradas; 4 gestantes pertenciam a UBS XIII – Centro, que possuía 5 cadastradas e 19 gestantes pertenciam a UBS VII – Frei Damião, que possuía 34 gestantes cadastradas.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de participação na pesquisa, foram selecionadas gestantes que tiveram condições para estabelecer comunicação verbal, estavam realizando pré-natal na UBS escolhida e aceitaram participar da pesquisa, mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.5 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Como técnica para a coleta de dados foi realizada uma entrevista orientada por meio de um roteiro estruturado, contendo dados de caracterização, dados obstétricos e questões norteadoras (APÊNDICE A), que foram aplicados com as gestantes cadastradas, que aceitaram participar da pesquisa.

Segundo Marconi & Lakatos (2010, p.178), “a entrevista é um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”.

Utilizou-se informações contidas tanto no cartão da gestante (ANEXO D), quanto na Ficha Individual da Gestante e Puérpera (ANEXO E).

3.6 COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada no mês de maio de 2011. A priori, o Secretário de Saúde do Município esteve ciente da intenção na realização da pesquisa (ANEXO C). Após recebimento do parecer do Comitê de Ética, da Universidade Estadual da Paraíba, aprovando o projeto, foram realizadas visitas as UBS selecionadas, a fim de estabelecer contato com a

enfermeira e solicitar permissão para realizar a coleta com as gestantes, esclarecendo os objetivos da pesquisa e solicitando assim a adesão das mesmas a participação no referido estudo e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXOS A e B). A coleta foi agendada pela enfermeira, seguindo a agenda de consulta pré-natal da UBS. No momento da coleta de dados foi adotado um procedimento padrão, contando das seguintes etapas: 1) apresentação do TCLE; 2) realização da entrevista, seguindo o roteiro previamente estruturado, com intervenção mínima nas respostas das participantes; e 3) agradecimentos a participante.

Durante as entrevistas foi feito o registro das informações através de palavras-chave nos roteiros, a fim de permitir um maior envolvimento e atenção às pesquisadas. Logo após, os detalhes das falas foram transcritos, com brevidade, nos roteiros, para que não perdesse nenhuma informação, procurando-se garantir a fidedignidade das respostas.

Para garantir o anonimato das pesquisadas, os roteiros de entrevista foram enumerados na sequência das entrevistas, da seguinte forma Gestante G01, G02, G03 e assim sucessivamente.

3.7 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma descritiva. As questões objetivas foram analisadas quantitativamente e apresentadas em tabelas, com frequência e percentual. As respostas às questões que revelam a percepção das gestantes acerca do pré-natal foram apresentadas em quadros e analisadas qualitativamente.

A análise qualitativa dos dados se deu mediante a técnica de Análise de Discurso do Sujeito Coletivo - DSC, proposta por Lefèvre & Lefèvre (2005), a qual consiste num procedimento que envolve tabulação e organização de dados discursivos provenientes dos depoimentos dos participantes, permitindo resgatar a compreensão sobre um determinado tema, num dado universo. Esta técnica envolve os seguintes passos:

1. Seleção das expressões-chave de cada discurso particular, sendo elas os segmentos contínuos ou descontínuos do discurso, os quais revelam a essência do conteúdo discursivo;
2. Identificação da idéia central de cada uma das expressões-chave. Isto constitui a síntese do conteúdo dessas expressões;
3. Identificações das idéias centrais semelhantes ou complementares;
4. Reunião das expressões-chave relativas às idéias centrais num discurso sintético, que é o Discurso do Sujeito Coletivo.

O DSC consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraindo-se as idéias centrais e ancoragens e suas correspondentes expressões-chave. Com as expressões-chave das idéias centrais ou ancoragem semelhante, compõe-se um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular (fala do social). Neste estudo foram utilizadas as figuras metodológicas, expressões-chave, idéia central e Discurso do Sujeito Coletivo.

A proposta do DSC é a busca da reconstrução, através de pedaços dos discursos individuais, formando um “quebra-cabeça”, tantos discursos-síntese quantos se julgue necessários para caracterizar uma dada “figura”, ou seja, um determinado pensamento ou representação social sobre um fenômeno (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2005).

Os dados foram montados em quadros, possibilitando a identificação das idéias centrais e seus respectivos discursos do sujeito coletivo, e sua análise. Para formação dos DSC realizou-se um processo de construção analisando individualmente o discurso de cada entrevistada. No ANEXO G estão explícitos quais foram os depoimentos que compuseram cada DSC.

Convém destacar que a análise qualitativa dos dados foi realizada descritivamente, embasada em constantes leituras e releituras de todo o material bibliográfico levantado para esta pesquisa.

3.8 POSICIONAMENTO ÉTICO

Para a realização do referido estudo foram levados em consideração os pressupostos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos (BRASIL, 1996). O projeto da pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba, conforme Comprovante de Aprovação - CAAE 0133.0.133.000-11 (ANEXO F). Foram garantidos ao participante da pesquisa esclarecimentos em qualquer aspecto que desejou, bem como, a liberdade para recusar-se a participar do estudo, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. Assim, sua participação não acarretou custos financeiros; foi voluntária; e seus dados coletados aparecem no anonimato e são confidenciais.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

O levantamento e discussão dos dados socioeconômicos e obstétricos foi o primeiro passo para caracterizar as participantes da pesquisa. Em seguida, são trazidos à mostra os resultados das questões subjetivas que foram analisadas qualitativamente, através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Tabela 1 - Participantes do estudo segundo faixa etária e estado civil. Sousa, PB, 2011.

Variáveis	<i>f</i>	%
Faixa Etária		
15 – 18	06	20
19 – 29	18	60
30 – 40	06	20
Total	30	100
Estado civil		
Com companheiro	25	83.3
Sem companheiro	05	16.7
Total	30	100

Fonte: Própria pesquisa/2011.

Com base nos dados da Tabela 1, pôde-se caracterizar o perfil das gestantes de acordo com a faixa etária no período reprodutivo, a qual variou de 15 a 40 anos. Os dados expressos demonstram que 06 (20%) das gestantes estavam na faixa etária de 15 a 18 anos, consideradas adolescentes, 18 (60%) das gestantes estavam na faixa etária de 19 a 29 anos e 06 (20%) das gestantes estavam na faixa etária de 30 a 40 anos. Os números revelam que a maior porcentagem de gestantes (60%) se encontrava na faixa de idade propícia para a gestação, embora 20% delas se encontravam na adolescência, de acordo com o Estatuto da Criança e do

Adolescente (Lei nº 8.069 de 13 de julho de 1990), fase marcada por transformações biológicas e relacionada à maturidade biopsicosocial.

Corroborando Montenegro & Rezende Filho (2008), a partir de 18-20 anos, perdurando uma década, é o período em que a gravidez tem melhores condições, partindo da visão biológica. Depois dos 30 anos os riscos crescem e acima dos 35 anos, as mulheres não deveriam mais engravidar devido ao enorme índice de distorcias e malformações de feto.

O número de gestantes adolescentes desta pesquisa merece atenção dos profissionais, pois, segundo König, Fonseca & Gomes (2008), a primiparidade precoce na atualidade repercute nos aspectos pessoais, familiares, sociais e educacionais. Por consequência quando uma adolescente engravida, ocorrem inúmeras mudanças no seu dia-a-dia; que, na maioria das vezes, modificam sua vida escolar, distanciando-a do grupo de convivência e de seus projetos. O problema pode tomar proporções negativas quando a adolescente não tem o apoio da família e da sociedade em que está inserida. Nesses casos, a procura pelo aborto ilegal é freqüente.

Quanto ao estado conjugal, 25 (83.3%) das gestantes entrevistadas possuíam companheiro e 05 (16.7%) não possuíam companheiro. Segundo Chaves Netto & Sá (2007), fatores como o emocional, o socioeconômico e sexual podem interferir no transcorrer da gestação, numa proporção maior entre aquelas que se encontram sem companheiro fixo, o que não foi o acaso da maioria das gestantes desta pesquisa.

Esse fator influi positivamente para as gestantes participantes desta pesquisa, pois significa que elas tinham suporte do seu companheiro, mesmo que não participassem durante as consultas, mas através de diferentes modos e atitudes (OLIVEIRA et al., 2009).

Ao pai são atribuídos direitos de participar do pré-natal, de receber informações sobre as transformações ocorridas durante a gestação, de complicações que possam vir a ocorrer e o esclarecimento de dúvidas surgidas neste período. Este fato é importante porque tendo um companheiro fixo, pode representar para a gestante apoio, facilitando sua adesão ao acompanhamento pré-natal. Assim, os profissionais devem valorizar, respeitar e estimular o companheiro no cuidado a companheira (BARBOSA, 2007).

Diante do exposto na Tabela 2 verifica-se que 15(50%) das gestantes não exerciam atividades remuneradas, trabalhando somente no lar, 09 (30%) trabalham fora de casa, exercendo atividade remunerada, e 06 (20%) apenas estudavam.

Tabela 2 - Participantes do estudo segundo dados socioeconômico e educacional. Sousa, PB, 2011.

Variáveis socioeconômica e educacional	<i>f</i>	%
Profissão		
Trabalha em casa	15	50
Trabalha fora de casa	09	30
Estudantes	06	20
Total	30	100
Escolaridade		
0 ano	02	6.7
02 – 05 anos	05	16.7
06 – 09 anos	10	33.3
10 ou mais	13	43.3
Total	30	100
Renda familiar		
Menos de um salário mínimo	02	6.7
Um salário mínimo	16	53.3
Mais de um salário mínimo	12	40
Total	30	100
Nº de pessoas que residem na mesma casa		
2 – 3	15	50
4 – 5	09	30
6 – 7	06	20
Total	30	100

Fonte: Própria pesquisa/ 2011.

Barbosa (2007), em seu trabalho “Avaliação da Assistência Pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato”, aponta que a maioria das gestantes entrevistadas nas Unidades de Saúde (84.4%) não tinha trabalho remunerado, predominando as que exerciam

atividade do lar. Este quadro foi observado neste estudo, já que 70% das gestantes não apresentavam trabalho remunerado. Assim, elas tendiam a ser mais dependentes financeiramente, da família ou do companheiro.

No condizente à escolaridade, 02 (6.7%) das gestantes relataram não possuir escolaridade alguma, 05 (16.7%) relataram ter estudado de 2 a 5 anos, 10 (33.3%) estudaram de 6 a 9 anos, 13 (43.3%) estudaram por 10 ou mais anos. Esses dados revelam que a população entrevistada possuía um nível razoável de escolaridade, demonstrando um aumento na escolarização da população adulta jovem, que foi a maioria das entrevistadas.

De acordo com Barbosa (2007), a qualidade da assistência pré-natal pode ser complicada pela baixa escolaridade, levando em consideração a dificuldade no acesso a informações, pois a gestante poderá conhecer menos os seus direitos, acabando por retardar a procura a Unidade de Saúde para iniciar o pré-natal, dentre outras muitas dificuldades que podem surgir.

A gestação em mulheres com idade menor que 15 e maior que 35 anos e a baixa escolaridade (menor que 5 anos) são fatores de risco para a gravidez, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a). Podem-se associar as mortalidades perinatal, neonatal e infantil ao menor grau de escolaridade, não apenas pelo pouco conhecimento das mães acerca da importância do pré-natal, do maior intervalo entre as gestações, do acompanhamento do seu recém nascido, assim como da dificuldade para frequentar serviços de puericultura, devido a sua menor condição relacionado à baixa escolaridade (Haidar, Oliveira & Nascimento, 2001).

Quanto à renda familiar, das 30 gestantes entrevistadas, 02 (6.7%) tinham renda familiar de menos de um salário mínimo, 16 (53.3%) tinham renda familiar de um salário mínimo e 12 (40%), renda familiar de mais de um salário mínimo.

No que diz respeito ao número de pessoas que residem na mesma casa, 15 (50%) residiam em companhia de 2 a 3 pessoas, 09 (30%) residiam em companhia de 4 a 5 pessoas e 06 (20%) residiam em companhia de 6 a 7 pessoas.

A renda familiar e o número de pessoas que residem na mesma casa são fatores associados. Dessa forma, fica notório que as gestantes apresentavam um baixo poder aquisitivo, podendo faltar para as mesmas, artigos básicos de alimentação, condições de moradia para garantir uma gestação saudável.

Segundo estudo realizado por Santos et al. (2000), as gestantes que usam os serviços públicos pertencem aos estratos mais pobres da população. Dessa forma, Chaves Netto & Sá (2007) revelam que, no Brasil, os índices de mortalidade materna e infantil apresentam-se

elevados. E os fatores agravantes que se destacam são a ausência da assistência pré-natal, as condições sócio-econômicas e a apresentação de estado nutricional materno antropométrico e de micronutrientes insuficientes.

Tabela 3 - Participantes do estudo conforme início do pré-natal, nº de gestações e o nº de consultas pré-natal. Sousa, PB, 2011

Variáveis	<i>f</i>	%
Início do pré-natal		
1º Trimestre	23	76.7
2º Trimestre	07	23.3
Total	30	100
Nº de gestações		
01	10	33.3
02 – 04	17	56.7
Acima de 04	03	10
Total	30	100
Nº de consultas pré-natal		
≤ 6	25	83.3
7 e +	05	16.7
Total	30	100

Fonte: Própria pesquisa/2011.

De acordo com a Tabela 3, quanto à chegada da gestante ao serviço de pré-natal ainda no 1º trimestre, mostra a porcentagem de 76.7% das entrevistadas estavam de acordo com o preconizado pelo Ministério da Saúde, que recomenda a captação precoce das gestantes no pré-natal, para garantir a qualidade na assistência (BRASIL, 2000).

Segundo Chaves Netto & Sá (2007), logo que se suspeite da gravidez e seu diagnóstico seja confirmado, o acompanhamento pré-natal deve ser iniciado. Para que se obtenham bons resultados no final da gestação deve haver a procura precoce por cuidados especializados, assim como a frequência e qualidade nas consultas.

Os dados da tabela 3 demonstram que quanto ao número de gestações, 10 (33.3%) eram primíparas, 17 (56.7%) tiveram de 2 a 4 gestações, 03 (10%) tiveram mais de 4 gestações, sendo consideradas grande múltiparas.

Quanto ao número de consultas pré-natal, 25 (83.3%) das gestantes tinham registrado em seus cartões menos de seis consultas e 05 (16.7%) tinham o registro de mais de seis consultas de pré-natal. Esse dados não configuraram uma preocupação, porque a idade gestacional (IG) em que estavam no momento da entrevista era compatível com o número de consultas.

4.2 ANÁLISES DOS DISCURSOS DO SUJEITO COLETIVO (DSC) ABORDANDO A PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL

Neste segundo momento são retratados os resultados obtidos a partir das questões subjetivas e analisadas através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). O Discurso do Sujeito Coletivo é uma proposta explícita de reconstituição de um ser ou entidade empírica coletiva, opinante na forma de um sujeito de discurso emitido na primeira pessoa do singular (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2006).

O desafio a que o DSC busca responder é o da auto-expressão do pensamento ou opinião coletiva, respeitando-se a dupla condição qualitativa e quantitativa destes como objeto (LEFÈVRE & LEFÈVRE, 2006).

No Quadro 1 estão expressos as Idéias Centrais e DSC das gestantes em resposta a questão “Qual é a importância do pré-natal? Na Idéia Central 1 “Importância atribuída ao bebê”, o DSC expressa e sugere que as gestantes visam primeiramente a saúde do seu filho, sua formação, possíveis complicações, se essas poderão ser diagnosticadas e tratadas, enfim atribuem a importância ao pré-natal porque almejam uma criança saudável.

Esse discurso das gestantes a respeito do pré-natal pode ser herança da criação das políticas públicas de saúde materno-infantil, as quais priorizavam por parte do sistema, o útero gravídico, como afirmam Duarte & Andrade (2008). Diante dessa prática, a representação das mulheres é de que o pré-natal se apresenta como um ato intervencionista, para uma enfermidade, corroborando Castro & Clapis (2005), ao exporem que, com o passar dos anos, o ato fisiológico do nascimento passou a ser visto como patológico, privilegiando as técnicas medicalizadas e despersonalizadas, em detrimento do estímulo, apoio e carinho à mulher que vivencia essa experiência.

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo – 1
Importância atribuída ao bebê.	<i>É importante para a saúde, porque se não fizer não sabe como tá a saúde da criança, se tem alguma doença, se tá se formando perfeito se tá na posição que é pra tá. Por isso, é importante pra acompanhar a formação do bebê, se ele tá se desenvolvendo direito. Pra saber se o bebê vai nascer saudável. Pra ele não nascer doente. Porque se tiver alguma coisa, algum problema eles dizem, já que sempre que uma pessoa engravida tem que passar por ela, quando a gente tem o acompanhamento da enfermeira é melhor. Logo, é importante, pelos exames feitos sabemos como o bebê está. Ela escuta os batimentos lá no postinho, têm a medição da barriga, a escuta do coração do bebê, as vacinas pra proteger a saúde do bebê. Porque vemos tantas crianças que morrem quando nascem porque as mães não fizeram pré-natal pra saber como estão. Na minha segunda gestação, ganhei aos sete meses, a criança nasceu viva, mas morreu depois.</i>
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo – 2
Importância atribuída à mãe.	<i>É importante pra pessoa tá bem. Porque tô sendo acompanhada pela enfermeira e pela médica. Porque a gravidez é imprevisível. Então, você fica atenta aos perigos, porque geralmente a mãe pode ter problema de pressão, diabetes, anemia, essas coisas. Logo, muda tudo, o corpo da pessoa, muda o jeito de pensar e de agir. É importante pra mim, porque posso descobrir algum problema e tratar logo. Não é nem tanto pelo sexo do bebê, ela me orienta o que eu posso e o que não posso. E fazendo o pré-natal todo mês pode evitar problemas. Enfim, é fundamental, pra prevenir já que são duas vidas, não só uma.</i>
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo – 3
Cada gestação é única.	<i>Porque como ela diz, cada gravidez é uma, até porque, cada gestação é diferente, sinto coisas que não senti da primeira gravidez. É uma experiência única. Queria muito engravidar, não tomava nada, nem tinha feito tratamento não, aí aconteceu!</i>
Idéia Central -4	Discurso do Sujeito Coletivo – 4
Saber o sexo do bebê.	<i>Por causa do ultra-som, porque se for menino ou menina, dizem logo.</i>
Idéia Central -5	Discurso do Sujeito Coletivo – 5
Evitar aborto.	<i>Para evitar aborto.</i>

QUADRO 1 - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: “Qual é a importância do pré-natal?”

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

A relação da mãe com seu filho começa desde o período pré-natal por meio das expectativas criadas pela mãe sobre o bebê e da interação estabelecida servindo de prelúdio para a relação mãe-bebê depois do nascimento (SILVA, MONLEVAD & OLIVEIRA, 2008).

Na Idéia Central 2 (Quadro 1) verifica-se um sujeito coletivo que acredita na “importância atribuída à mãe” acerca do pré-natal. Observa-se que as gestantes entrevistadas preocupavam-se com o que podia ocorrer com a sua saúde, durante a gestação. Esse discurso apresenta uma compreensão que ocorrem mudanças no corpo das gestantes, que devem ser acompanhadas, pois esses problemas não só as afetam, mas atingem também o feto.

No estudo proposto por Landerdahl et al. (2007), a atenção no pré-natal pode representar momento de aprendizado para a saúde da gestante por completo, incluindo as fases fora do ciclo gravídico-puerperal, atribuindo a assistência pré-natal uma importância maior ainda, já que para muitas mulheres esse é um dos poucos momentos de sua vida em que contatam com os serviços de saúde. Acredita-se, neste sentido, que a compreensão da importância do pré-natal para essas mulheres proporcionem o entendimento do significado deste cuidado para elas, direcionando a assistência (LANDERDAHL et al, 2007).

Na Idéia Central 3 (Quadro 1) o discurso revela que “cada gestação é única”. Caracteriza assim, a concepção que o sujeito coletivo possui sobre cada gestação em particular, revelando que a gestação é um evento único, e que a cada nova experiência ocorrem fenômenos diferentes, necessitando, portanto de aprendizado e cuidado específico.

Na Idéia Central 4 (Quadro 1), verifica-se um sujeito coletivo que quer “saber o sexo do bebê”, revelando que para o mesmo o pré-natal tem como único intuito proporcionar o conhecimento do sexo da criança.

Piccinini (2004) afirma que o sexo do bebê é um dos principais aspectos para saber como ele é antes de seu nascimento e por isso carrega muitos simbolismos, já que muitas gestantes desejam conhecer o sexo do seu bebê durante a gestação, principalmente as multigestas ou aquelas que estão diante de uma gravidez não planejada.

Na Idéia Central 5 (Quadro 1) verifica-se o receio do sujeito com relação ao aborto. Pode-se afirmar que as expectativas relacionadas à gestação estão ligadas ao medo que cerca esse momento. Segundo Costa & Sousa (2002), o medo está associado a fatores sócio-culturais que se fazem presentes em vários momentos da gestação, chegando até mesmo ao pós-parto. A cultura influencia nos fatores emocionais, contribuindo para o medo e a angústia, fazendo relação à gestação e à parturição.

Diante disso, as expectativas das gestantes em relação ao pré-natal, assim como o conceito de pré-natal encontram-se fundamentados no conceito de saúde preventiva e curativa que a própria política do programa preserva e emprega na sua implementação.

No Quadro 2 estão expressos as Idéias Centrais e DSC das gestantes em resposta a questão “A linguagem do profissional é clara para esclarecer suas dúvidas?”

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo – 1
Sim, minhas dúvidas são esclarecidas.	<i>Sim. Quando tenho dúvidas pergunto e ela me explica tudo direitinho, ela fala esclarecido. Porque tem gente que fala muito enrolado, ela não. Quando não entendo, pergunto o que é até entender. Dessa forma, ela procura explicar o mais simples possível pra mim, pra que eu entenda. Sempre pergunto durante a consulta! Eu pergunto muito, converso demais. Principalmente a medicação que pode tomar. Pergunto muito a enfermeira por ser a primeira gravidez. Ela diz logo: “Dúvidas, pergunte!”</i>
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo – 2
Sim, mas não costumo ter dúvidas.	<i>Não costumo ter dúvidas. Porque não pergunto mesmo. Às vezes tenho, mas não pergunto, como já é a segunda gestação, não costumo perguntar muito. Agora não tenho muitas, tinha na primeira gestação. Eu não pergunto nada não, gosto não!</i>
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo – 3
Não, tenho vergonha de tirar as dúvidas por não me sentir à vontade.	<i>Não pergunto muito por não ter muita intimidade com a enfermeira. Logo, não entendo, mais não pergunto, porque tenho vergonha da enfermeira. Tudo que ela disser tá bom pra mim.</i>

QUADRO 2 - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: “A linguagem do profissional é clara para esclarecer suas dúvidas?”

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Na intenção de conhecer a linguagem do profissional que realizava o pré-natal e se esta era capaz de esclarecer as dúvidas das gestantes entrevistadas, obteve-se três idéias centrais: “Sim, minhas dúvidas são esclarecidas”; “Sim, mas não costumo ter dúvidas” e “Não, tenho vergonha de tirar as dúvidas, por não me sentir à vontade”. Dessa forma, verifica-se que para algumas gestantes o acolhimento, essencial para a humanização no atendimento proferido pelo Ministério da Saúde estava sendo resolutivo, já para outras gestantes essa prática não é mantida.

Segundo o Ministério da Saúde, o acolhimento é uma das diretrizes contribuintes para alterar essa situação, na medida em que analisa e revisa cotidianamente as práticas de atenção e gestão implementadas nas unidades do SUS (BRASIL, 2006b).

Durante a consulta pré-natal, tem-se espaço para adquirir conhecimentos necessários aos cuidados com o recém nascido, além de esclarecer dúvidas, e diminuir o medo e a ansiedade em que se encontram as mães (SHIMIZU & LIMA, 2009).

De acordo com o Manual Técnico elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o diálogo aberto, a sensibilidade e a intuição do profissional que acompanha o pré-natal constituem condições básicas para que o saber em saúde esteja à disposição da mulher e sua família, atores principais da gestação e parto. Além disso, a consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, remetendo apoio e a confiança proporcionando o seu fortalecimento, para que possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. A maioria dos questionamentos feitos, embora pareçam simples para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o faz. Assim, respostas claras e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família (BRASIL, 2000).

Segundo Rios & Viera (2007), em todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é importante a realização de ações educativas, no entanto é no pré-natal que a mulher recebe orientações essenciais para melhor vivenciar o parto, para diminuir o risco de complicações e amamentar com sucesso.

No Quadro 3 estão expressos as Idéias Centrais e DSC das gestantes em resposta a questão: Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência pré-natal?

Na Idéia Central 1 (Quadro 3) o DSC expressa “Não demorar na entrega dos exames, nem na espera para a consulta.” De acordo com as gestantes entrevistadas os exames demoram a ser entregues, quando não demoram a serem marcados. E algumas ainda, esperam o exame ultrasonográfico para confirmação da idade gestacional. Além de que alegam a demora na espera para realização da consulta pré-natal.

De fato, nessa Unidade não havia um dia reservado para a realização do pré-natal. Dessa forma, muitas vezes era necessário que a gestante esperasse um pouco para o atendimento, mesmo havendo a prioridade para tal. Tal fato desqualifica o serviço pré-natal e pode gerar abandono do serviço pelas usuárias. Além disso, esse evento vai de encontro aos preceitos de acolhimento e humanização estabelecidos pelo PHPN, outrora citados.

Em contrapartida, é permitido, segundo Landerdahl et al. (2007), atraso devido a situações não previstas, como a procura pelo serviço sem agendamento, em virtude de alguma dúvida, queixa ou ansiedade. Ainda assim, necessita-se de acolhimento e tranquilidade no atendimento.

Foi observado que em alguns cartões não estava anotada a idade gestacional, sob o argumento de que se esperavam a ultrasonografia para confirmar tal data, já que as gestantes não tinham certeza da data da última menstruação (DUM). Essa prática é realizada corretamente, pois segundo Chaves Netto & Sá (2007), uma das principais indicações do

exame ecográfico é determinar a estimativa da idade gestacional. Estudos mostram que até 35% das gestações são datadas erroneamente por situações maternas, como irregularidade no ciclo menstrual, o uso de anticoncepcionais orais ou quando a ovulação acontece tardiamente.

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo – 1
Não demorar na entrega dos exames, nem na espera para a consulta.	<i>Que os exames não demorem, porque quando os exames vão pra secretaria demora a chegar. Tem que remarcar, às vezes. Estou esperando até agora o resultado da ultra-som pra saber a data de minha menstruação, porque não tinha certeza. Porque na primeira consulta com o médico a ultra-som foi na hora. E um dia só pra gestantes, porque, às vezes demoramos esperando.</i>
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo – 2
Não falta nada!	<i>Aqui não falta nada, mesmo. Teve duas palestras, mês passado teve nutricionista. Tudo ela traz pra gente. Os meus exames não demoram pra chegar, pelo menos os meus chegaram antes da data. Não senti ainda que falta nada. Pra mim tá tudo bem. Tudo que eu preciso tem lá, as vacinas, os remédios.</i>
Idéia Central -3	Discurso do Sujeito Coletivo – 3
Ter palestras e diálogo.	<i>Não têm palestras, falta diálogo. Eu acho que deveria ter um espaço maior para as reuniões que elas fazem. Porque veio um professor de física e não tinha como fazer os exercícios como ele queria.</i>
Idéia Central -4	Discurso do Sujeito Coletivo – 4
Acompanhamento do médico.	<i>Uma vez por mês deveria ter o acompanhamento do médico, não só da enfermeira.</i>
Idéia Central -5	Discurso do Sujeito Coletivo – 5
O conserto do aparelho de ausculta.	<i>Ah, tem sim. Toda vida que vou o aparelhinho de escutar o coraçãozinho do bebê tá quebrado.</i>

QUADRO 3 - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: “Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência?”

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

Quanto à confirmação da idade gestacional na consulta de pré-natal, Cunha et al. (2009) informam que é importante tanto para avaliar o estado nutricional da gestante como para avaliar o crescimento fetal. Os cálculos da data da última menstruação e a data provável do parto influem para que o profissional identifique a possibilidade de parto prematuro ou pós-datismo, assim como permitem que a gestante planeje melhor seu parto e puerpério.

A ultra-sonografia de rotina durante a gestação é um procedimento controverso, embora seja realizada habitualmente. Não há comprovação científica de que, realizada como rotina, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização ao iniciar a gestação com a melhor determinação da idade gestacional, para detectar precocemente as gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Ressaltando que, no Brasil, a interrupção da gravidez por malformações fetais incompatíveis com a vida, ainda não é legalizada. Os possíveis benefícios da ultra-sonografia sobre outros resultados ainda são incertos. A sua não realização durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (BRASIL, 2006a).

Acerca de recursos necessários na assistência pré-natal, também ressaltados da Idéia Central 1, Chaves Netto & Sá (2007) enfatizam que há urgência da assistência pré-natal no Brasil, sendo necessário o treinamento do pessoal responsável, assim como o acesso a medicamentos e exames laboratoriais.

O acolhimento é um modo de atuar nos projetos de trabalho em saúde, atendendo a todos que procuram os serviços de saúde, escutando suas solicitações, com acolhida, escuta e respostas adequadas aos usuários. Ou seja, prestando um atendimento resolutivo e responsável, propondo, quando for o caso, outros serviços de saúde ao paciente e a família, para a continuidade da assistência, estabelecendo vínculos com esses serviços, garantindo assim, a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2006b).

Não obstante, na Idéia Central 2 (Quadro 3) o DSC expressa “Não falta nada!”, demonstrando ser um sujeito satisfeito com o serviço, ressaltando que nas unidades não faltam palestras, vacinas, medicamentos e que os exames não demoram a chegar.

Na Idéia Central 3 (Quadro 3) o sujeito alega a não realização de palestras, assim como a deficiência no espaço físico e a falta de diálogo. Esses recursos são parâmetros estabelecidos pelo sistema de saúde, que devem ser desenvolvidos durante a atenção pré-natal: a escuta da mulher e de seus acompanhantes, para sanar dúvidas e informar sobre os procedimentos durante a consulta e as condutas a serem tomadas, as quais devem ser realizadas em atividades educativas individuais ou em grupo, com linguagem clara e acessível, no intuito de esclarecer os questionamentos das mulheres ou da família, prestando as informações necessárias (BRASIL, 2006a).

Na Idéia Central 4 (Quadro 3) o DSC reivindica o “Acompanhamento do médico”. Nesse sentido, o Ministério da Saúde atribui ao médico à incumbência de realizar consulta pré-natal, intercalando com o (a) enfermeiro (a), assim como menciona que o atendimento

pré-natal deve ser prestado por uma equipe multiprofissional de saúde, deixando claro que o (a) enfermeiro (a) pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo-risco (BRASIL, 2006a).

De acordo com Pereira & Bachion (2005), a atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal torna necessário seu preparo clínico para identificar problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, manejando adequadamente as diversas situações práticas.

Segundo o estudo realizado por Costa et al. (2009), percebeu-se uma relação entre o profissional médico e usuárias focada nos procedimentos. Relatos de consultas ligeiras favoreciam com que as gestantes não discutissem suas dúvidas, angústias e sofrimentos, dificultando a compreensão dos significados da gestação e o conhecimento das gestantes acerca de questões relacionadas à prevenção de doenças e promoção da saúde, aptas a proporcionar qualidade de vida durante e após o pré-natal.

Em relação à idéia central 5 (Quadro 3) “O conserto do aparelho de ausculta” destaca-se um sujeito coletivo insatisfeito, devido ao não acompanhamento integral da consulta, já que a ausculta dos batimentos cardíacos (BCF) não foi realizada, pois o aparelho estava inacessível.

De acordo com Cunha et al. (2009), a ausculta é fundamental no acompanhamento pré-natal, podendo ser realizada entre a sétima e a décima semana gestacional com o sonar e após a vigésima quarta semana com estetoscópio de Pinard. Tal procedimento certifica a presença da gravidez, a vitalidade do conceito, a presença de gestação gemelar e personifica o feto, tranquilizando, de certa, forma a mãe.

Segundo Chaves Netto & Sá (2007), a ausculta fetal deve ser realizada em todas as consultas pré-natais, de preferência como o sonar-doppler para que a mãe ouça os batimentos fetais do seu filho. Esse procedimento é importante, pois na gravidez avançada, quando se ausculta o sopro típico do espaço interviloso placentário na região do segmento uterino, suspeita-se de placentação baixa ou quando os sons funiculares estão em região próxima ao pescoço do feto, suspeita-se de circular de cordão umbilical.

No Quadro 4 estão expressos as Idéias Centrais e DSC das gestantes em resposta a questão: “Quando vai à consulta pré-natal, vai acompanhada por quem?”

Na Idéia Central 1 (Quadro 4) o DSC expressa “Vou sozinha”. Percebe-se que nesse discurso as gestantes demonstraram ir só as consulta por opção, pelo marido está trabalhando ou ocupado. Em contrapartida na idéia central 2 (Quadro 4) o sujeito coletivo revela o acompanhamento as consultas por pessoas com quem possui vínculo afetivo: mãe, marido ou filho.

Idéia Central -1	Discurso do Sujeito Coletivo – 1
Vou sozinha.	<i>Vou sozinha pra consulta. Não gosto que ninguém daqui vá. Venho sozinha, porque moro com os pais do meu marido, e eles são idosos. E meu marido trabalha, então costumo ir só. Quis vir só, porque meu marido ficou olhando a menina.</i>
Idéia Central -2	Discurso do Sujeito Coletivo – 2
Vou acompanhada pela mãe/marido/filho.	<i>Às vezes venho com minha mãe. Quando minha mãe pode ela me acompanha. Também vou acompanhada pelo meu marido ou vou com meu filho pras consultas.</i>

QUADRO 4 - Idéia Central e DSC das gestantes cadastradas nas UBS em resposta a questão: “Quando vai à consulta pré-natal, vai acompanhada por quem?”

FONTE: Própria Pesquisa/2011.

De acordo com o Ministério da Saúde, é essencial o acolhimento ao (a) acompanhante escolhido pela mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. Já sendo comprovado o benefício da presença do (a) mesmo (a). Inúmeros estudos científicos, nacionais e internacionais, comprovaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram seguras e confiantes no momento do parto, reduzindo a utilização de medicações analgésicas, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2006a).

A participação do pai no pré-natal é cada vez mais freqüente, sua presença deve ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para preparação do casal para o parto. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos amplificados por sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, estimulando a formação de vínculos e provocando transformações pessoais.

Em um estudo realizado por Oliveira et al. (2009), os dados confirmam que o trabalho dificulta a participação dos pais nas consultas pré-natais, já que seu horário coincidem o período comercial, impedindo os mesmo de comparecerem. As relações de trabalho impedem a participação nas consultas pré-natais, devido a não aceitação da falta ao trabalho para dar assistência à sua mulher e filho.

Segundo Reberte & Hoga (2010), há comprovação de que as gestantes que são acompanhadas pelos seus parceiros em atividades de educação para a saúde no pré-natal, se comportaram melhor em relação ao cuidado com a saúde, comparadas àquelas que não

contaram com esta adesão. As diferenças foram notórias especialmente no que diz respeito aos cuidados realizados durante o período pós-parto.

As gestantes constituem o foco primordial do processo de aprendizagem durante o pré-natal, todavia a atuação desse processo deve se estender entre os companheiros e familiares. A posição do homem-pai na sociedade está modificando, tanto quanto os papéis tradicionalmente concedidos às mulheres. É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra amplamente seu papel de educador e promotor da saúde (BRASIL, 2000).

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa intitulada Percepção de gestantes acerca do pré-natal realizado em Unidades Básicas de Saúde do município de Sousa-PB foi realizada em unidades básicas de saúde localizadas em territórios diferentes da mesma cidade, para que conseguisse alcançar representações sociais que compusessem a coletividade.

Esta pesquisa possibilitou analisar a percepção de gestantes acerca da assistência prestada durante o pré-natal realizado em UBS do município de Sousa – PB. Nessa busca, foram envolvidos aspectos socioeconômicos, educacionais, sociais e emocionais.

Em relação aos dados sócio-demográficos os resultados apontam mulheres com idade propícia para a gestação, que conviviam com companheiro fixo; a maioria trabalhava somente no lar; a maior parte sobrevivia com um salário mínimo e residia com um número considerável de pessoas. Com relação aos dados obstétricos, mais da metade iniciou o pré-natal do 1º trimestre, a maioria das gestantes era primípara, e todas apresentavam número de consultas pré-natal satisfatório e compatível com a idade gestacional do momento da entrevista.

Observou-se que as expectativas das gestantes em relação ao pré-natal, assim como a importância atribuída ao mesmo fundamenta-se no conceito de saúde preventiva e curativa, e que os aspectos socioeconômicos influenciaram de fato a percepção que as gestantes tinham sobre a atenção pré-natal.

Em relação aos procedimentos preconizados pelo MS, que devem ser realizados durante a consulta pré-natal, inclusive o acolhimento, segundo algumas das gestantes, foram pouco realizados, comprometendo a qualidade da assistência prestada.

Frente ao exposto, é primordial que, na assistência pré-natal, os profissionais envolvidos deixem de atuar de forma etnocêntrica e que se tornem capazes de perceber o contexto em que vivem as gestantes, para que proporcione um cuidado humanizado, acolhedor, seguindo os preceitos do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. A. **Avaliação da assistência pré-natal de baixo risco no município de Francisco Morato**. 2007. 111f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Guarulhos, Centro de Pós - Graduação, Pesquisa e Extensão. Guarulhos, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: base de ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 27 p. Série B. Textos Básicos de Saúde, nº 6. Disponível em: < <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes.htm> > Acesso em: 03/03/2011.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 196/96 Sobre Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Inf. Epidem. do SUS – Brasil. 1996. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm> >. Acesso em: 10/03/2011.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal: Manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.66p.

_____. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: Humanização no Pré-natal e Nascimento** (Reimpressão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 28p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>>. Acesso em: 03/03/2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a. 82 p.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **O Desenvolvimento do Sistema Único de Saúde: avanços, desafios e reafirmação dos seus princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b. 72 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/livros.htm>> Acesso em: 03/03/2011.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: plano de ação 2004-2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c. 48 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Informe da Atenção Básica. **Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal**. Ano V, maio/jun. 2004d.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 163 p.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. 44 p. Série B. Textos Básicos de Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/APPS_PNH.pdf> Acesso em: 05-05-2011.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Saúde Brasil 2007: Uma análise da situação de saúde. Perfil de Mortalidade do Brasileiro**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em : <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/coletiva_saude_061008.pdf> Acesso em: 25/02/2011.

CALIFE, K; LAGO, T; LAVRAS, C. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré - natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p. Disponível em: CD-ROM.

CARVALHO, M. R. de S.;MEDEIROS, J. B. de; MEDEIROS, R. **Estrutura do trabalho científico: padronização e abordagem crítica**. Natal: EDUFRN, 2009.

CASTRO J. C., CLAPIS M. J. Parto humanizado na percepção das enfermeiras obstétricas envolvidas com a assistência ao parto. **Rev Latino-am Enfermagem**. São Paulo. v. 13, n.6, p.960-967. nov-dez. 2005. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 01-05-2011.

CHAVES NETTO, H.; SÁ, R. A. M. **Obstetrícia básica**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 2007.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no SUS. **Rev. Saúde Pública**. Brasília, v.39, n.5, p.768-774. 2005. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 03-02-2011.

COSTA, M.S.; SOUSA, T.O. Adesão ao pré-natal: a reprodução de um conceito. **Monografia** – Faculdade de Enfermagem da Universidade Católica de Goiás. Goiânia, 2002.

COSTA et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do programa Saúde da Família. **Ciência & Saúde coletiva**. Rio de Janeiro, v.14, p.1347-1357, set.-out. 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63011684004.pdf>> Acesso em: 06/06/2011.

CUNHA, et al. Assistência pré - natal: Competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm**. São Paulo, v, 13, n.1, p.00-00, jan – mar. 2009.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde soc**. São Paulo, v.17, n.2, p.132-139. 2008. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20-12-2010.

FEBRASGO. **Manual de orientações: assistência pré-natal**. 2003.

Haidar, F. H. OLIVEIRA, U. F.; NASCIMENTO, L. F. C. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.17, n.4, p.1025-1029, jul-ago. 2001.

HOFFMANN, I. C. A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal. 2008. 126f. **Dissertação** (Mestrado na Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem/ Campus de Santa Maria, Rio Grande do Sul, 2008.

KÖNIG A. B.; FONSECA A.D.; GOMES V. L. O. Representações sociais de adolescentes primíparas sobre “ser mãe”. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet]. v.10, n.2, p. 405-413. 2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a12.htm>> Acesso em: 06/05/2011.

LANDERDALH, M. C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. **Esc. Anna Nery. R. Enferm.** Brasília, v.11, n.1, p.105-111, mar. 2007. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 15-12-2010.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. (Desdobramento) 2. ed. Caxias do Sul: EDUCS, 2005.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. O sujeito coletivo que fala. **Interface Comunic., Saúde, Educ.** v.10, n.20, p.517-524, jul/dez. 2006.

MARCONI, M de A; LAKATOS, E. A. **Fundamentos de metodologia científica**. 7. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

MARINHO, A. C. da N.; PAES, N. A. Mortalidade materna no estado da Paraíba: associação entre variáveis. **Rev. Esc. Enferm.** Campina Grande, v.44, n.3, p.732-738. Disponível em: <www.scielo.br/reeusp>. Acesso em: 05/03/2011.

MONTENEGRO, C. A. B.; REZENDE FILHO, J. de. **Rezende: obstetrícia fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

NASCIMENTO, E. R.; RODRIGUES, Q. P.; ALMEIDA, M. S. Indicadores de qualidade da assistência pré-natal em Salvador-BA. **Acta. Paul. Enferm.** Salvador, v.20, n.3, p.311-315. 2007.

NOGUEIRA, L. D. P. Caracterização da Assistência pré-natal prestada por profissionais de enfermagem na atenção qualificada ao ciclo gravídico-puerperal no município de Ribeirão Preto – SP. 2010.108f. **Dissertação** (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, São Paulo, 2010.

OBA, M. das D. do V.; TAVARES, M. S. G. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. **Rev. latino - am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 8, n. 2, p. 11-17, abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/>>. Acesso em: 03/03/2011.

OLIVEIRA, S. C. et al. A participação do homem/pai no acompanhamento da assistência pré-natal. **Cogitare Enferm.** v.14, n.1, p.73-78. 2009.

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

PEREIRA S. V. M.; BACHION M. M. Diagnósticos de Enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. Bras. Enferm.** Goiás, v. 58, n.6, p.559-564, nov-dez. 2005.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psic.: Teor. e Pesq.**, v.20, n.3, 2004.

REBERTE L. M.; HOGA L. A. K. A experiência de pais participantes de um grupo de educação para a saúde no pré-natal. **Ciência & Enfermaria.** São Paulo, v.01, p.105-114. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v16n1/art_12.pdf> Acesso em: 07/06/2011.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educacionais no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde coletiva.** Rio de Janeiro, v.12, n.02, p.477-482, mar.-abr. 2007. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012221.pdf>> Acesso em: 06/06/2011.

SANTOS, I. S. et al. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev. Saúde Pública** [online]. Pelotas, v.34, n 06, p. 603-609. 2000. Disponível em: <www.scielo.br/reeusp> Acesso em: 05/05/2011.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. di G. do; CECATTI, J.G. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **RBGO** . São Paulo, v. 26, n 7, p.517-525. 2004a.

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

SILVA, C. M. F. S.; MONLEVAD, C. M.; OLIVEIRA, E. C. M.. Cuidados de enfermagem e aspectos psicológicos da assistência pré-natal no programa de saúde da família. **Cadernos UNIFOA.** Volta Redonda. 2008. Disponível em: <<http://www.unifoa.edu.br/pesquisa/caderno/especiais/pmvr/62.pdf>> Acesso em: 06/06/2011.

SHIMIZU, H. E. ; LIMA M. G. de. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.62, n.4, p.387-392, mai./jun. 2009. Disponível em: <www.scielo.br>. Acesso em: 20-01-2011.

APÊNDICE(S)

APÊNDICE A
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL REALIZADO EM UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE DO MUNICÍPIO DE SOUSA-PB.

1. Dados sobre a entrevista

Número: _____

Data da coleta: _____

Local: _____

2. Identificação

Nome da mulher: _____

Endereço: _____

3. Caracterização da Amostra

Idade: _____ Estado civil: _____

Escolaridade (em anos): _____ Profissão: _____

Renda Familiar: _____

Nº de pessoas que vivem na sua casa: _____

4. Dados obstétricos

Nº gestações _____ Paridade _____ Aborto _____

DUM _____ Idade Gestacional (IG) _____ Nº de consultas _____

Início do pré-natal (data/semanas de gestação)? _____

5. Questões Norteadoras

Qual importância do pré-natal?

A linguagem do profissional é clara para esclarecer suas dúvidas?

Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência?

Quando vai a consulta pré-natal, vai acompanhada por quem?

ANEXO(S)

ANEXO A
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO-TCLE

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos me disponho a participar da Pesquisa “Percepção de Gestantes acerca do pré-natal realizado em Unidades Básicas de Saúde do Município de Sousa-PB”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “Percepção de Gestantes acerca do pré-natal realizado em Unidades Básicas de Saúde do Município de Sousa-PB” terá como objetivo geral: Analisar a percepção de gestantes acerca da assistência prestada durante o pré-natal realizado em UBS do município de Sousa-PB.

Ao voluntário só caberá a autorização para entrevista tendo como instrumento um roteiro estruturado, contendo questões objetivas e subjetivas 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) 8722 - 7768 com Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.

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 B
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E
ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA MENORES DE 18 ANOS

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a participação do _____ de _____ anos na a Pesquisa "Percepção de Gestantes acerca do pré-natal realizado em Unidades Básicas de Saúde do Município de Sousa-PB".

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho "Percepção de Gestantes acerca do pré-natal realizado em Unidades Básicas de Saúde do Município de Sousa-PB", terá como objetivo geral Analisar a percepção de gestantes acerca da assistência prestada durante o pré-natal realizado em UBS do município de Sousa-PB.

Ao responsável legal pelo (a) menor de idade só caberá a autorização para que seja realizada a entrevista 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, se assim o desejarem, cumprindo as exigências da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa 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) 8722 - 7768 com Maria do Carmo Andrade Duarte de Farias.

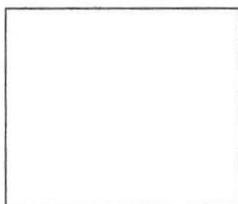
Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

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 responsável legal pelo menor _____

Assinatura do menor de idade _____



Assinatura Dactiloscópica
Responsável legal



Assinatura do participante menor
de idade

ANEXO C
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

CNPJ: 08.999.674/0001-53

RUA, CENTRO, CEP: 58800-000

TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado “Percepção de Gestantes acerca do pré-natal realizado em Unidades Básicas de Saúde do Município de Sousa-PB” desenvolvida pela aluna Klebiana Gomes Pereira do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora Dr (a) Maria do Carmo A. Duarte de Farias.

Cajazeiras, 17 de junho de 2011.

Dr. Gilberto Gomes Sarmento

Secretário Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAIBA

ANEXO D
CARTÃO DA GESTANTE

ANEXO E
FICHA INDIVIDUAL DA GESTANTE E PUÉRPERA

ESTADO DA PARAÍBA
PREFEITURA MUNICIPAL DE SOUSA
 SECRETARIA DE SAÚDE - SERVIÇO SOCIAL
 PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA



FICHA INDIVIDUAL DA GESTANTE E PUÉRPERA

Nº DO PRONTUÁRIO: _____
 Nome: _____
 Data de Nascimento: ___/___/___ Profissão: _____

IMUNIZAÇÃO	
DOSE	TOXIÓIDE TETÂNICA
1ª	
2ª	
3ª	
Reforço	

EXAME ODONTOLÓGICO

⊕ / X	Ausente / A extrair / Extraído
○ ●	Cariado / Obturado

Direito	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕	Esquerdo
	8 --- 7 --- 6 --- 5 --- 4 --- 3 --- 2 --- 1	1 --- 2 --- 3 --- 4 --- 5 --- 6 --- 7 --- 8	
	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕	⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕ ⊕	

ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

1ª Menstruação: _____ anos Ciclo Menstrual: _____ dias Duração: _____ dias

Início da atividade sexual: _____ anos Data do último preventivo: ___/___/___

Evitou Filhos? _____ Qual o Método? _____ Tempo de uso: _____

Fez alguma operação ginecológica? _____ Qual? _____

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Nº de Gestações: _____ Nº de Partos: _____ Normais: _____ Cirúrgicos: _____

Nº de Abortos: _____ Espontâneos: _____ Provocados: _____

Nº de Filhos: _____ Vivos: _____ Nascidos Mortos: _____ Mortos Pós-Nascimento: _____

Amamentou o último filho? _____ Durante quando tempo? _____

Complicações na gestação, parto e puerpério anteriores: _____

ANTECEDENTES PESSOAIS

Pressão Alta Tuberculose Diabetes Sífilis

Doença Renal Doença Cardíaca Doença Mental

Cirurgia Outras Doenças: _____

Bebe? Sim Não Fuma? Sim Não

ANTECEDENTES FAMILIARES

Pressão Alta Tuberculose Diabetes Sífilis

Câncer de Mama Câncer de Útero Parto Gemelar

Outras Doenças: _____

GESTAÇÃO ATUAL

EXAME FÍSICO / GINECOLÓGICO

D.U.M. ___/___/___

Peso Antes de Engravidar: _____ Kg. D.P.P. ___/___/___

Início da Movimentação Fetal: _____ meses Altura: _____

Mamas: _____

ESPECIFICAÇÃO	Consulta Nº								
	01	02	03	04	05	06	07	08	09
Data									
Idade Gestacional									
Peso									
Pressão Arterial									
Altura Uterina									
Freq. Cardíaca Fetal									
Apresentação									
Mucosas									
Edemas									

UNIVERSIDADE FEDERAL
 DE CAMPINA GRANDE
 CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
 BIBLIOTECA SETORIAL
 CALZADAS PARAÍBA

ANEXO F
PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



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

PROJETO CAAE Nº: 0133.0.133.000.11
Data da entrega: 19/04/2011

PARECER

X APROVADO

NÃO APROVADO

PENDENTE

TITULO: "Percepção de gestantes acerca do Pré-Natal realizado nas Unidades Básicas de Saúde do município de Sousa-PB".

ORIENTADORA: Maria do Carmo A. Duarte de Farias

ORIENTANDA: Klebiana Gomes Pereira

DESCRIÇÃO: Trata-se de uma pesquisa exploratória, com abordagem qualitativa. Tem como objetivo geral analisar a importância atribuída pelas gestantes ao pré-natal realizado nas UBS do município de Sousa-PB. O projeto encontra-se com a metodologia claramente definida. Durante o desenvolvimento da pesquisa, as pesquisadoras adotarão os princípios éticos dispostos na RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS. Neste sentido, sou de parecer favorável à realização do referido projeto. Campina Grande, 12 de maio de 2011.

Relator: 04

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

Profª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

**UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
CAJAZEIRAS PARAÍBA**

ANEXO G
DEPOIMENTOS DSC

Qual é a importância do pré-natal?

- Importância atribuída ao bebê.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC1
<p>G01. É importante, pelos exames feitos sabemos como o bebê está. Porque vemos tantas crianças que morrem quando nascem porque as mães não fizeram pré-natal pra saber como estão.</p> <p>G02. É importante pra saúde, porque se não fizer não sabe como tá a saúde da criança.</p> <p>G03. É importante pra saber se tem alguma doença. Se a criança tá bem, se tá se formando perfeitozinho, escuta os batimentos [...]</p> <p>G04. É uma forma de agente sabe como tá a criança, né? Tem a curiosidade de saber se a criança tá bem ou não tá.</p> <p>G05. E também é importante pra o bebê. Na minha segunda gestação, ganhei aos sete meses, a criança nasceu viva, mas morreu depois [...] A minha gravidez é de risco.</p> <p>G06. É pra saber sobre a saúde do bebê, como é que tá [...]</p> <p>G07. Sei lá! Porque é importante para o bebê e pra mim também. Porque se tiver alguma coisa, algum problema eles dizem.</p> <p>G08. Ver o desenvolvimento da criança.</p> <p>G09. Mais para o bebê, saber como tá [...] E é importante pra acompanhar a formação do bebê.</p> <p>G10. [...] É importante para o bebê, pra saber se ele tá se desenvolvendo direito.</p> <p>G11. Se tiver algum problema. Pelo bebê, né?</p> <p>G12. É bom pra o menino, porque sempre que uma pessoa engravida tem que passar por ela.</p> <p>G13. Sei lá! Acho que é importante pra o bebê. Que quando agente tem o acompanhamento da enfermeira é melhor.</p> <p>G14. Sobre a saúde da gente e da criança [...] tem a medição da barriga, a escuta do coração do bebê.</p> <p>G15. É importante as vacinas pra proteger a saúde do bebê.</p> <p>G17. É pra acompanhar o bebê. Pra saber como ele tá [...]</p> <p>G18. Serve tanto pra mim e pra o bebê.</p> <p>G19. Porque descobre qualquer imperfeição do bebê, através dos exames, do ultra-som. Ela escuta os</p>	<p><i>É importante para a saúde, porque se não fizer não sabe como tá a saúde da criança, se tem alguma doença, se tá se formando perfeitozinho se tá na posição que é pra tá. Por isso, é importante pra acompanhar a formação do bebê, se ele tá se desenvolvendo direito. Pra saber se o bebê vai nascer saudável. Pra ele não nascer doente. Porque se tiver alguma coisa, algum problema eles dizem, já que sempre que uma pessoa engravida tem que passar por ela, quando agente tem o acompanhamento da enfermeira é melhor. Logo, é importante, pelos exames feitos sabemos como o bebê está. Ela escuta os batimentos lá no postinho, têm a medição da barriga, a escuta do coração do bebê, as vacinas pra proteger a saúde do bebê. Porque vemos tantas crianças que morrem quando nascem porque as mães não fizeram pré-natal pra saber como estão. Na minha segunda gestação, ganhei aos sete meses, a criança nasceu viva, mas morreu depois.</i></p>

<p>batimentos lá no postinho.</p> <p>G20. É importante pra criança, pra saber como ela tá.</p> <p>G21. É importante pra mim e para o bebê [...] e como está o bebê, através da ausculta, da medição, das vacinas.</p> <p>G22. Eu acho importante porque a gente sabe como está o bebê, se tá na posição que é pra tá.</p> <p>G23. Sei lá! [...] Acho que é importante para o bebê pelos exames e pelo acompanhamento.</p> <p>G24. [...] ficamos sabendo do que aconteceu no nosso corpo e com o nosso bebê.</p> <p>G25. Pra o bebê nascer bem. Pra ele não nascer doente [...]</p> <p>G26. Pra evitar problemas com o bebê [...]</p> <p>G27. [...] acho importante vir fazer [...] Acho que é importante pra o bebê, agente escuta o coração dele.</p> <p>G28. Acho muito importante pra saber se o feto está bem. Por isso, fazemos os exames, pra escutar os batimentos do bebê.</p> <p>G29. Ah! Sei lá! Pra saber o estado da criança, a saúde, se tá tudo bem.</p> <p>G30. Pra saber se o bebê vai nascer saudável.</p>	
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

- Importância atribuída à mãe.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC2
<p>G03. [...] pra mim também, porque ela passa exames pra saber como eu tô, dá sulfato ferroso, ácido fólico.</p> <p>G04. É importante pra mim porque pelos exames posso saber como eu tô.</p> <p>G05. É importante pra pessoa tá bem. Porque to sendo acompanhada pela enfermeira e pela médica.</p> <p>G06. Porque tem gravidez que, às vezes perde peso, aumenta a pressão. Por isso, que é importante pra gente também.</p> <p>G08. E da própria pessoa, né? Porque muda tudo, o corpo da pessoa, muda o jeito de pensar e de agir.</p> <p>G09. É importante pra mim também, porque se não estiver bem, o bebê não vai tá.</p> <p>G11. Sei lá, acho que é importante pra mim.</p> <p>G12. E é importante pra mim, pra minha saúde.</p> <p>G13. Deve ser importante pra mim também, mas acho que é mais pra o bebê.</p> <p>G15. É importante pra mim, porque posso descobrir algum problema e tratar logo.</p> <p>G17. É importante pra mim também, porque tá nós dois</p>	<p><i>É importante pra pessoa tá bem. Porque tô sendo acompanhada pela enfermeira e pela médica. Porque a gravidez é imprevisível. Então, você fica atenta aos perigos, porque geralmente a mãe pode ter problema de pressão, diabetes, anemia, essas coisas. Logo, muda tudo, o corpo da pessoa, muda o jeito de pensar e de agir. É importante pra mim, porque posso descobrir algum problema e tratar logo, mas acho que é mais pra o bebê. Não é nem tanto pelo sexo do bebê, ela me orienta o que eu posso e o que não posso. E fazendo o pré-natal todo mês pode evitar</i></p>

<p>no jogo, né?</p> <p>G18. Você fica atenta aos perigos, como engordar demais, o sal. As vacinas são importantes, porque evita doenças [...]</p> <p>G19. É importante pra mim porque [...] ela viu peso, pressão apesar de não ter problema.</p> <p>G20. Pra mãe também, pra fazer os exames. Assim, porque agente acompanha bem direitinho [...]</p> <p>G21. [...] pra ficarmos sabendo como estamos durante a gravidez e como está o bebê, através da ausculta, da medição, das vacinas.</p> <p>G22. É importante pra mim, porque a gravidez é imprevisível, temos que estar atentas, fazer os exames, tomar as vacinas.</p> <p>G24. Eu acho que concerteza é fundamental, pra prevenir [...] e são duas vidas, não só uma [...]</p> <p>G25. [...] porque aqui ela pergunta sobre mim, passa os exames. É importante pra minha saúde também.</p> <p>G26. Porque é bom pra saber o que a pessoa tem [...] para saber o que eu tenho, se eu tenho alguma doença.</p> <p>G29. Não é nem tanto pelo sexo do bebê [...] ela me orienta o que eu posso e o que não posso.</p> <p>G30. É importante pra mãe também, porque geralmente a mãe pode ter problema de pressão, diabetes, anemia, essas coisas. E fazendo o pré-natal todo mês pode evitar problemas.</p>	<p><i>problemas. Enfim, é fundamental, pra prevenir já que são duas vidas, não só uma.</i></p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------

- Cada gestação é única.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC3
<p>G04. Porque como ela diz, cada gravidez é uma, né?</p> <p>G08. É uma experiência única. Queria muito engravidar, não tomava nada, nem tinha feito tratamento não, aí aconteceu! Quando Deus quer!</p> <p>G28. [...] até porque, cada gestação é diferente, sinto coisas que não senti da primeira gravidez.</p>	<p><i>Porque como ela diz, cada gravidez é uma, até porque, cada gestação é diferente, sinto coisas que não senti da primeira gravidez. É uma experiência única. Queria muito engravidar, não tomava nada, nem tinha feito tratamento não, aí aconteceu!</i></p>

- Saber o sexo do bebê.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC4
G16. Por causa da ultra-som, porque se for menino ou menina já diz logo, né?	<i>Por causa do ultra-som, porque se for menino ou menina, dizem logo.</i>

- Evitar aborto.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC5
G30. Ah! Pra evitar o aborto.	<i>Para evitar aborto.</i>

A linguagem do profissional é clara para esclarecer suas dúvidas?

- Sim, minhas dúvidas são esclarecidas.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC1
<p>G01. Sim. Quando tenho dúvidas pergunto e ela me explica tudo direitinho.</p> <p>G03. Quando tenho dúvidas ela tira [...]</p> <p>G04. Ela fala esclarecido. Porque tem gente que fala muito enrolado, ela não. [...] A primeira agente fica meio encabulada, mas da segunda eu pergunto muito.</p> <p>G05. Entendo direitinho. Sempre quando tenho dúvidas venho e elas me atendem bem [...]</p> <p>G06. Ela procura explicar o mais simples possível pra mim, pra que eu entenda. Quando tenho dúvida eu pergunto mesmo. [...]</p> <p>G08. Ela fala de um jeito que eu entendo, até entender. São resolvidas, sempre pergunto durante a consulta!</p> <p>G09. Eu entendi tudo que ela falou, ela falou e explicou tudo direitinho nessa primeira consulta. Tirei dúvidas, sim! Principalmente a medicação que pode tomar [...]</p> <p>G10. Ela fala de uma forma que eu entendo. São esclarecidas, quando tenho. Porque já é a segunda gestação.</p> <p>G11. A enfermeira fala bem, eu entendo. Pergunto muito a enfermeira por ser a primeira gravidez.</p> <p>G13. Sim. Tem coisas que eu não entendo, mais aí eu pergunto e ela me responde.</p> <p>G14 Não senhora, sempre quando eu pergunto, ela responde bem direitinho. [...] Aí ela esclarece!</p> <p>G18. Explicava bem direitinho. Até entender. Pergunto até demais.</p> <p>G20. É tudo claro. Sempre pergunto, ela sempre esclarece!</p> <p>G21. São sim [...]</p> <p>G22. É claríssimo!E quando não entendo pergunto. Todas as minhas perguntas, ela responde. Ela diz logo: “Dúvidas, pergunte!”</p> <p>G23. Se ela falar alguma coisa que eu não entendo, aí eu pergunto. Pergunto e elas me explicam bem direitinho.</p> <p>G26. Entendi tudo que ela disse ela falou de forma clara! Depois da consulta esclareceu minhas dúvidas!</p> <p>G28. É clara, sim! Eu entendo tudo direitinho. [...] Eu pergunto muito, converso demais.</p> <p>G29. Quando não entendo pergunto. Mas ela sempre fala pra que eu entenda. Se eu tiver alguma dúvida pergunto [...]</p>	<p><i>Sim. Quando tenho dúvidas pergunto e ela me explica tudo direitinho, ela fala esclarecido. Porque tem gente que fala muito enrolado, ela não. Quando não entendo, pergunto o que é até entender. Dessa forma, ela procura explicar o mais simples possível pra mim, pra que eu entenda. Sempre pergunto durante a consulta! Eu pergunto muito, converso demais. Principalmente a medicação que pode tomar. Pergunto muito a enfermeira por ser a primeira gravidez. Ela diz logo: “Dúvidas, pergunte!”</i></p>

- Sim, mas não costumo ter dúvidas.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC2
<p>G02. Sim. Quando tenho dúvidas à enfermeira tira, mas não costumo ter dúvidas.</p> <p>G03. Sim. Entendo, ela explica bem direitinho. Quando tenho dúvidas ela tira, mas como já é a segunda gestação, não costumo pergunta muito.</p> <p>G07. Sim, mas não pergunto nada. Porque não pergunto mesmo. Não sei pra que ainda venho toda semana.</p> <p>G13. Eu não, de jeito nenhum [...]</p> <p>G15. A linguagem é clara. Mas, não pergunto muito não.</p> <p>G16. Entendo tudo. Mas, pergunto nada não. Às vezes tenho, mas não pergunto.</p> <p>G17. Entendo, ela de uma forma que eu entendo. Pergunto e ela responde, mais não costumo ter dúvidas.</p> <p>G19. Fala claramente. Pra que eu entenda. Agora não tenho muitas, tinha na primeira gestação.</p> <p>G21. Entendo. Porque entendo sobre. Quando tenho, não costumo perguntar, por já ter uma noção.</p> <p>G24. Entendo, ela fala de forma que eu entendo tudo. Não costumo ter, mas quando tenho ela responde.</p> <p>G25. Entendo, ela fala de forma clara. Dá pra entender tudo! Eu não pergunto nada não, gosto não!</p> <p>G30. Ela explica bem direitinho. Dá pra entender tudo o que ela diz. Não costumo perguntar muito.</p>	<p><i>Não costumo ter dúvidas. Porque não pergunto mesmo. Às vezes tenho, mas não pergunto, como já é a segunda gestação, não costumo pergunta muito. Agora não tenho muitas, tinha na primeira gestação. Eu não pergunto nada não, gosto não!</i></p>

- Não, tenho vergonha de tirar as dúvidas por não se sentir a vontade com a enfermeira.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC3
<p>G12. Tem palavras que eu não entendo. Não pergunto muito porque não tenho muita intimidade com a enfermeira.</p> <p>G27. Às vezes eu não entendo não mais não pergunto porque tenho vergonha da enfermeira. Não pergunto nada não. Tudo que ela disser tá bom pra mim.</p>	<p><i>Não pergunto muito por não ter muita intimidade com a enfermeira. Logo, não entendo, mais não pergunto, porque tenho vergonha da enfermeira. Tudo que ela disser tá bom pra mim.</i></p>

Na sua opinião, o que poderia ser feito para melhorar a assistência?

- Não demorar na entrega dos exames, nem na espera para a consulta.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC1
<p>G01. Porque quando os exames vão pra secretária demora a chegar.</p> <p>G02. A demora nos exames [...]. Estou esperando até agora o resultado da ultra-som pra saber a data de minha menstruação, porque não certeza.</p> <p>G03. A demora nos exames. Porque na primeira consulta com o médico a ultra-som foi na hora</p> <p>G06. . Mas as ultra-som quando pede demora. Tem que remarcar às vezes.</p> <p>G07. Só o que tá faltando mesmo é os exames que demora pra chegar.</p> <p>G08. Um dia só pra gestantes, porque às vezes demora na espera.</p> <p>G19. Os exames demoram muito, a ultra-som demora muito.</p> <p>G21. Tem muita coisa. A demora nos exames.</p> <p>G25. Os exames só o que tá faltando que demora pra chegar.</p>	<p><i>Que os exames não demorem, porque quando os exames vão pra secretária demora a chegar. Tem que remarcar às vezes. Estou esperando até agora o resultado da ultra-som pra saber a data de minha menstruação, porque não certeza. Porque na primeira consulta com o médico a ultra-som foi na hora. E um dia só pra gestantes, porque, às vezes demoramos esperando.</i></p>

- Não falta nada!

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC2
<p>G04. Aqui não falta nada, mesmo. Teve duas palestras mês passado têm nutricionista. Tudo ela traz pra gente.</p> <p>G05. Pra mim não falta nada. Quando têm palestras eu venho. Os meus exames não demoram pra chegar.</p> <p>G09. Até agora não tenho nada a falar. Foi ótimo o atendimento.</p> <p>G10. Pra melhorar, não tem o que melhorar não.</p> <p>G11. Não senti ainda que falta nada [...]</p> <p>G12. Não, tá bom assim.</p> <p>G14. Não tem nada não! Sim, vai vim o enxoval da prefeitura?</p> <p>G17. Não, até agora tenho nada a dizer não. Não falta nada.</p> <p>G18. Não faltava nada não. A equipe era excelente.</p> <p>G20. Pra mim tá tudo bem. Tudo que eu preciso tem lá, as vacinas, os remédios.</p> <p>G23. Nos postos, acho que o que tem pra fazer elas</p>	<p><i>Aqui não falta nada, mesmo. Teve duas palestras mês passado têm nutricionista. Tudo ela traz pra gente. Os meus exames não demoram pra chegar, pelo menos os meus chegaram antes da data. Não senti ainda que falta nada. Pra mim tá tudo bem. Tudo que eu preciso tem lá, as vacinas, os remédios.</i></p>

<p>fazem.</p> <p>G24. Eu acho assim, não senti ainda que não nada aqui no posto.</p> <p>G26. Não falta nada não! Pelo menos até agora, como é a primeira consulta.</p> <p>G28. No posto não falta nada, não![...]</p> <p>G29. Tá bom [...]</p> <p>G30. Nunca senti que faltasse alguma coisa. Os exames chegam logo, pelo menos os meus chegaram antes da data.</p>	
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

- Faltam palestras e diálogo.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC4
<p>G02. Não tem palestras, essas coisas.</p> <p>G15. Pra mim não. Falta diálogo.</p> <p>G22. Eu acho que deveria ter um espaço maior para as reuniões que elas fazem. Porque veio um professor de física e não tinha como fazer os exercícios como ele queria.</p>	<p><i>Não têm palestras, falta diálogo. Eu acho que deveria ter um espaço maior para as reuniões que elas fazem. Porque veio um professor de física e não tinha como fazer os exercícios como ele queria.</i></p>

- Acompanhamento do médico.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC5
<p>G13. Uma vez por mês deveria ter o acompanhamento do médico, não só da enfermeira.</p> <p>G19. E tem o acompanhamento do médico, que deveria ser feito com ele também.</p>	<p><i>Uma vez por mês deveria ter o acompanhamento do médico, não só da enfermeira.</i></p>

- O conserto do aparelho de ausculta.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC7
<p>G16. Ah, tem sim. Toda vida que vou o aparelhinho de escutar o coraçãozinho do bebê tá quebrado.</p> <p>G27. Pra mim tá bom. Só o que faltou uns dias foi o aparelho de escutar o coraçãozinho do bebê.</p>	<p><i>Ah, tem sim. Toda vida que vou o aparelhinho de escutar o coraçãozinho do bebê tá quebrado.</i></p>

Quando vai à consulta pré-natal, vai acompanhada por quem?

- Vou sozinha.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC1
G01. Costuma ir sozinha quando tenho um tempinho vou. Porque [...]	<i>Vou sozinha pra consulta. Não gosto que ninguém daqui vá. Venho sozinha, porque moro com os pais do meu marido, e eles são idosos. E meu marido trabalha, então costumo ir só. Quis vir só, porque meu marido ficou olhando a menina.</i>
G02. Vou sozinha. Não gosto que ninguém daqui vá.	
G03. Vou sozinha pra consulta.	
G04. Venho sozinha, porque moro com os pais do meu marido, e eles são idosos. E meu marido trabalha, [...]	
G05. Venho sempre só pras consultas.	
G07. Gosto de vim só. Minha mãe vem às vezes, mas não entra [...]	
G10. Vou sozinha pra o pré- natal.	
G11. Vou sozinha pras consultas. Ele tá trabalhando.	
G12. Vou sozinha pras consultas. Meu marido trabalha [...]	
G13. Vou sozinha pras consultas.	
G15. Vou sozinha.	
G16. Vou sozinha.	
G17. Vou sozinha.	
G18. Vou só.	
G20. [...] costumo ir só.	
G21. Vou sempre sozinha.	
G22. Vou sozinha.	
G24. Eu vou sozinha!	
G25. Venho sozinha porque meu marido trabalha.	
G26. Sozinha, quis vir só, porque meu marido ficou olhando a menina.	
G27. Às vezes, venho só, [...]	
G28. Costumo ir sozinha.	
G29. Venho sempre só [...]	
G30. Sempre vou sozinha, porque geralmente não tem quem vá comigo.	

- Vou acompanhada pela mãe/marido/filho.

EXPRESSÕES- CHAVE	DSC2
G06. Quando minha mãe pode ela me acompanha.	<i>Às vezes venho com minha mãe. Quando minha mãe pode ela me acompanha. Também vou acompanhada pelo meu marido ou vou com meu filho pras consultas.</i>
G08. Vou sempre acompanhada do meu marido.	
G09. Fui com a minha mãe.	
G14. Vou com meu filho pras consultas.	
G19. Eu e meu filho.	
G23. Às vezes venho com minha mãe.	