

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

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL:
estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde.**

ANA FLÁVIA FREIRE TAVARES

**Cajazeiras, PB
2009**

Ana Flávia Freire Tavares

**PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL:
estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde.**

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC)
apresentado ao Curso de Graduação em
Enfermagem do Centro de Formação de
Professores da Universidade Federal de Campina
Grande para obtenção do grau de Bacharel em
Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.

Co-orientador: Prof^o. Esp. Geofabio Sucupira Casimiro.





Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

T231p TAVARES, Ana Flávia Freire
Percepção de gestantes acerca do pré-natal: estudo
realizado em uma unidade básica de saúde./ Ana Flávia
Freire Tavares. Cajazeiras, 2009.
61 f.

Orientadora: Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
Co-Orientador: Geofábio Sucupira Casimiro.
Monografia (Graduação) – CFP/UFCEG

1. Pré-Natal. 2. Gestantes. 3. Unidade Básica de Saúde.
I. Título.

UFCEG/CFP/BS

CDU – 618.2-082

Ana Flávia Freire Tavares

PERCEÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL:
estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde.

Aprovado em: ____ / ____ / ____

Prof.^o Esp. Kennia Sibelly Marques de Abrantes.
(Orientadora - UFCG)

Prof.^o Esp. Geofábio Sucupira Casimiro.
(Co-orientador – UFCG)

Prof.^o Mestranda Arieli Rodrigues da Nóbrega.
(Membro – Convidado)

Dedico à Deus, a quem devo minha eterna gratidão por ter me concedido o dom da vida, sabedoria, discernimento e força diante das dificuldades. Que conhecendo meu coração e todas as minhas fragilidades, sempre me deu subsídios para superá-las e nunca me deixou fraquejar na fé.

AGRADECIMENTOS

À Deus, presença indiscutível em todos os momentos da minha vida, sempre guiando os meus passos e orientando o meu caminho.

Aos meus pais, Elias e Joana D'arc, aos quais procuro me espelhar para evoluir enquanto pessoa. Verdadeiros exemplos a serem seguidos de dedicação, humildade, perseverança e honestidade. Obrigada por acreditarem em mim, por me fazerem levantar à cada tropeço, por estarem sempre presentes e por fazer do meu sonho o sonho de vocês. Devo essa vitória à Deus e a vocês.

À Anna Livia, minha irmã-amiga, companheira de todos os momentos. Muitos anos vividos juntas em prol do nosso objetivo e hoje o nosso sonho se concretiza. Obrigada pela compreensão, pelas palavras de força na hora do desânimo, pela sua alegria e por saber que posso contar sempre com você. Te amo

Ao meu noivo Edson, um dos maiores presentes que Deus me deu. meu companheiro de sonhos, idealizações e conquistas. Obrigado por me fazer tão feliz, por tudo que você faz e fez por mim, por todo o seu amor, carinho, companheirismo, dedicação, pelo apoio sempre presente nas horas difíceis, você faz parte não só dessa minha vitória como da minha vida. Amo muito você.

Aos meus avós (in memória), João e Joanita, que apesar da falta física, dos gestos, dos carinhos, é possível sentir a todo instante a força de suas presenças espirituais, que vem me acompanhando com seus ensinamentos, com seus exemplos de vida, de coragem, de fé, perseverança e honestidade.

Aos meus avós, Miguel e Francisca, pelo apoio quando viemos morar em Cajazeiras, pelos conselhos, pela dedicação, por saber que vocês estão sempre torcendo por mim.

À Miridan e De Assis, pessoas abençoadas por Deus. Obrigada pelas palavras de incentivo, de apoio, por todos os bons momentos passados juntos nos fins de semana, pela amizade valiosa de vocês.

Aos meus tios e tias, em especial a tia Lola, pela mulher guerreira que és, por conseguir enfrentar todas as adversidades vividas, pelo exemplo que você dá a todos nós, exemplo de perseverança, de fé, de luta e força.

Aos meus primos e primas, pela motivação, incentivo, pela amizade de vocês.

A minha afilhada Lethícia, pela felicidade e alegria que me proporciona. Você é muito especial.

Às minhas amigas (Leidiane, Silvana e Beatriz), em especial a Aurélia, que desde o início da vida acadêmica nos aproximamos por ideais, pensamentos e valores incomuns, que se combinaram, tornando-se grandes amizades. Passamos muitas dificuldades, mas juntas conseguimos vencer, crescer, tanto no âmbito profissional como pessoal. Vocês são muito especiais, cada uma com sua particularidade.

À minha orientadora Kênnia Sibelly, pelos momentos de amparo e força, por toda a dedicação repassada nas horas em que mais precisei, por ser sempre muito gentil e atenciosa, me ouvindo, compreendendo e sabendo interpretar meus anseios, dificuldades e limitações.

Ao meu co-orientador Geofábio, pela atenção e disponibilidade.

À todos que fazem parte da equipe do Programa de Saúde da Família João Bosco Braga Barreto pela acolhida e confiança.

À todas as gestantes, que aceitaram participar deste estudo, contribuindo para que os resultados fossem obtidos com satisfação.

À todos os funcionários da Universidade Federal de Campina Grande, pelo profissionalismo, atenção e solicitude.

“A enfermagem é uma arte: e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto à obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!”

(Florence Nightingale)

LISTA DE SIGLAS

- CEP- Comitê de Ética e Pesquisa.
DSC- Discurso do Sujeito Coletivo.
FE – Ferro.
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana.
OMS- Organização Mundial de Saúde.
OPAS- Organização Pan-Americana de Saúde.
PAISM- Programa de Assistência à Saúde da Mulher.
PVC- Pressão Venosa Central.
RN- Recém- nascido.
TCLE- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.
UBS- Unidade Básica de Saúde.
VHB- Vírus da Hepatite B.

LISTA DE TABELA

Tabela 01 – Caracterização da amostra de acordo com faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar e número de gestação.....	37
--	----

LISTA DE QUADROS

- Quadro 01 – Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Na sua concepção o que a senhora entende por pré-natal?.....41
- Quadro 02 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: Quais as principais razões que levaram a senhora a buscar a assistência pré-natal?.....43
- Quadro 03 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: O que a senhora espera da consulta pré-natal?.....45
- Quadro 04 - Discurso do Sujeito Coletivo em resposta a pergunta: A senhora gostaria que mudasse alguma coisa durante a consulta pré-natal? O que?.....47

RESUMO

TAVARES, Ana Flávia Freire. **Percepção de Gestantes acerca do Pré-Natal: estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde.** 2009. Monografia (Graduação em Enfermagem)- Unidade Acadêmica de Ciências da Vida. Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras- PB, 2009.

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a identificação de riscos para ambos, visando à assistência adequada e oportuna. Assim objetivou-se neste estudo conhecer a percepção das gestantes atendidas na rede básica de saúde acerca do pré-natal. A amostra foi constituída por 25 mulheres grávidas, de uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Cajazeiras- PB, que se dispuseram a participar da pesquisa, sendo um estudo exploratório-descritivo com abordagem quanti-qualitativa. Os dados foram coletados no mês de novembro do corrente ano, através de um roteiro de entrevista constituído por questões abertas e fechadas, nos quais os dados objetivos foram analisados quantitativamente e, os subjetivos foram analisados qualitativamente, discutidos e comparados à luz da literatura pertinente, salientando que estes dados caracterizam o perfil das participantes e demonstram a ótica das mesmas sobre o pré-natal. Os principais resultados mostraram que em relação aos dados sócios- demográficos a maioria das entrevistadas possui perfil etário entre 20 a 29 anos, sendo a maior parte casada, possuindo apenas o primeiro grau incompleto, renda familiar de um a dois salários mínimos e em média duas gestações. No que diz respeito à percepção que as gestantes possuem acerca do pré- natal observou-se que tais mulheres compreendem o pré-natal como sendo um acompanhamento que deve ser realizado durante toda a gestação com o intuito de avaliar e proporcionar a saúde, tanto da mãe como do feto, demonstrando que elas apresentam uma visão correta sobre a temática abordada, além de relatarem satisfação quanto à assistência recebida na consulta pré-natal. Diante do exposto, espera-se que esta pesquisa possa contribuir para a melhoria da assistência pré- natal prestada as gestantes em todos os aspectos necessários.

Palavras-Chave: Gestação. Pré-Natal. Unidade Básica de Saúde.

ABSTRACT

TAVARES, Ana Flávia Freire. **Perception of Pregnant women concerning the Prenatal: Study accomplished in a Health Basic Unit.** Final Paper of Nursing Bachelorship Course. Federal University of Campina Grande. Cajazeiras - PB, 2009.

The prenatal attendance comprehends a group of activities that seeks the promotion of the fetus and the pregnant woman's health, as well as the identification of risks for both, seeking the appropriate and opportune attendance. This way, it was aimed in this study to know the pregnant women perception concerning the prenatal. The sample was constituted by 25 pregnant women, of a Health Basic Unit in the city of Cajazeiras - PB, who disposed themselves to participate in the research, being an exploratory-descriptive study with quanti-qualitative approach. The data were collected in the month of November of the current year, through an interview guide constituted by open and closed questions, emphasizing that the objective data were quantitatively analyzed and the subjective ones were qualitative analyzed, discussed and compared under the light of the pertinent literature, pointing out that these data characterize the participants' profile and they demonstrate the optics of the same ones on the prenatal. The study showed that most of the interviewees possess age profile between 20 and 29 years, most married, just possessing the incomplete elemental school, family income between one and two minimum wages and on average two gestations. The research revealed that the pregnant women understand the prenatal as being an accompaniment that should be accomplished during all the gestation with the intention of evaluating and providing health, as much to the mother as to the fetus, demonstrating that they present a correct vision on the approached thematic, besides they tell satisfaction in relation to the attendance received in the prenatal consultation. Before the exposed, it is waited that this research can contribute for the improvement of the rendered attendance to the pregnant women in all the necessary aspects.

Keywords: Gestation. Prenatal. Health Basic Unit.

SUMÁRIO

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA TUTORIAL
CAMPINA GRANDE

1 - INTRODUÇÃO	13
2 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	17
2.1 - Considerações da gravidez	18
2.2 - Programa de Assistência à Saúde da Mulher	23
2.3 - Pré-Natal	24
2.2 - Papel do enfermeiro no pré-natal	29
3 - METODOLOGIA	31
3.1 - Tipo de estudo	32
3.2 - Local de estudo.....	32
3.3 - População e Amostra.....	33
3.4 - Coleta de dados	33
3.5 - Análise dos dados.....	34
3.6 - Posicionamento ético dos pesquisadores	34
4 - RESULTADOS E DISCUSSÕES	36
4.1 - Dados de caracterização da amostra.....	37
4.2 - Dados analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo	41
5 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	48
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	55
Apêndice A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.	
Apêndice B – Roteiro de Entrevista Semi-estruturada.	
ANEXOS –	58
Anexo A – Ofício a Secretária de Saúde do Município de Cajazeiras-PB.	
Anexo B – Ofício a Enfermeira da Unidade Básica de Saúde.	

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um fenômeno fisiológico e por isso, sua evolução ocorre, na maioria das vezes sem intercorrências. Observações clínicas e estatísticas mostram que cerca de 90% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações. Outras, no entanto, já se iniciam com problemas quer para o feto, quer para a mãe, sendo influenciada por inúmeros fatores, desde os de origem biológica até as características sociais e econômicas da população, além do acesso e qualidade dos serviços (FREITAS et al., 2007).

Na visão e experiência de algumas mulheres, a confirmação da gravidez é permeada por sentimentos diversos, pois esse evento atinge todos os aspectos de sua vida e, também, de alguma forma, de cada membro da família e outras pessoas do âmbito social.

Para que o período gestacional decorra com segurança faz-se necessário o envolvimento da mulher, do seu companheiro, familiares, profissionais de saúde, tendo como base a promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento dos problemas que podem ocorrer. Nesse momento, torna-se de fundamental importância que os profissionais instituem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando as particularidades de cada uma delas.

Historicamente o pré-natal foi criado com intuito de detectar e evitar a morbidade e a mortalidade materna e neonatal. Com o passar do tempo, sua finalidade ampliou-se, visando assegurar o bem-estar da mãe e de seu filho e o epílogo saudável da gestação (REZENDE, 2005).

Estudos realizados pela Organização Mundial da Saúde (OMS) estimaram que, em 1990, aproximadamente 585 mil mulheres em todo o mundo morreram vítimas de complicações relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal. Nas capitais brasileiras, para o ano de 2001, a razão da mortalidade foi de 74,5 óbitos por 100 mil nascidos vivos, sendo as razões básicas a hipertensão arterial, infecção, hemorragia, todas consideradas evitáveis (FERNANDES; NARCHI, 2007).

Com a finalidade de reduzir a morbimortalidade feminina por causas evitáveis e melhorar a qualidade assistencial do atendimento à mulher em todas as fases do seu ciclo vital, foi criado no Brasil, ao longo da década de 1980, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) (PAISM, 2006).

Com a sua implementação na rede básica de saúde, a assistência pré-natal passou a ser compreendida como um conjunto de cuidados e procedimentos que visa assegurar a saúde da gestante e do concepto, identificar o mais rápido possível as situações de risco,

para que se previnam as complicações mais freqüentes da gravidez, devendo também conter orientações sobre hábitos saudáveis de vida, bem com o preparo da gestante para o parto e puerpério.

O sucesso do pré-natal depende de alguns fatores como: interesse e participação da gestante, bem como a importância do acompanhamento durante as consultas, participação dos órgãos assistenciais responsáveis por essa assistência, atuação de um profissional competente, dedicado e humano; sendo este um fator decisivo para a qualidade da assistência prestada.

Nesse âmbito, no Brasil, a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem torna o enfermeiro legalmente competente para executar consulta de enfermagem à mulher durante a gravidez, solicitar exames de rotina e prescrever medicamentos instituídos nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde (BARROS, 2006).

Assim, o enfermeiro deve desenvolver suas atividades baseadas em práticas educativas, superando o modelo tradicional, valorizando as reais necessidades da cliente.

De forma geral, cabe aos membros da equipe de saúde, ao entrar em contato com uma gestante, seja na unidade de saúde ou na sociedade, compreender os múltiplos significados da gestação para cada mulher, uma vez que cada uma a vivencia de forma distinta, trazendo consigo sentimentos, fatos e emoções que devem ser entendidas pela equipe durante a assistência pré-natal; cabendo, nesse momento o estabelecimento do vínculo.

A saúde da mulher, principalmente da gestante, deve ser vista de forma integral, não só a partir de sua condição biológica de reprodutora, mas sobretudo, dando-lhe o direito de participar globalmente das decisões que envolvem sua saúde e do conceito.

É notório que, a assistência pré-natal na maioria das vezes, se resume às ações clínico-obstétricas, sem considerar a mulher em sua totalidade, seus aspectos culturais, suas crenças, medos e angústias.

Diante do exposto surgiu, enquanto acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, o interesse para a realização dessa pesquisa com a intenção de fazer com que os profissionais que assistem as mulheres grávidas sejam conhecedores do senso comum dessas mulheres, dos seus aspectos sociais, econômicos e culturais buscando entendê-las no contexto em que vivem, para a partir de então garantir uma assistência qualificada, bem como melhorar os níveis de informação sobre o pré-natal, possibilitando desvelar os mitos e as crenças trazidos pelas gestantes.

A partir dessas considerações, o presente estudo tem como objetivo primordial conhecer a percepção das gestantes atendidas na rede básica de saúde acerca do pré-natal. Especificamente busca-se traçar o perfil epidemiológico dessas mulheres, descrever as principais razões que as levaram a aderirem ao programa pré-natal e identificar suas principais perspectivas.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Considerações da gravidez

Segundo Silva (2007), a gravidez é marcada por uma série de transformações no organismo da mulher, a partir do momento em que o óvulo maduro, liberado pelo ovário, ao ser captado e transportado no interior da tuba uterina, encontra o espermatozóide numa fusão caracterizada pela fecundação.

Não apenas o corpo da gestante apresenta alterações, como também seu funcionamento psíquico sofre mudanças e adaptações, sendo, portanto, o período ao qual a mulher mais precisa de apoio e compreensão.

Segundo Barros (2006), uma vez confirmada à gravidez, a mulher pode vivenciá-la com diferentes reações, diante da novidade. Quando a gravidez é desejada a mulher a encara como uma experiência bem-vinda e feliz, porém quando não planejada pode ser vista como um grande desastre, um fardo.

O período gestacional delonga-se por cerca de 280 dias, correspondendo a nove meses do calendário solar, 10 meses lunares e aproximadamente 40 semanas, sendo dividido em três períodos de três meses, chamados trimestres. O primeiro trimestre abrange da 1ª à 13ª semana, o segundo inclui da 14ª à 26ª semana e o terceiro vai da 27ª semana até o término da gravidez, ou seja, até a 38ª ou 40ª semana de gestação (WATANABE et al., 2002 apud MELHADO; SOLER, 2004).

As mudanças anatômicas e fisiológicas as quais o organismo materno enfrenta ocorre no âmbito molecular, bioquímico, hormonal, celular e tecidual, isso acontece para que haja uma organização harmônica da função de todos os órgãos e aparelhos, tornando-se capaz de redefinir um novo equilíbrio para adaptação do feto em desenvolvimento.

A compreensão das alterações fisiológicas que ocorrem no organismo materno durante o período gestacional é de extrema importância para uma assistência qualificada.

As gestações são consideradas de alto risco, quando é possível se deparar com situações de má adaptação do organismo materno à presença do feto, de intercorrências patológicas ligadas à gravidez e de piora das doenças previamente existentes. Conhecendo as alterações gravídicas fisiológicas, podem-se prever as descompensações clínicas e com isso, prestar os devidos cuidados a cada gestante, oferecendo-lhe atenção especial na assistência pré-natal (ZUGAIB, 2008).

Para melhor compreender as modificações vivenciadas pelas gestantes, torna-se necessário distingui-las em sistêmicas e a dos órgãos maternos.

Segundo Zugaib (2008), devido o aumento do volume abdominal e das mamas, ocorre um desvio do eixo gravitacional materno. Por instinto a gestante direciona o corpo todo posteriormente, de maneira a compensar e encontrar um novo eixo gravitacional que permita que ela se mantenha ereta. Por esse motivo, surge a hiperlordose e a hipercifose da coluna vertebral, aumento da base de sustentação, com afastamento dos pés e diminuição da amplitude dos passos durante a deambulação.

As adaptações cardiovasculares começam tão logo se inicia a gravidez. Essas adaptações protegem o funcionamento fisiológico normal da gestante, adaptando seu organismo as exigências da gestação, além de atender as necessidades de desenvolvimento e crescimento fetal (NEME, 1995).

Segundo Ziegel e Cranley (1985), o volume sanguíneo aumenta bastante durante a gravidez, a partir da décima a décima segunda semana, atingindo o valor máximo em torno da 32ª a 34ª semana, após esse período, o volume se estabiliza, permanecendo constante até o parto.

De acordo com o autor supracitado, o crescimento do volume sanguíneo resulta tanto do aumento do volume de plasma quanto do de eritrócitos, mas o primeiro deles é mais acentuado do que o segundo. Embora ocorra uma elevação na produção de eritrócitos durante a gravidez (aumento médio de 250 a 450 mil glóbulos vermelhos), a expansão desproporcional do volume de plasma leva a diminuição das concentrações de hemoglobina e de eritrócitos.

Essas mudanças têm sido erroneamente chamadas de “anemia fisiológica da gravidez”, já que as alterações sanguíneas fisiológicas não resultam em anemia verdadeira. Pode haver anemia na gestação por outra causa, geralmente por deficiência de ferro e, essa possibilidade deve ser considerada quando o hematócrito cai para abaixo de 34%, ou o nível de hemoglobina desce abaixo de 11g/100 ml de sangue, ou a contagem de glóbulos vermelhos é inferior a 3.750.000/ml de sangue. O ferro medicinal é administrado para responder a demanda do mesmo, criada pela eritropoiese aumentada, ou então quando aparecem sinais de anemia.

O débito cardíaco, produto da frequência cardíaca pelo volume sistólico, eleva-se cerca de 30 a 50% durante o período gestacional, sendo o aumento médio aproximado de 33%, de um nível não-gravídico de 4,5 l/mim até um máximo na gestação de aproximadamente 6 l/mim. A elevação inicial do débito cardíaco parece ser devido a uma elevação no volume sistólico de 5 a 10 ml até níveis de 70 a 75 ml por sístole. A proporção

que a gravidez avança, há um aumento gradual da frequência cardíaca materna de maneira que no começo do terceiro trimestre ocorre uma elevação de 15 a 20 bpm em relação aos níveis não-gravídicos. Neste momento, o volume sistólico decresce até os níveis próximos daqueles fora da gravidez, e o aumento de frequência cardíaca é responsável pela manutenção do débito cardíaco elevado (GABBE et al., 1999).

Durante a gestação a pressão arterial se mostra ligeiramente abaixo dos valores não gravídicos. Ela diminui no início da gravidez (primeiro trimestre), alcança níveis mais baixos no segundo trimestre e em seguida eleva-se de maneira rápida e progressiva durante o restante da gestação até o nível pré- gravídico. Uma diminuição na pressão sanguínea resulta de um tono vascular diminuído e da presença da circulação placentária, que é considerada um sistema de baixa resistência. No segundo trimestre, é possível que o menor tono vascular e uma hipovolemia relativa, devido ao rápido crescimento do espaço vascular uteroplacentário, se combinem para reduzir a pressão sanguínea ao seu nível inferior (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

O julgamento do valor de uma pressão arterial, em uma gestante, deve estar relacionada com leituras anteriores a gravidez. Por causa do decréscimo fisiológico da pressão arterial, uma mulher com hipertensão crônica pode apresentar-se normotensa, quando sua pressão aumentar significativamente, o diagnóstico será dificultado se não houver registro prévio a gestação.

De acordo com Zugaib (2008), a pressão venosa central (PVC) basicamente não sofre alterações, mas ocorre um aumento da pressão venosa nos membros inferiores, justificado pela compressão das veias pélvicas pelo útero volumoso. Por esse motivo, há maior chance da gestante apresentar varizes, edema e doença hemorrágica. A veia cava inferior também pode sofrer com a compressão uterina.

Durante a gravidez, ocorrem algumas alterações no trato gastrointestinal. É freqüente acontecer aumento de salivação, ocasionada pela dificuldade de deglutir, associada a náuseas. As gengivas podem tornar-se hipertróficas, hiperemiadas e friáveis sangrando com facilidade, devido à ação do estrógeno. Náuseas e vômitos são comuns no início da gravidez, desaparecendo com o seu término. Por vezes, pode vir acompanhada de perda importante de peso, o que configura a hiperêmese gravídica (CORRÊA et al., 1999).

Na pele e anexos, observam-se eventos vasculares como eritema palmar, aumento de secreção sebácea e da sudorese. Pode também ocorrer alopecia, por causa das alterações hormonais; cloasmas; aumento da pigmentação da linha alva do abdome, a qual passa a ser

chamada de linha nigra; da aréola mamária e regiões de dobras, que pioram com a exposição solar e desaparecem com o término da gravidez. No período gestacional ocorre a distensão da pele do abdome, das mamas e do quadril podendo provocar o surgimento de estrias nessa região (ZUGAIB, 2008).

Importantes modificações acontecem no sistema respiratório da mulher, uma vez que, a mucosa da nasofaringe torna-se hiperemiada e edemaciada, com hipersecreção de muco secundária ao aumento do estrogênio, que frequentemente levam a uma acentuada congestão nasal, sendo comum a epistaxe (GABBE et al., 1999).

Para atender as necessidades aumentadas de oxigênio, a função pulmonar passa por importantes modificações, sendo que estas ocorrem principalmente devido a ação do estrógeno e da progesterona (NEME, 1995).

De acordo com Ziegel e Cranley (1985), a partir do primeiro trimestre ocorre um aumento progressivo do volume corrente, que é o volume de ar inspirado ou expirado em cada respiração e há um discreto aumento da frequência respiratória, de 14 para 16 por minutos. Por respirar mais profundamente, a mulher grávida aumenta sua respiração. O maior volume corrente e a discreta elevação da frequência respiratória significam que o volume de ar expirado por minuto, a ventilação por minuto, aumenta até um nível máximo perto de 50 por cento do normal ao fim da gestação.

De acordo com o autor supracitado, outra alteração progressiva que ocorre durante a segunda metade da gravidez é a capacidade residual funcional do volume de ar que continua nos pulmões ao fim de uma expiração normal, consideravelmente menor. Isto quer dizer que os pulmões de uma mulher grávida ficam mais colapsados e contém menos ar residual ao final de uma expiração normal. Isso significa que um volume corrente maior é admitido em um maior volume de ar nos pulmões, o que torna a mistura gasosa mais eficiente, aumentando assim a ventilação alveolar em 65 a 70%.

Uma das queixas mais frequentes na grávida é a sensação de dispnéia, no qual geralmente começa no fim do primeiro trimestre ou início do segundo. A etiologia não é conhecida, porém, pode ser causada pelas alterações da sensibilidade do centro respiratório (GABBE et al., 1999).

Para Gabbe et al. (1999), o sistema urinário, apresenta todos os índices de função e fluxo renal aumentados durante a gravidez, em consequência do aumento do volume circulante. A exarcebação do sistema renina-angiotensina é compensado pelos efeitos de

progesterona. É evidente a retenção de água e sódio, possibilitando o arredondamento das formas corporais da grávida.

No sistema nervoso, as queixas mais frequentes estão relacionadas a discretas alterações na memória, concentração e no sono. O psiquismo da mulher transforma-se durante a gestação. Por ser um momento único na vida da mulher, a maternidade pode vir acompanhada de inseguranças e dificuldades emocionais, por essa razão é importante que o profissional responsável por assistir à gestante responda as suas dúvidas e anseios para que esse momento seja vivido de forma agradável (ZUGAIB, 2008).

No útero, ocorrem às alterações mais acentuadas do período gestacional, o útero passa de um órgão pequeno e quase sólido em um que contém um feto, uma placenta e de 500 a 1000 ml de líquido amniótico. O seu peso aumenta cerca de 20 vezes durante a gestação, de 60 g, antes da gestação, para 1000g, e aumenta de tamanho de cinco a seis vezes (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

De acordo com o autor supracitado, no período gestacional, a vagina perde a tonalidade rósea, característica do período não gravídico, e passa a apresentar uma coloração vinhosa. Ocorre uma hiperemia e edema na mucosa vaginal, o pH da secreção vaginal varia de 3,5 a 6 devido a produção de ácido lático a partir do glicogênio no epitélio vaginal.

As modificações das mamas são evidentes desde o início da gravidez, já no primeiro trimestre, a gestante queixa-se de dor e hipersensibilidade, sintomas esses que começam a melhorar com o decorrer da gravidez (ZUGAIB, 2008).

De acordo com Ziegel e Cranley (1985), durante o período gestacional as mamas aumentam de tamanho e firmeza, tornam-se nodulares, devido à hipertrofia dos alvéolos. Frequentemente, apresentam estriações na pele. Os mamilos e as auréolas ficam maiores e mais proeminentes, apresentando coloração mais escura, os mamilos ficam mais eréteis e móveis, tornando mais fácil para o bebê apreendê-los durante a mamada. As glândulas de Montgomery ficam maiores, no fim do segundo trimestre, uma pequena quantidade de líquido fino e amarelado, chamado colostro, é secretado pelos ductos.

Assim, para se ter uma assistência qualificada é necessário que o profissional de saúde que assiste as mulheres grávidas, conheça as modificações que ocorrem no corpo materno durante esse período.

2.2 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

A Política de Saúde da Mulher tem como principal objetivo indicar os recursos mínimos necessários, mas abrangentes, à saúde daquelas que, além de constituírem a maioria da população brasileira cuidam, monitoram e acompanham à saúde dos outros integrantes da família, vizinhança e comunidade (FERNANDES; NARCHI, 2007).

A preocupação com a família, a sobrecarga de trabalho, as responsabilidades, os preconceitos e discriminações embutidos pela sociedade, aumentam a vulnerabilidade da mulher perante certas doenças e agravos.

Apesar disso, no Brasil, a saúde da mulher só foi incorporada as políticas públicas nacionais nas primeiras décadas do século XX, sendo limitadas, nesse período, as demandas relativas ao parto e puerpério. Os programas materno-infantis, formados nas décadas de 1930, 1950 e 1970, demonstravam uma visão restrita sobre a mulher, baseada na sua especificidade biológica e no seu papel de mãe e doméstica (BRASIL, 2004).

Segundo Duarte; Andrade apud Nagahama; Santiago (2008), em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), marcando um novo tempo e uma forma de escolha de prioridades assistenciais a população feminina brasileira. O PAISM incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Inclui a assistência da mulher desde a adolescência até a terceira idade, comprometendo-se com o direito das mulheres, oferecendo a opção de exercerem a maternidade ou não, tentando abrangê-la em todo o seu ciclo vital.

Esse conceito implica rompimento com a visão tradicional, principalmente no âmbito da medicina que centralizava o atendimento às mulheres nas questões relativas à reprodução.

O PAISM, surge como fruto do movimento das mulheres, sendo discutido e implantado em meio a um período de transição democrática, e sua visão acordava as ações básicas de saúde e atenção, tomando como base a integralidade da assistência (OSIS apud, DUARTE; ANDRADE, 2008).

De acordo com Gonçalves et al. (2008), na sua forma mais abrangente, o PAISM, preconiza atender as necessidades globais de saúde da mulher, nos aspectos clínicos-ginecológicos e educativos, voltados ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, parto e puerpério; direciona a abordagem dos problemas presentes; procura o controle das doenças

sexualmente transmissíveis, do câncer cérvico-uterino e mamário, além de abranger a assistência para concepção e contra concepção.

No tocante ao pré-natal, o PAISM constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o intuito de promover a saúde e identificar o mais rápido possível os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do concepto (GONÇALVES et al.,2008).

Diante do exposto, não há como negar que o PAISM foi de extrema importância na abordagem à saúde reprodutiva no Brasil. Esse programa veio mudar a maneira como até então as mulheres eram tratadas, redimensionando o significado do corpo feminino no contexto social, passando agora, a ser vista em sua totalidade e não apenas como um objeto de reprodução.

2.3 Pré-Natal

A principal finalidade do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido (RN) saudável, sem causar danos à saúde materna, tendo como foco aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Para garantir uma assistência qualificada e promover a segurança da mãe e do feto, é preciso identificar as gestações de risco e proporcionar atendimento adequado de acordo com os graus de exigência, possibilitando a prevenção de complicações, nos quais são responsáveis pelo maior índice de morbidade e mortalidade materna e perinatal (DUCAN et al.,2006).

De acordo com Magalhães et al.(2006), é essencial na assistência pré-natal confirmar a gravidez, quando ainda existem dúvidas; adotar medidas preventivas para o sucesso do binômio mãe-feto; preparar a mama para amenizar problemas com a amamentação; diagnosticar e tratar enfermidades maternas; tratar precocemente as intercorrências gestacionais tanto maternas como fetais; assegurar a gestante atendimento adequado no parto e puerpério; esclarecer dúvidas e temores e orientar quanto aos sinais de trabalho de parto.

Uma assistência pré-natal qualificada reduz significativamente a mortalidade materna. No Brasil, observa-se uma elevada ocorrência de morte materna, aproximadamente 1.200 mortes no ano de 1999, correspondendo a um coeficiente de 56

mortes maternas para 100 mil nascidos vivos. Dados da Coordenadoria de Informações em Saúde relatam que, no Rio Grande do Sul, no ano de 2000, foram registradas 47 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos. Nos países desenvolvidos, observam-se coeficientes de mortalidade materna que alteram entre 4 e 10 por 100 mil nascidos vivos, ou seja, até dez vezes menores em comparação com o Brasil (DUNCAN et al., 2006).

O pré-natal é de extrema importância, pois apresenta inúmeros benefícios para a mulher e o bebê, dentre eles: diminui a mortalidade materna; reduz as taxas de prematuridade e, os números de óbito fetal e de mortalidade neonatal, principalmente para os casos de placenta prévia, restrição do crescimento fetal e gestação prolongada (ZUGAIB, 2008).

No campo da saúde pública, é o momento para um trabalho preventivo e educacional, ressaltando a importância e necessidade de planejamento familiar e de exames periódicos ao longo da vida (MAGALHÃES et al., 2006).

A assistência pré-natal deve ser universalmente realizada, diferindo no objetivo, no tipo, no conteúdo, no número de consultas e no tipo de pessoal que presta assistência. A consulta pré-natal é o instrumento mais eficaz da relação profissional-gestante, e esta, deve ser iniciada o mais precoce possível.

A periodicidade das consultas vai depender do desenvolvimento da gestação, da capacidade da gestante perceber alguma coisa de anormal e se a gravidez é de risco habitual ou de alto risco. Nas de risco habitual, esse intervalo deve ser de um mês até a 32ª semana, quinzenal até a 36ª semana, e após, semanal. Os intervalos devem ser ainda mais reduzidos após a 40ª semana. Já nas de alto risco, os espaços entre as consultas devem ser avaliados individualmente, de acordo com a gravidade do problema (MAGALHÃES et al., 2006).

É na primeira consulta que o profissional de saúde mantém um contato inicial com a gestante, momento em que serão estabelecidas relações de confiança, empatia, para um acolhimento e estabelecimento de vínculos.

Para Zugaib (2008), os objetivos da primeira consulta são: definir a condição de saúde da mãe e do feto, avaliar a idade gestacional, começar o planejamento do acompanhamento pré-natal, quantidade e frequência das consultas; orientar a rotina da consulta; tomar conhecimento da expectativa da gestante acerca do desenvolvimento gestacional e sobre o momento do parto, sendo que a partir desta, as outras consultas serão agendadas.

A consulta pré-natal é composta de anamnese, exame físico e avaliação dos exames complementares. São divididas em primeira consulta e de seguimento.

Segundo Magalhães et al. (2006), a anamnese tem como finalidade procurar informações na identificação, na história familiar, na vida pregressa, nos antecedentes ginecológicos e obstétricos, bem como na gestação atual que possa interferir no desenvolvimento da gravidez.

Na primeira consulta da gestação, deve ser feito o exame físico completo, incluindo a inspeção geral da pele, verificação das mucosas, altura, peso, temperatura, exame do coração, ausculta respiratória, palpação do pescoço e do abdome e exames das extremidades. O exame ginecológico e obstétrico compreende a medida da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (ZUGAIB, 2008)

De acordo com o Ministério da Saúde, os exames laboratoriais devem ser obrigatoriamente solicitados, pois servem como forma de rastreamento e prevenção de possíveis patologias. Dentre elas pode-se citar: grupo sanguíneo e fator RH, sorologia para sífilis (VDRL, solicitado na consulta inicial e por volta da trigésima semana de gestação), urina tipo 1 (1ª e 30ª semana), glicemia de jejum, em dois momentos (consulta inicial e por volta da trigésima semana de gestação), hematócrito e hemoglobina na consulta inicial, oferta de teste anti-HIV, sorologia para hepatites B e C (realizada de início e repetida no terceiro trimestre), sorologia para rubéola, sorologia para toxoplasmose, protoparasitológico de fezes (três amostras) e colpocitologia oncológica (BARROS, 2006).

É necessário descrever alguns aspectos sobre os exames laboratoriais, para melhor compreensão da sua importância. A determinação do fator RH permite constatar, no início da gravidez, se há incompatibilidade com o fator RH entre a mulher e seu companheiro. Quando isso ocorre, é seguido o protocolo de isoimunização ao fator RH. O conhecimento do grupo sanguíneo, tem como objetivo identificar, após o parto, a incompatibilidade no sistema ABO (CORRÊA, 1999).

Em mulheres jovens, tem aumentado significativamente o número de casos de sífilis. Das crianças nascidas de mães com a doença, cerca de 50% delas apresentam parto pré-termo, morte fetal intra-útero ou no período neonatal; podendo também apresentar doença congênita. O tratamento para sífilis é bastante simples e barato, tendo capacidade de diminuir as conseqüências da doença para a mãe e para o feto. Caso o VDRL apresente resultado negativo, pode repetir o exame na 28ª ou no terceiro trimestre. Atualmente

recomenda-se que na presença de resultado positivo, seja realizado o tratamento (FREITAS et al.2007).

Segundo Magalhães et al. (2006), o hemograma permite diagnosticar a anemia e o seu tipo. A OMS, considera anemia em gestantes, valores de hemoglobina abaixo de 11,0g %. Dados mostram que a maioria dos casos de anemia é ferropriva, e para tratamento, indica-se a suplementação de ferro (FE) para todas as mulheres grávidas a partir do segundo trimestre de gestação.

Para Freitas et al. (2007), a mais comum infecção bacteriana durante a gestação é a infecção urinária. Quando não tratada podem evoluir em até 40% dos casos para uma pielonefrite, sendo que o risco de trabalho de parto pré-termo é de até 20%. A urocultura é o exame utilizado para detectar esse tipo de infecção, mesmo nos casos tratados, recomenda-se proceder a uma nova urocultura em 7 a 10 dias após o término da medicação e a cada dois meses até o parto. Para tratamento, as primeiras drogas de escolha são a ampicilina e a nitrofurantoína, devendo ressaltar que as sulfas e o ácido nalidíxico devem ser evitados no terceiro trimestre. Enquanto se aguarda o resultado da urocultura, em casos de suspeita clínica, pode-se iniciar o tratamento.

A dosagem da glicemia em jejum é o primeiro teste para estimativa do estado glicêmico da gestante. Esse exame deve ser solicitado na primeira consulta do pré-natal, como rastreamento para o diabetes mellitus gestacional, independente da gestante apresentar ou não fatores de risco (BRASIL, 2006).

Todas as gestantes, no início do pré-natal devem realizar o teste anti-HIV, independente de referirem situação de risco ou não. Para rastreamento, utiliza-se o método ELISA, o qual detecta a presença de anticorpos para HIV 1 e 2; este, deve ser voluntário, confidencial e com aconselhamento; implicando uma abordagem individualizada, culturalmente adaptada e centrada nas demandas e dificuldades da gestante. Quando por algum motivo este teste não for realizado durante o pré-natal, este deve ser feito no momento de admissão a maternidade. Nos casos de positividade, a gestante será encaminhada para referência e receberá assistência específica, diante de negatividade no resultado, o exame é repetido no terceiro trimestre (DUNCAN et al., 2006).

Sempre que possível, recomenda-se a triagem para hepatite B, que deve ser realizada, preferencialmente, próximo a 30ª semana de gestação. O HBsAg, antígeno de superfície do vírus da hepatite B (VHB), é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda pelo VHB, sua persistência por um período de seis meses é indicativa de

hepatite crônica. Caso a gestante seja HBsAg positivo, ela deve ser encaminhada, após o parto, para avaliação no serviço especializado. Para a prevenção da transmissão vertical deve-lhe ser administrada, nas primeiras 12 horas de vida do neonato, a imunoglobulina humana anti-hepatite B e a imunização ativa (BRASIL, 2006).

O diagnóstico da hepatite C é realizado mediante teste para detecção dos anticorpos totais antivírus da hepatite C ou através de dois testes ELISA, caso a pesquisa seja positiva e não existir fator epidemiológico de risco que explique a infecção é recomendada a realização de um teste confirmatório (ZUGAIB, 2008).

Segundo Freitas et al. (2007), não existem dados científicos que justifiquem o benefício do rastreamento de rotina para a infecção por rubéola no pré-natal. Estando a sorologia indicada apenas para as gestantes em início da gravidez com suspeita de infecção ou com história de exposição à doença, diante deste fato, deve-se requerer o teste de inibição da hemaglutinação, os defeitos congênitos acontecem quando a infecção se dá nas primeiras 16 semanas de gestação.

Recomenda-se, sempre que necessário, a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência). A toxoplasmose pode ser transmitida através de ingestão de oocistos, ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos e infecção transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gestação. Pode causar os seguintes sintomas no feto ou no recém-nascido: prematuridade, baixo peso, estrabismo, icterícia e hepatomegalia. A infecção no primeiro trimestre é mais grave, acarretando desde abortamento espontâneo até a Síndrome da Toxoplasmose Congênita, caracterizada por alterações do Sistema Nervoso Central, alterações oculares, auditivas e outras (BRASIL, 2006).

Para Zugaib (2008), o parasitológico de fezes é um exame recomendado pelo Ministério da Saúde como parte da rotina do pré-natal, é através desse exame que se identificará os protozoários e parasitas para que se proceda ao tratamento adequado. É de extrema importância lembrar que a maioria das anemias na gestação podem ter como única causa parasitoses intestinais que provocam sangramento.

De acordo com Magalhães et al. (2006), o exame citopatológico é recomendado para todas as mulheres, inclusive gestantes. Deve ser realizado na primeira consulta independente de outras queixas e não apresenta risco para a gestação. Do ponto de vista da saúde pública, trata-se de uma oportunidade ímpar para estender o rastreamento do câncer de colo.

A gestante deve ser informada sobre a possibilidade e importância da participação da família e/ou de pessoa significativa durante o acompanhamento pré-natal. Esse, não deve ser um período voltado apenas para a maternidade, mas também de preparação para a paternidade. Desse modo, os profissionais de saúde que prestam esse tipo de assistência têm uma oportunidade ímpar de influenciar a saúde da família, bem como de auxiliá-la na adaptação ao processo de gestação (BARROS, 2006).

2.4 Papel do enfermeiro no pré-natal

Como descrito na Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõem sobre a regulamentação do exercício de enfermagem, cabe ao enfermeiro: realizar consulta de enfermagem, como integrante da equipe de saúde, prescrever medicamentos, desde que estejam estabelecidos em Programas de Saúde Pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência de enfermagem à gestante, parturiente e puérpera e realizar atividades de educação em saúde (RIOS; VIEIRA, 2003).

Nas Unidades Básicas de Saúde, no que se refere à consulta pré-natal, a assistência de enfermagem proporciona medidas adequadas que visam atender às reais necessidades de cada gestante. É importante ressaltar que o bom convívio entre enfermeiro e clientela, possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, do desenvolvimento do feto e a detecção precoce de doenças.

Segundo Bezerra (2008), a consulta de enfermagem no pré-natal é feita baseada em normas de atendimento à gestante, instituídas pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e pela OMS e adaptadas à realidade de cada país. A consulta, no Brasil, é realizada de acordo com as normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde.

O enfermeiro deve conhecer a fisiologia da gravidez, as intercorrências clínicas que podem ocorrer e as modificações emocionais do ciclo gravídico-puerperal (ZAMPIERE, 1998).

Segundo Maldonado (1990), nos três primeiros meses de gravidez, as mulheres podem apresentar humor mais instável e oscilante, as emoções podem ser sentidas com mais intensidade. Rir e chorar acontecem com mais frequência. Coisas que antes não a incomodavam muito, passam a causar a mais profunda irritação, tristeza e mágoa. Às vezes aparecem desejos de se comer algo em determinado dia ou hora. Em geral, correspondem à necessidade da mulher sentir-se mais mimada e merecedora de cuidados e atenções.

De acordo com o autor supracitado, no primeiro trimestre as mudanças corporais podem ser captadas através da intuição. Depois da percepção da gravidez surgem características específicas desta fase como: ambivalência afetiva (oscilações entre querer e não querer); hipersonia (aumento da necessidade de sono); náuseas e vômitos (por alterações hormonais e de fatores psicológicos); desejo e aversão (vontade compulsiva por determinado alimento, aumento do apetite); oscilações de humor (pelo esforço de adaptação a uma nova realidade de vida e aumento da sensibilidade); áreas como olfato, audição e paladar ficam mais aguçados. No segundo trimestre é quando a mulher já está mais adaptada ao processo de gestar. O imaginário torna-se mais concreto. Ocorrem os movimentos fetais, pode-se auscultar os batimentos cardíacos. Surgem também alterações no desejo e desempenho sexual. No terceiro trimestre elevam-se os níveis de ansiedade pela proximidade do momento do parto, surgem medos como de morrer no parto, não conseguir amamentar, não conseguir cuidar do filho, entre outros.

A compreensão dos aspectos psicológicos vivenciados pela mulher durante o ciclo gravídico-puerperal contribui para a formação de uma visão mais completa e integrada da mulher na situação de ter um filho. Para que o profissional de saúde possa prestar um cuidado humanizado, torna-se necessário entendê-la na sua totalidade.

O acompanhamento do período gestacional também deve servir de base para que a mulher amplie seus conhecimentos, compreenda suas vivências, expresse seus medos e angustias (ZAMPIERI, 1998).

A consulta pré-natal envolve procedimentos simples, dando espaço para que se escute as demandas das gestantes, transmitindo-as apoio e confiança; pois nem sempre, elas procuram o serviço pré-natal com o firme propósito de assistir sua gravidez (BARROS, 2006).

Dessa forma, é fundamental que o enfermeiro, além de realizar as consultas clínicas e obstétricas, acolha a gestante e com ela estabeleça vínculo, assistindo-a de forma integral, valorizando o seu corpo e não somente examinando-o.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de Estudo

Trata-se de um estudo exploratório- descritivo com abordagem quanti-qualitativa. O estudo exploratório possibilita ao pesquisador apreender conhecimentos e comprovações teóricas, a partir de investigações de determinadas hipóteses avaliadas dentro de uma realidade específica. A pesquisa exploratória descreve com exatidão os fatos e fenômenos de determinada realidade (TRIVIÑOS, 1987).

De acordo com Richardson et al. (1999), a pesquisa quantitativa caracteriza-se pelo emprego de quantificação nas modalidades de coleta de informações, como no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas, representando a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às interferências.

Para Minayo (1999), a pesquisa qualitativa trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

3.2 Local de Estudo

A presente pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde (UBS) João Bosco Braga Barreto. Sendo esta, localizada na cidade de Cajazeiras, Alto Sertão da Paraíba, distante 475 km da capital João Pessoa. É um município de médio porte, com população predominantemente urbana, totalizando 54.706 habitantes (IBGE, 2002).

Esta UBS, foi fundada no dia 21 de agosto de 2001 com intuito de prestar assistência de nível primário à comunidade abrangente, de fácil acesso a população, e possui 1.243 famílias cadastradas, que estão distribuídas em 12 microáreas, das quais 40 gestantes encontram-se cadastradas e recebendo acompanhamento pré-natal.

A mesma é formada por uma equipe de saúde composta por médico, enfermeiro, odontólogo, três técnicos de enfermagem, doze agentes comunitários de saúde, uma recepcionista, um auxiliar de consultório odontológico, dois guardas e dois auxiliares de serviços gerais.

3.3 População e Amostra

A população é um conjunto de todos os elementos que apresentam determinadas características em comum. A amostra consiste em um subconjunto da população, na qual, através dela se permite estabelecer ou estimar as características da população (GIL, 2002). Nesse sentido, a população alvo desse estudo foram 40 gestantes cadastradas no Programa de Assistência ao Pré-Natal da Unidade Básica de Saúde João Bosco Braga Barreto do Município de Cajazeiras-PB. A amostra foi composta por 25 gestantes que se mostraram disponíveis e interessadas em participar, valendo ressaltar, que as mesmas foram escolhidas de forma aleatória.

3.4 Instrumento e Coleta dos Dados

Os dados foram coletados após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, no mês de novembro do corrente ano. Os ofícios para a autorização da coleta de dados foram enviados à Secretária de Saúde do município, bem como a enfermeira responsável pela Unidade de Saúde João Bosco Braga Barreto, contendo informações sobre a pesquisa. Após a autorização da Secretária de Saúde e da enfermeira, foram realizadas visitas a UBS e, posteriormente o agendamento das entrevistas, que se deu a partir do cronograma de atividades estabelecido pela Unidade.

Como técnica de coleta de dados foi utilizada a entrevista semi-estruturada. De acordo com Triviños (1995), a entrevista semi-estruturada parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa e, em seguida, oferecem um amplo campo de interrogativas; fruto de novas hipóteses, que vão surgindo à medida que se recebem as respostas dos entrevistados.

As entrevistadas foram convidadas a participar do estudo mediante abordagem direta. O roteiro básico de entrevista foi composto por questões que investigaram as seguintes variáveis: idade, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar, número de gestação, percepção sobre o pré-natal, as razões que as fizeram buscar a assistência pré-natal, o que elas esperavam da consulta pré-natal e se gostariam que mudasse algo durante a consulta.

As entrevistas foram realizadas individualmente nos minutos que antecediam a consulta pré-natal, após explicação da pesquisa e leitura do Termo de Consentimento Livre

e Esclarecido (TCLE). Foi escolhido um local reservado na UBS, onde se pôde trabalhar com liberdade e garantia da privacidade da gestante entrevistada.

3.5 Análise dos Dados

Os dados foram analisados quanti e qualitativamente, em que os dados objetivos foram organizados, tabulados e analisados por meio de estatística descritiva. Os dados subjetivos foram analisados qualitativamente, conforme a literatura pertinente seguindo a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), segundo Lefèvre e Lefèvre (2005). O DSC consiste em analisar depoimentos provenientes de questões subjetivas, agrupando a auto-expressão do pensamento ou opinião coletiva de sentido semelhante em discursos-síntese redigido na primeira pessoa do singular, como se uma singularidade tivesse falando.

As entrevistas foram aplicadas, sendo reunidas todas as falas das participantes. Após a coleta de dados, as falas das mesmas foram organizadas em quadros guiados pelas idéias centrais e expressões-chave do DSC e confrontados com a literatura pertinente à temática da pesquisa.

O DSC nasceu como uma proposta positiva para representar o pensamento de uma coletividade, o que se faz agregando, num só discurso-síntese, conteúdos discursivos de sentido semelhante emitidos por pessoas distintas, como resposta a perguntas abertas de um questionário. Partiu-se da hipótese de que, se os indivíduos, vivendo em sociedade como reiteradamente têm colocado a sociologia e as demais ciências sociais, desde sempre compartilham idéias, crenças, valores, representações, que são os seus sentidos. (LEFÈVRE e LEFÈVRE, 2005).

3.6 Posicionamento Ético das Pesquisadoras

Para a realização desta pesquisa foram respeitados os pressupostos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional que dispõe sobre pesquisas envolvendo seres humanos. (BRASIL, 2002). Às participantes foram esclarecidas quando a possibilidade de desistência de participação do estudo em qualquer etapa do seu desenvolvimento. A identidade das participantes foi mantida no anonimato e estas assinaram um Termo de

Consentimento Livre e Esclarecido, o qual informou o teor científico e as características da pesquisa e da técnica de coleta de dados

4 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados foram organizados em dois momentos, em que o primeiro destina-se à caracterização dos sujeitos investigados e o segundo corresponde aos dados referentes à temática em estudo. Esses resultados foram analisados mediante procedimentos estatísticos no que se refere aos dados quantitativos e posteriormente, estes contaram com uma análise pessoal seguida por preceitos bibliográficos. Para a análise qualitativa dos depoimentos das participantes utilizou-se a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposta por Lefèvre e Lefèvre (2005).

4.1 Dados de Caracterização da Amostra

A tabela abaixo caracteriza as participantes de acordo com a faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar e número de gestação.

Tabela 01- Distribuição das participantes de acordo com a faixa etária, estado civil, grau de escolaridade, renda familiar e número de gestação.

<i>Variáveis</i>	<i>Fr</i>	<i>%</i>
Faixa Etária		
15 a 19 anos	5	20
20 a 29 anos	16	64
30 a 39 anos	4	16
Estado Civil		
Solteira	5	20
Casada	14	56
Relação Não-Oficializada	5	20
Separada	1	4
Grau de escolaridade		
Analfabeta	2	8
1º grau incompleto	11	44
1º grau completo	5	20
2º grau incompleto	2	8
2º grau completo	3	12
Nível superior completo	2	8
Renda Familiar		
Menos de um salário	10	40
1 a 2 salários	13	52
Mais de 2 salários	2	8
Número de Gestação		
1ª gestação	6	24
2ª gestação	11	44
3ª gestação	5	20
Mais de 4 gestações	3	12
Total	25	100

A tabela 01 mostra que a idade das entrevistadas apresentou-se de forma variada, em que 16 mulheres (64%) apresentaram idade entre 20 a 29 anos, 5 (20%) encontraram-se entre a faixa etária de 15 a 19 anos, e 4(16%) de 30 a 39 anos. Percebe-se com isso que, a idade vivenciada pela maioria das gestantes (64%) é considerada ideal sob o ponto-de-vista biológico.

Corroborando com Zugaib (2008), a idade materna ideal para a gestação é dos 20 aos 29 anos, pois, é nessa fase que se encontram os menores riscos tanto para o feto, como para a mãe, visto que o organismo materno está fisiologicamente maduro para suportar os estresses da gestação.

Segundo Brasil (2006), idade menor que 15 e maior que 35 anos são fatores de risco para a gravidez. A adolescência é definida pela OMS como a fase da vida compreendida entre os 10 a 19 anos. As gestantes adolescentes têm maior incidência de anemias, doença hipertensiva específica da gestação, prematuridade, baixo peso ao nascer e desproporção cefalopélvica. Por outro lado, a idade materna acima dos 35 anos está associada com maior incidência de malformações fetais e trissomias.

No que diz respeito ao estado civil, 14 gestantes (56%) são casadas, 5 (20%) mantém relação não-oficializada, 5 (20%) estão solteiras e uma (4 %) está divorciada. Observa-se que a maioria das gestantes possui vínculo conjugal, o que dá maior estabilidade ao casal, contribuindo de maneira significativa para o desenvolvimento da prática do pré-natal, dividindo responsabilidades e dificuldades comuns no cotidiano.

Segundo Rezende e Montenegro (2008), a influência do estado civil no desenvolvimento de uma gestação é notória, uma vez que várias estatísticas mostram maior mortalidade e morbidade materna e fetal entre as gestantes solteiras. A participação do pai no pré-natal, parto e pós-parto deve ser estimulada, pois o benefício de sua presença já foi comprovada.

Colaborando com isso, Brasil (2006), evidencia vários estudos científicos, nacionais e internacionais, apontando que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes no período gestacional e durante o parto se sentiram mais seguras e confiantes, e foram reduzidos o uso de medicações, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Ademais torna- se claro que, a presença paterna durante a gravidez e o parto é de extrema importância para o desenvolvimento do vínculo pai e filho, fundamental para o crescimento saudável da criança.

De acordo com Barros (2006), para a mulher segura do amor, respeito e compreensão do marido, a gravidez poderá ser encarada como uma experiência agradável e desejada, que promoverá a realização de seu papel como mulher, esposa e mãe. No entanto, uma mulher sem o apoio do pai da criança poderá encarar a gravidez como um desastre.

Em relação ao grau de escolaridade pode-se observar que, a maioria das gestantes apresenta um baixo nível de instrução, sendo a prevalência de 11 mulheres (44 %) com ensino fundamental incompleto, 5 (20%) com ensino fundamental completo, 2 (8 %) analfabetas, 2 (8 %) 2º grau incompleto, 3 (12 %) 2º grau completo e 2 (8 %) ensino superior completo.

Para Venâncio e Monteiro (1998), o analfabetismo materno constitui-se em um importante fator de risco para morbi-mortalidade fetal e os mesmos destacam que quanto maior o nível de escolaridade das gestantes, melhor será sua compreensão sobre as orientações recebidas durante o pré-natal.

Nesse sentido, cabe considerar que quanto menor o grau de instrução das gestantes, menor o acesso as informações, maior a dificuldade de assimilar noções e orientações transmitidas pelos profissionais de saúde, e mais prevalente será a aceitação de 'conselhos' de familiares e vizinhos quanto a implementação de cuidados à saúde. Em contrapartida, quanto maior o grau de escolaridade, maior o poder de autonomia sobre o seu corpo, maior será sua capacidade de discernir entre as informações que são repassadas, implicando na participação ativa durante as consultas e grupos educativos e maior chance de interromper processos patológicos pela adesão a métodos preventivos.

Segundo Silva et al. (2005), a presença de fatores de risco são frequentes quando há baixo nível de instrução, como menor números de consultas pré-natais, prole numerosa espelhando a falta de planejamento familiar e maior frequência de união instáveis.

Conhecer o grau de instrução da clientela atendida fornece auxílio aos profissionais sobre a melhor forma de transmitir informações e as orientações necessárias durante o acompanhamento pré-natal, proporcionando assim um bom desempenho entre o profissional e a gestante (MAGALHÃES; DIAS, 2006).

Em relação à variável renda familiar, observou-se que 13 das participantes (52 %) relataram receber de um a dois salários mínimos, 10 (40 %) menos de um salário e 2 (8 %) disseram ter renda familiar acima de três salários mínimos. Pode-se perceber que o bem-

estar físico e emocional da gestante, bem como a qualidade da assistência materna ao recém-nascido ficam comprometidas com a precariedade em que vivem tais mulheres.

Nessa perspectiva, Reis et al. (2004), abordam que as condições sócio-econômicas influenciam no estado nutricional, sendo que os bebês de famílias de menor renda apresentam cerca de quatro vezes mais alto o déficit de peso/idade.

A realidade populacional do Brasil apresenta ainda uma assimetria social, mostrando grandes desigualdades da distribuição de renda nas famílias brasileiras, de acordo com estudos divulgados pelo Instituto Brasileiro de Geografia Estatística (IBGE, 2007).

O fato de as mulheres apresentarem um baixo nível econômico pode está, na maioria das vezes, associado ao baixo nível de escolaridade, que por sua vez, influencia diretamente no desenvolvimento da gestação e no crescimento e desenvolvimento da criança.

No tocante ao número de gestações, a Tabela 01 revela que as mulheres colaboradoras da pesquisa apresentaram em média 2 gestações correspondendo um total de 11 (44 %), 6 (24%) relataram está na primeira gestação, 5 (20%) na terceira gestação e 3 (12%) disseram já ter tido mais de quatro gestações.

Estatísticas sugerem que, nos dias atuais, as mulheres não desejam ter um número elevado de filhos, devido principalmente às dificuldades financeiras e sociais enfrentadas na atualidade, que podem refletir negativamente na educação e qualidade de vida dos mesmos.

Segundo dados do Ministério da Saúde, a taxa de fecundidade manteve sua tendência de queda, atingindo, em 2006, o valor de 1.8 filhos por mulher, em contraste com os 2.5 registrados em 1996. A maior redução ocorreu nas áreas rurais, de 3.4 para 2.0, e na região Norte, de 3.7 para 2.3 filhos por mulher, as razões para esta queda são várias, e uma das principais é a adesão das mulheres às rotinas competitivas de trabalho.

Com a incorporação do conceito moderno de maternidade, a mulher passa a ter mais liberdade para tomar suas próprias decisões. Atualmente, cabe a mulher decidir como quer viver sua sexualidade, se quer casar ou não, se pretende exercer ou não a maternidade, visto que a mesma conquistou a sua independência, tornando-se dona do seu futuro e responsável pelas suas atitudes. A mulher passa a assumir novos papéis na sociedade, aumentando cada vez mais, sua participação no mercado de trabalho, em que muitas vezes

cabe a ela o sustento da família, tornando-se este um dos motivos básicos para a queda da fecundidade.

Corroborando com Fernandes e Narchi (2007), a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, realizada em Beijing na China reforça e enfatiza o enfoque de igualdade de gênero, e define que a saúde reprodutiva implica na capacidade de desfrutar uma vida sexual satisfatória e sem riscos, de procriar, bem como na liberdade para escolher entre fazê-lo ou não, no período e na frequência desejada. Enfatiza ainda, o direito da mulher ter o controle e decidir livremente e responsabilmente sobre problemas relacionados com a sua sexualidade, incluindo a saúde sexual e reprodutiva, livre de coerção e discriminação.

Pinotti (1996), afirma ainda que, decidir ter filhos ou não, a quantidade de filhos e o espaçamento da reprodução, é um direito do ser humano. Ter filhos não é uma obrigação das pessoas e nem imposição da natureza. Por esses motivos o planejamento familiar é considerado um direito humano fundamental.

4.2 Dados Analisados segundo o Discurso do Sujeito Coletivo- Lefèvre e Lefèvre (2005)

O conhecimento das gestantes participantes da pesquisa acerca do pré-natal será demonstrado a seguir através das idéias centrais que emergiram dos discursos, bem como o Discurso do Sujeito Coletivo que as caracterizam, para então serem confrontadas de acordo com a literatura pertinente.

Quadro 01- Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao seguinte questionamento: **Na sua concepção, o que a senhora entende por pré-natal?**

Idéia Central (IC)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Acompanhamento	“É um acompanhamento pra saber como está a mãe e o bebê, é importante porque você sabe o que está acontecendo com ele...” “ Eu acho assim tanto é pra saúde da mãe como da criança, se não tiver um acompanhamento como você vai saber do desenvolvimento da criança...” “É uma assistência para o desenvolvimento do bebê, para que ele tenha um acompanhamento para nascer saudável...” “É um acompanhamento da saúde das gestantes...”
Prevenção	“É uma coisa boa. Pra saber como tá a criança. Saber se ela tem algum problema...” “ Pra evitar alguma doença, se tiver no início...” “O pré-natal é mais pra prevenir...” “É um tipo de prevenção tanto pra mim quanto para a criança...”

O Discurso do Sujeito Coletivo mostra a percepção das entrevistadas acerca do pré-natal. Pode-se, assim perceber que elas definem o pré-natal como um acompanhamento que deve ser realizado durante a gravidez, serve para avaliar o desenvolvimento da gestação, bem como proporcionar uma gestação saudável, o que demonstra uma preocupação com a sua saúde e a saúde do bebê. Relatam também que através do pré-natal pode-se prevenir doenças, assegurar a profilaxia e detectar precocemente complicações.

Corroborando com Granjeiro et al.(2008), a assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visa preservar a saúde da gestante e do conceito, tendo como objetivo identificar adequada e precocemente quais as pacientes com maior chance de apresentar uma evolução desfavorável e acolher a mulher desde o início de sua gravidez, devendo os profissionais envolvidos neste atendimento estabelecer com as gestantes uma escuta qualificada, transmitindo-lhes apoio e confiança necessários para que possam conduzir com autonomia suas gestações e partos.

Rezende e Montenegro (2008), afirmam que a assistência pré-natal é de fundamental importância, tanto para a mãe como para o conceito. Para justificá-la bastaria dizer que a sua ausência esta associada a uma alta mortalidade materna e neonatal.

Para Brasil (2006), o principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno. O Ministério da Saúde preconiza que sejam realizadas seis consultas durante o pré-natal, sendo, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação, dando ênfase que a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês da gestação. Vale ressaltar que deve ser realizada uma consulta puerperal até 42 dias após o nascimento da criança.

De acordo com Barros (2006), a captação precoce da gestante pode ser feita pelos meios de comunicação, através de visitas domiciliares e por meio de atividades educativas. O início do acompanhamento pré-natal deve ocorrer o mais precocemente possível, de modo a permitir que as ações preventivas e terapêuticas sejam oportunamente introduzidas.

De acordo com o autor supracitado, o pré-natal representa uma oportunidade ímpar para a avaliação do estado geral da saúde da gestante, especialmente pelo fato de a população, em geral, não possuir o hábito de realizar consultas periódicas para a prevenção da saúde.

Quadro 02- Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao seguinte questionamento: **Quais as principais razões que levaram a senhora a buscar a assistência pré-natal?**

Idéia Central (IC)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Orientação	“... eles dão orientação sobre o que é bom e o que não é, sobre os medicamentos que você deve tomar e os que não deve...” “É por que como é minha primeira gravidez, eu não entendia de nada, fui pra eles me orientar, sobre o que eu posso fazer e o que eu não posso...” “...porque eles me orientam, ensinam a melhorar a alimentação e como amamentar, tudo direitinho...”
Preocupação com o bebê	“Mais por causa do bebê. E por mim também por que pra ele tá bem eu preciso tá bem também...” “ O principal motivo foi por causa da criança e da pessoa também, né...” “Preocupação, como é minha primeira gravidez a gente se preocupa em saber como anda o bebê...” “Pra garantir que vou ter uma gestação saudável, minha preocupação é mais com ele...”
Consciência	“Por que eu tenho a consciência de que quando se esta grávida tem que fazer o pré-natal.” “...sei que é importante, é uma coisa certa, por isso tem que fazer.” “Foi eu mesmo. Fiz o exame pra saber se estava grávida, deu positivo, aí eu vim fazer.” “Foi uma atitude minha, para dá tudo certo...”

Evidencia-se através dos discursos que as principais razões que levaram as gestantes a procurarem a assistência pré-natal foram a busca por orientação relacionada com o desejo de sempre está agindo corretamente no decorrer da gravidez e após o parto; a intensa preocupação com o bebê no sentido dele se manter saudável durante toda a gestação e nascimento; e a busca da assistência por consciência.

No que tange à assistência dada a gestante, a literatura oportunamente traz que a orientação é um dos principais objetivos da assistência pré-natal. Deve ser realizada desde a primeira consulta, abordando-se a evolução da prenhez, o que é normal, e quais as possíveis alterações na sua evolução, além de motivar a gestante a participar, a se interessar e a valorizar a gravidez (Corrêa, 1999).

Corroborando com Rios e Vieira (2003), a realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deve ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. E isto sugere que, o pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para a

maternidade e como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como forma de orientação.

De acordo com Barros (2006), as orientações que devem ser feitas durante a consulta pré-natal estão relacionadas ao auto-cuidado (higiene pessoal, atividade física, medicamentos, vida sexual, nutrição, preparo das mamas para a amamentação, entre outros), importância do aleitamento materno, desconfortos frequentes durante a gestação e dúvidas das gestantes.

É necessário durante o pré-natal conscientizar as mães sobre a importância do aleitamento materno, pois este além de reduzir a morbimortalidade infantil é ideal para o bebê nos primeiros seis meses de vida, por ser um alimento completo e rico, possuindo todos os nutrientes e anticorpos necessários para o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, possuindo fatores de proteção contra infecções comuns da infância, alergias, asma, entre outros.

Colaborando com isso, Freitas et al. (2007), defendem a necessidade, por meio da promoção e da educação para a saúde, de um processo de credibilidade e conscientização, visando mudanças comportamentais, obtendo na própria comunidade o conhecimento das barreiras que impedem tais cuidados, verificando que a saída envolve a comunicação e o entendimento.

Segundo Magalhães et al. (2006), a expectativa de gerar filhos físico e mentalmente sadios é o sonho de toda mulher. Com isso, todas as mães têm o direito não só a assistência pré-natal, mas também a pré-concepcional, justificando assim, o fato de que elas buscam o pré-natal no intuito dos filhos nascerem com saúde.

Para Zugaib (2008), a assistência pré-natal objetiva assegurar o nascimento de uma criança saudável, Nesse momento, torna-se evidente a presença do instinto materno, pois mesmo no ventre, a mãe se preocupa com o bebê, no sentido dele nascer saudável, levando a mesma a recorrer ao pré-natal.

Surge também no discurso a idéia de conscientização por parte das gestantes em tomar a iniciativa de realizar as consultas pré-natal. Dentro desse contexto Neme (1995), afirma que a instalação da prenhez representa razão obrigatória para exigir que as pacientes procurem assistência médica. Nestas condições ao salientar a importância da segurança fetal, o profissional responsável sensibiliza as gestantes, no sentido de se tornarem receptíveis a se submeter aos exames complementares necessários, em serem assíduas em suas visitas médicas e atenderem as recomendações.

Quadro 03- Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao seguinte questionamento: **O que a senhora espera da consulta pré-natal?**

Idéia Central (IC)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Qualidade	“Que seja bem feita, que dê resultado. É isso que seja bem feita.” “ Que seja bem boa, que ela me acompanhe bem direitinho...” “ Receber uma boa avaliação dos exames...” “Espero coisa boa, que o parto seja em paz...”
Informação	“Que me informe tudo, que me dê as informações mais importantes. Espero que tire minhas dúvidas...” “Espero ficar mais informada...” “Que traga informação pra gente do que é importante, que eu aprenda a cuidar bem da criança.”

No Discurso do Sujeito Coletivo identifica-se que as entrevistadas esperam que a consulta pré-natal seja realizada com qualidade e que o profissional responsável por essa assistência repasse as informações necessárias para a boa evolução da gravidez e posteriormente dos cuidados no puerpério. Tal fato demonstrando que, as usuárias dos serviços de saúde estão mais conscientes sobre os seus direitos, sobre o que querem dos serviços.

Segundo este pensamento Silva (2005) considera que, a qualidade da assistência de enfermagem caracteriza-se por um conjunto de ações desenvolvidas pelo profissional com conhecimento, habilidade, humanidade e competência, objetivando o atendimento das necessidades e expectativas de cada cliente. E sua operacionalização exige a adoção de uma metodologia que favoreça o conhecimento das mesmas de forma individualizada.

Segundo Matamala et al. (1995), a qualidade da atenção deve estar referida a um conjunto de aspectos que englobam as questões psicológicas, sociais, biológicas, sexuais, ambientais e culturais. Desta forma, pode-se entender que, a saúde é determinada por uma conjunto de fatores e se tratando de uma gestação principalmente, cabe salientar que o profissional responsável pela assistência a gestante deve acolhe-la, estabelecer um vínculo, e promover uma escuta qualificada.

Corroborando com Brasil (2006), uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso dos serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante

e do recém-nascido, desde o atendimento básico ao atendimento hospitalar para o alto risco.

No intuito de enriquecer essa discussão, reportaram-se aos preceitos estabelecidos pelo Ministério da Saúde como critérios para a avaliação da qualidade da assistência: números de consultas durante toda a gestação; início do pré-natal o mais precoce possível; distribuição das consultas durante o pré-natal; solicitação de exames complementares obrigatórios; realização do exame obstétrico durante o pré-natal; realização de atividades educativas; orientação quanto a amamentação e parto; vacinação anti-tetânica e coleta de citopatológico de colo uterino (GONÇALVES et al., 2008).

Segundo Brasil (2006), está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que será essencial para a redução do elevado índice de mortalidade materna e perinatal. Cabe mencionar que a adesão está intimamente relacionada com a maneira como o profissional desenvolve sua consulta, a confiança que a gestante sente no atendimento e com a forma como ela é recebida na Unidade.

Ainda seguindo os discursos percebe-se a carência por informações. O que comprova que práticas educativas são enormemente importantes em todo o processo gestacional, a fim de proporcionar conhecimento e elucidar as dúvidas das gestantes de qualquer perfil socioeconômico, adequando essas práticas e ações educativas de acordo com cada perfil (BRASIL, 2005).

As práticas educativas devem possibilitar aos indivíduos a aquisição de habilidades para a tomada de decisão na busca de uma melhor qualidade de vida. É dentro dessas concepções de educação, saúde e educação em saúde que acredita-se caber ao profissional desta área o papel de defensor/facilitador dos grupos sociais, como o de gestantes, idosos, mulheres menopausadas, crianças e adolescentes e fazer com que os indivíduos resgatem sua cidadania, colocando-a em evidência na promoção a saúde. (FIGUEIREDO, 2008)

Quadro 04- Idéia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente ao seguinte questionamento: **A senhora gostaria que mudasse alguma coisa durante a consulta pré-natal? O que?**

Idéia Central (IC)	Discurso do Sujeito Coletivo (DSC)
Satisfação	“Não pra mim tá normal. Sempre que venho ela me atende bem.” “Tá bom do jeito que tá, a gente conversa bastante durante a consulta.” “Até agora tá tudo bem, não tenho que me queixar de nada.” “Não, a enfermeira me atende muito bem, ela é simpática...”

Nesse último discurso, fica evidente que as gestantes estão satisfeitas com o atendimento que recebem durante a consulta pré-natal, uma vez que relatam serem bem atendidas.

Na tentativa de compreender a satisfação demonstrada pelas gestantes, atenta novamente ao trabalho de Brasil (2006), quando este afirma que o acolhimento, momento fundamental durante a consulta pré-natal, implica na recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

De acordo com o autor supracitado, o diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família, atores principais da gestação e do parto.

É notório que a comunicação é o intercâmbio de informações, verbais ou não verbais, reconhecidas quando gera satisfação e entendimento entre pessoas. A comunicação se faz adequada quando estabelece uma relação de confiança e entendimento com o outro, que irá beneficiar a identificação de necessidades e potencialidades que serão trabalhadas para o alcance de metas.

Fica claro que, a satisfação configura uma série de fatores, que vão desde a chegada da gestante a Unidade, a sua acolhida por parte dos profissionais que compõe o Programa de Saúde da Família, ao estabelecimento do vínculo com a mesma, formando laços de amizade, confiança.

5 CONSIDERAÇÕES FINAS

O pré-natal é o momento, no qual as gestantes têm a oportunidade de serem acompanhadas, avaliadas e orientadas pela equipe de saúde da família, incluindo a enfermagem, de modo que as consultas possibilitem a aproximação cada vez maior entre a mulher grávida e o responsável pela assistência.

O profissional de enfermagem tem papel de suma importância nas consultas de pré-natal junto à gestante, procurando sempre esclarecer dúvidas, minimizar medos e crenças ligadas à temática. Assim, os profissionais devem reconhecer que precisam estar sempre aprendendo novas maneiras para despertar o interesse das mulheres grávidas para essa prática e fazer com que elas cumpram o calendário das consultas pré-estabelecidas.

Para que se tenha essa adesão, é necessário que a gestante sinta-se acolhida em todos os sentidos pela Unidade Básica de Saúde, para que ela veja naqueles profissionais pessoas com as quais ela pode contar e assim sentir-se segura durante todo o processo que engloba o pré-natal. Portanto, o profissional deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo da gestante para poder compreender a mulher em sua totalidade, possuidora de desejos, crenças e conceitos.

Para que a assistência seja prestada com qualidade torna-se necessário conhecer o que as gestantes pensam a respeito do pré-natal. Neste estudo pôde-se observar que a maioria das entrevistadas possuem perfil etário entre 20 a 29 anos, que como preconiza o Ministério da Saúde é a idade mais favorável para uma gestação segura e sem intercorrências mais graves. As mesmas apresentaram baixo grau de escolaridade, onde a maior parte da amostra estudada possui somente o ensino fundamental incompleto. É relevante lembrar que, quanto menor o grau de instrução das gestantes, menor o acesso a informações, maior a dificuldade de assimilar orientações transmitidas pelos profissionais de saúde.

Os resultados obtidos acerca do estado civil deixam claro que a maioria das participantes são casadas, índice este que é favorável para a gestante durante o pré-natal, parto e puerpério, em que a companhia do marido reflete significativamente no seu estado emocional. Em relação à renda familiar observou-se que a grande parte possui renda de um a dois salários mínimos, estatísticas evidenciam que bebês oriundos de famílias de menor renda apresentam crescimento e desenvolvimento prejudicados. No tocante ao número de gestação é notório que as colaboradoras da pesquisa apresentaram em média duas gestações, deixando claro que nos dias atuais, grande parte das mulheres não querem ter um número elevado de filhos.

Os Discursos do Sujeito Coletivo permitiram concluir que, as gestantes participantes do estudo perceberam o pré-natal como sendo um acompanhamento que deve ser realizado durante toda a gestação com o intuito de avaliar e proporcionar a saúde, tanto da mãe como do feto, além de prevenir doenças, assegurar a profilaxia e detectar precocemente complicações. É notório também que elas buscam o pré-natal no intuito de receberem orientações, por motivos de preocupação com o bebê no sentido dele se manter saudável durante toda a gestação e nascimento. Vale ressaltar, que elas esperam que a consulta pré-natal seja realizada com qualidade e que o profissional responsável por essa assistência repasse as informações necessárias para uma gestação saudável, relataram também estarem satisfeitas com o atendimento que recebem durante a consulta pré-natal.

Conhecer o que pensam essas mulheres a respeito do pré-natal, resulta na identificação de um universo de sentimentos e aspirações do mais valioso significado para a prática de enfermagem, no sentido de contribuir para uma melhor adequação das ações oferecidas para a realidade dessas gestantes, das famílias e comunidade.

Cabe, portanto aos profissionais de saúde a responsabilidade de envolver as gestantes no pré-natal de modo que elas se tornem seres ativos, praticar o acolhimento, criar vínculos com elas e oferecer-lhes acesso às informações necessárias, de modo que possam entender essas informações.

Neste contexto, espera-se que este estudo possa contribuir para a melhoria da assistência prestada as gestantes em todos os aspectos necessários, contribuindo qualitativamente para que estes períodos sejam marcados por vivências significativas e que o tema abordado seja alvo de futuras pesquisas, engrandecendo e enriquecendo a temática, a fim de melhorar significativamente o processo de gestação.

REFERÊNCIAS

BARROS, S.M.O. Consulta de enfermagem no pré-natal. In: **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. 3. ed. São Paulo: Manole, 2006.

BEZERRA, C.P. A Importância da consulta de Enfermagem no Acompanhamento do Pré-Natal. **Revista Destaque**, Cajazeiras, Ano IV, Ago. 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde; 2000.

_____, Ministério da Saúde. **Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde. 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Serie A. Normas e manuais técnicos. Brasília: Secretaria de atenção à saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. Brasília, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Assistência pré-natal. **Manual Técnico**. Brasília: FREBASCO, 2005.

CORRÊA, D.C. **Noções Práticas de Obstetrias**. 12 ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

DUARTE, S.J.H. ANDRADE, S.M.O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. In: **Rev Saúde soc**. 2008, vol.17, n.2. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acessado em: 14 ago 2009

DUNCAN. B.B et al.. Assistência Pré-Natal e Puerpério. In: **Medicina Ambulatorial**. 3.ed. São Paulo: Artmed, 2006.

FERNANDES, R. A.Q.; NARCHI, N.Z. Políticas públicas de Saúde da Mulher. In: **Enfermagem e Saúde da Mulher**. 4. ed. São Paulo: Manole, 2007.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinando a cuidar em saúde pública**. São Paulo: Yendis, 2005.

FREITAS et al. Assistência Pré-Natal. In: **Rotinas em Obstetrícia**. 5.ed. São Paulo: Artmed, 2007.

GABBE, S.G; NIEBYL,J.R; SIMPSON, J.L. Fisiologia Materna na Gravidez. In: **Obstetrícia: Gestações Normais e Patológicas**.3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan; 1999.

GIL, A. C. **Como elaborar um projeto de pesquisa**. 4 ed.São Paulo: Atlas, 2002.

GONÇALVES et al. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. In:**Rev. Bras. Enferm**.vol.61,

n.3, Brasília Mai/Jun. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acessado em: 18 ago 2009.

GRANGEIRO, G.R; DIÓGENES, M. A.R; MOURA, E.R.F. Atenção ao Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. **In: Rev. esc. enferm. USP**, 2008, vol.42, n.1. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acessado em: 22 ago 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE, Censo Demográfico, 2007. Disponível em: <http://www.IBGE.gov.br>. Acessado em: 23 ago 2009.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia Científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007. 278p.

LEFÈVRE, F. ; LEFÈVRE, A. M.C. **O Discurso do Sujeito Coletivo: Um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. 2 ed. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MAGALHÃES et al. Assistência Pré-Natal. **In: Perinatologia Básica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2006.

MAGALHÃES, A. M.; DIAS, S. A. et al. **Atividade da Enfermeira Obstetra no Ciclo Gravídico-Puerperal**. 2 ed. São Paulo: EPU, 2006.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 15.ed. São Paulo: Saraiva, 1990.

MELHADO,S. J. C.; SOLER,S. J. C. A lombalgia na gravidez: Análise entre Gestantes no Último Trimestre da Gestação. **Rev. Feminina**.Set,2004. n.8. vol.32.São Paulo.

MATAMALA, M. I. et al. Calidad de La atencion, gênero: salud reproductiva de lãs mujeres. Santiago: Ed. Do autor;COMUSAMS; ACHNU, 1995.

MINAYO, M. C. S. et al. **Pesquisa social: teoria, métodos e criatividade**. R. J. Vozes. 1999.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Cad. Saúde Pública**, v.22, n.1, Rio de janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 10 jul 2009

NEME, B. **Obstetrícia Básica**. 3.ed. São Paulo: Sarvier, 1995.

PAISM. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**. 2006. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acessado em: 10 jul 2009.

PINOTTI, J. A. **Saúde da Mulher**. São Paulo, 1996.

REIS, A. C. M. dos et al. Prevalência da desnutrição e do aleitamento materno exclusivo: estudo de alguns fatores. **Rev. Nursing**, V. 69, n.7, fev. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 24 out 2009.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REZENDE, J. MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 11 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 2008.

RICHARDSON, R. J. et al. **Pesquisa Social: métodos e técnicas**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N.F.C. **Pré-Natal: conhecimento e reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para a educação em saúde**. In: Rev. do Hospital Universitário

UFMA, São Luis, 2003, vol.1, pp.1-5. Disponível em: <<http://www.scielo.br>. Acessado em: 14 ago 2009.

SILVA, J. C.; **Manual Obstétrico um guia prático para a enfermagem**. 2. ed. São Paulo: Corpus, 2007.

SILVA, N.R., SILVA, D.C., BORNIA, R. G. **Assistência Pré-Natal**. In: CHAVES NETO, H. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 2005.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1987

VENANCIO, S. I. MONTEIRO, C. A. **A Tendência da Prática da Amamentação no Brasil nas Décadas de 70 e 80**. Rev. Brás. Epidemiol. 1998.

ZAMPIERI, M. F. M. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ZIEGEL, E.E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem Obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Kogan, 1985.

ZUGAIB, M. **Obstetrícia**. 1. ed. São Paulo: Manole, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Título do Projeto: Percepção de Gestantes acerca do Pré-Natal: estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde.

Pesquisador responsável: Kennia Sibelly Marques de Abrantes.

Pesquisador participante: Ana Flávia Freire Tavares.

Eu, _____,
R.G. _____, CPF _____,
residente na _____, fui informado(a) que este projeto tem o objetivo de conhecer a percepção das gestantes acerca do pré-natal. Para desenvolvê-lo será necessário realizar os seguintes procedimentos, fazer o acompanhamento das gestantes durante a consulta pré-natal, bem como apresentar-lhes os objetivos e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando o sigilo das informações e o anonimato da entrevista. Será utilizada uma entrevista semi-estruturada contendo questões que caracterizem a amostra e questões voltadas para o objetivo do estudo. Logo após será realizada a análise dos depoimentos, sendo estas confrontadas com a literatura pertinente a temática da pesquisa, para em seguida serem apresentadas.

Após ler e receber explicações sobre a pesquisa, tive assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tive assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, a não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato. Os resultados da pesquisa só serão utilizados para fins científicos.

Caso deseje, eu posso procurar esclarecimentos junto ao Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, BR 230, Km 504, Caixa Postal 30, CEP 58900-000, Cajazeiras -PB, telefone (83) 3531-2848, ou com o Coordenador, o professor Joselito Santos, telefone (83) 8836-6250 / 3335-4586.

Cajazeiras – PB, _____ de _____ de _____.

Nome do sujeito/ou do responsável:.....

Assinatura:



Testemunhas (não ligadas à equipe de pesquisa):

Testemunha 1:

Nome:

Assinatura:

Testemunha 2:

Nome:

Assinatura:

Assinatura do pesquisador responsável

APÊNDICE - B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS PERCEPÇÃO DE GESTANTES ACERCA DO PRÉ-NATAL: estudo realizado em uma Unidade Básica de Saúde.

1. DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS DA PESQUISA

1.1 IDADE _____ anos

1.2 ESTADO CIVIL

- Solteira
- Casada
- Relação não oficializada
- Separada

1.3 GRAU DE ESCOLARIDADE

- Analfabeta
- 1º Grau Incompleto
- 1º Grau Completo
- 2º Grau Incompleto
- 2º Grau Completo
- Ensino Superior Incompleto
- Ensino Superior Completo

1.4 RENDA FAMILIAR

- Menos de 1 Salário
- 1 a 2 Salários
- Mais de 3 Salários

1.5 NÚMERO DE GESTAÇÃO

- 1ª gestação
- 2ª gestação
- 3ª gestação
- Mais de 4 Gestações

2. QUESTÕES VOLTADAS AO TEMA PROPOSTO PARA O ESTUDO

2.1 Na sua concepção o que a senhora entende por pré-natal?

2.2 Quais as principais razões que lhe levou a buscar a assistência pré-natal?

2.3 O que a senhora espera da consulta pré-natal?

2.5 A senhora gostaria que mudasse alguma coisa nas consultas? O quê?

ANEXOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

OFÍCIO N.11

Da coordenação do curso

Venho por meio desta, solicitar a V. Sa. Autorização para a aluna **Ana Flávia Freire Tavares**, matrícula 50522111, coletar dados referente a monografia de conclusão de curso de Bacharelado em Enfermagem, intitulada: "PERCEPÇÃO DAS GESTANTES A CERCA DO PRE-NATAL: ESTUDO REALIZADO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, sob a orientação da professora Kennia Sibelly Marques de Abrantes , durante o período de novembro de 2009.

Atenciosamente,

Cajazeiras, 06 de outubro de 2009

fabio M. Silva.

Coordenador de pesquisa e extensão

Raela Borges de A. Pereira.

Ilma. Raela Borges de A. Pereira

Secretária Municipal de Saúde

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE

CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES

CURSO BACHARELADO EM ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL
DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
BIBLIOTECA SETORIAL
UNIDADE: BARRAGEM

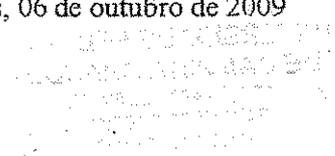
OFÍCIO N.11

Da coordenação do curso

Venho por meio desta, solicitar a V. Sa. Autorização para a aluna **Ana Flávia Freire Tavares**, matrícula 50522111, coletar dados referente a monografia de conclusão de curso de Bacharelado em Enfermagem, intitulada: "PERCEPÇÃO DAS GESTANTES A CERCA DO PRE-NATAL: ESTUDO REALIZADO EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE, sob a orientação da professora Kennia Sibelly Marques de Abrantes, durante o período de novembro de 2009.

Atenciosamente,

Cajazeiras, 06 de outubro de 2009


Fredelino M. Silva

Coordenador de pesquisa e extensão

Isabel Marques F. Araujo

Ilma. Sra. Isabel Marques F. de Araujo

Secretária Municipal de Saúde