



Universidade Federal  
de Campina Grande

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

**EVÓDIA ALVES DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES**  
**ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

**CAJAZEIRAS - PB**  
**2012**

**EVÓDIA ALVES DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES  
ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, sob orientação da Prof.<sup>a</sup> Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento.

**CAJAZEIRAS - PB  
2012**

**EVÓDIA ALVES DA SILVA**

**ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES  
ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Monografia apresentada ao Curso de Bacharelado em Enfermagem do Centro de Formação de Professores - CFP, da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida - UACV, como pré-requisito para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem, apreciada pela Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/2012.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof.<sup>a</sup> Ms. Aissa Romina Silva do Nascimento  
UACV/CFP/UFCG  
Orientadora

---

Prof.<sup>ª</sup> Esp. Mércia de França Nóbrega Medeiros  
UACV/CFP/UFCG  
Examinadora

---

Enfermeira Ms. Eliane de Sousa Leite  
UACV/CFP/UFCG  
Examinadora

S586a Silva, Evódia Alves da  
Assistência pré-natal na visão das gestantes  
assistidas na atenção básica./ Evódia Alves da Silva.  
Cajazeiras, 2012.  
88f. : il.

Orientadora: Aissa Romina Silva do Nascimento.  
Monografia (Graduação) – CFP/UFCG

1. Assistência médica à gestantes. 2. Pré-natal.
3. Saúde da mulher. I.Nascimento, Aissa Romina Silva do II.Título.

UFCG/CFP/BS

CDU – 618.2-082

Dedico este trabalho ao meu Deus, razão do meu viver, aos meus amados pais Edinaldo Alves da Silva e Maria Leontina da Silva Alves, à minha irmã Magdala Alves da Silva, aos meus avós, tios e tias pelo empenho e amor a mim dispensados durante toda a minha vida, para que eu pudesse chegar até aqui.

## AGRADECIMENTOS

Agradeço ao meu Deus que nunca me abandona e me fortalece a cada novo dia.

Aos meus pais Edinaldo Alves da Silva e Maria Leontina da Silva Alves pelo empenho e amor dispensados durante toda a minha vida.

À minha querida irmã Magdala Alves da Silva a quem tanto amo.

Aos meus avós maternos Antônio João da Silva (Em memória) e Maria Eterna de Sousa pelas preocupações, orações e o cuidado tão gostoso que apenas os avós sabem nos dar.

Aos meus avós paternos Obadias Alves da Silva e Doralice Maria de Sousa (Em Memória) pelos seus ensinamentos tão sábios de lutas e vitórias mesmo em meio à escassez.

Aos meus tios maternos Luiz Carlos da Silva, Francisco Laécio da Silva, José Arimatéia da Silva e Lucivânia Maria da Silva pelo apoio incondicional e torcida pelo meu futuro.

Aos meus tios paternos Euzinete Alves da Silva, Esmedito Alves da Silva, Ezenildo Alves da Silva (Em memória), Belizo Alves da Silva (Em memória), Erinaldo Alves da Silva, Erinildo Alves da Silva e Edilson Alves da Silva inesquecíveis em sua luta e incansáveis por me fazer o que sou hoje.

Aos meus colegas que foram companheiros de caminhada neste percurso acadêmico Rubens Félix, Samíramys Lima, Perla Soares, Edicleide Gomes, Danilo Mascarenhas, Tainar Machado e Milena Gabriela. Minha querida equipe de Estágio Supervisionado I, Juliana Rodrigues, Maria Isabel e Rogéria Gomes.

Aos funcionários do Posto de Atenção Primária à Saúde (PAPS) da cidade de Cajazeiras-PB, Maria, Roseli, Carminha, Cícero e Dalvina, pessoas que tive a oportunidade de conhecer e que me ensinaram grandes lições. Em especial as queridas Enfermeiras Suelane e Gerlane pela atenção e carinho com que me trataram durante o período que lá passei.

À todos os meus queridos professores e mestres, pelo incentivo e conhecimento transmitido a mim, sempre com compromisso e dedicação. Em especial a Prof<sup>a</sup> Aissa Romina que acreditou em mim e aceitou a orientação deste trabalho.

À minha irmã em Cristo Amélia Ferreira Martins Limeira grande colaboradora pra que esse trabalho pudesse ser feito.

Aos meus irmãos da amada Igreja Evangélica Congregacional de Brejo dos Santos, que oram me apoiam e acreditam no meu potencial.

“Quando o Senhor restaurou a sorte de Sião, ficamos como quem sonha. Então, a nossa boca se encheu de riso, e a nossa língua, de júbilo; então, entre as nações se dizia: Grandes coisas o Senhor tem feito por eles. Com efeito, grandes coisas fez o Senhor por nós; por isso, estamos alegres. Restaura, Senhor, a nossa sorte, como as torrentes no Neguebe. Os que com lágrimas semeiam com júbilo ceifarão. Quem sai andando e chorando, enquanto semeia, voltará com júbilo, trazendo os seus feixes.”

Bíblia Sagrada – Salmo 126 (Traduzida em Português por João Ferreira de Almeida, 2009).

SILVA, Evódia Alves da. **Assistência Pré-natal na visão das gestantes de uma Unidade Básica de Saúde na cidade de Cajazeiras-PB.** Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Cajazeiras-PB - 2012, p. 59.

## RESUMO

A gestação, embora seja um fenômeno fisiológico que em sua maioria tem uma evolução sem maiores complicações, requer uma série de cuidados especiais. Cuidados estes proporcionados pelos profissionais de saúde mediante a assistência pré-natal. Esta por sua vez tem como norte acolher e acompanhar a mulher em todo o percurso da gravidez garantindo o bem-estar materno e o nascimento de uma criança saudável. O presente trabalho de pesquisa teve como objetivos: analisar a assistência do pré-natal na visão das gestantes de uma unidade básica de saúde, identificar a existência de entraves para a realização do pré-natal pelas usuárias da UBS, caracterizar o perfil sócio demográfico e gestacional das participantes e apreender como as gestantes entendem o pré-natal e sua importância. Trata-se de uma pesquisa exploratório-descritiva com abordagem qualitativa. Participaram desta pesquisa 10 gestantes que receberam acompanhamento pré-natal na Unidade São José / Posto de Atendimento Primário à Saúde (PAPS) do município de Cajazeiras-PB. Os aspectos éticos foram cumpridos de acordo com a Resolução 196/96 em pesquisas envolvendo seres humanos. Quanto aos resultados desta pesquisa verificou-se que as mulheres tinham idade propícia à gestação, a maioria eram casadas (70%), possuindo um grau de escolaridade considerável, vivendo com uma renda familiar mensal de 1 a 2 salários mínimos (60%), e com diversas ocupações tais como: doméstica, estudante e outras. Foram verificados os seguintes dados obstétricos: 40% eram primigestas, 50% estavam grávidas pela terceira vez. Duas estavam no 3º trimestre de gravidez e destas uma havia realizado apenas três consultas pré-natal, contando já com trinta e sete semanas de gestação. Após a realização da presente pesquisa, verificou-se que na opinião das gestantes, a consulta pré-natal quanto à parte humana é boa, deixando a desejar em outros aspectos, tais como a falta de instrumentos modernos e eficientes para os procedimentos necessários ao adequado acompanhamento gestacional. Além do levantamento de dados com grande importância na constatação das condições da unidade de saúde escolhida, as gestantes reconheceram a importância do acompanhamento pré-natal na segurança de sua saúde e do bebê, a relevância das informações repassadas a elas durante a consulta com a enfermeira, e como o esclarecimento de suas dúvidas fortalece ainda mais sua confiança no profissional de enfermagem bem como de toda a equipe de saúde.

**Palavras-chave:** Saúde da mulher. Atenção Primária à saúde. Assistência à saúde. Pré-natal.



SILVA, Evódia Alves da. **Prenatal Care in View of Pregnant Women Attended in Primary Care.** Completion of course work (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Cajazeiras - PB - 2012, p. 59.

## **ABSTRACT**

Although the gestation is a physiological phenomenon that, in most cases, occurs without major complications, it requires a series of special care. This care is provided by health professionals through prenatal assistance. Its aim is to take care and accompany the woman through the pregnancy course ensuring maternal welfare and the birth of a healthy child. The present study aimed: to analyze the prenatal assistance through the vision of pregnant women from a health basic unit, to identify the existence of obstacles to the realization of prenatal by the users of the health basic unit, to characterize the social-demographic and gestational profile of the participants and apprehend how the pregnant women understand the prenatal and its importance. This study's about an exploratory-descriptive research with a qualitative approach. Ten pregnant women who received prenatal assistance at the Unidade São José/ Posto de Atendimento Primário à Saúde (PAPS) of county Cajazeiras-PB participated in this research. The ethical aspects were obeyed according to the Resolution 196/96 in researches involving human beings. As to the results of this study it was verified that the women were in proper age of pregnancy, most of them were married (70%), having a considerable scholary degree, living with a monthly family income of 1 to 2 minimum wages (60%), and with diverse occupations such as: housemaid, student and others. The following obstretic data were verified: 50% were pregnant for the first time, 50% were pregnant for the third time. Two were in the 3rd trimester of pregnancy and of these one had done only three prenatal visits, and already thirty-seven weeks gestation. After completion of this research, it was found that in the opinion of the women, the prenatal visit as the human part is good, leaving short in other aspects, such as the lack of modern instruments and efficient procedures for the proper monitored gestational. In addition to the survey data with great importance in the realization of the conditions of the health unit chosen, the women acknowledged the importance of prenatal care in the health and safety of your baby, the relevance of the information passed to them during the consultation with the nurse and how to clarify your doubts further strengthens their confidence in professional nursing as well as the entire healthcare team.

**Keywords:** Women's Health. Primary Health Care. Health Care. Prenatal.

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a questão: “Qual a importância do Pré-natal?”.....34
- Quadro 2** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta sobre como eram tratadas as gestantes da unidade.....35
- Quadro 3** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta “O que faz com que você não venha às consultas Pré-natal?”.....36
- Quadro 4** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta a respeito do que elas acham sobre o tempo de consulta com a enfermeira.....38
- Quadro 5** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta sobre o que elas acham do tempo de espera até o atendimento pela enfermeira.....38
- Quadro 6** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta sobre o que elas acham das instalações da unidade.....39
- Quadro 7** – Ideia Central e DSC das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta a respeito das informações passadas durante o pré-natal.....40
- Quadro 8** – Ideia Central e DSC das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta a respeito do que poderia ser acrescentado ao atendimento a gestante na unidade.....41

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Participantes do estudo conforme faixa etária e estado civil.....	30
<b>Tabela 2</b> – Participantes do estudo conforme grau de escolaridade, renda familiar e ocupação.....	31
<b>Tabela 3</b> – Dados gestacionais das participantes da pesquisa.....	32

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**ACS** – Agente Comunitário de Saúde

**DNCR** – Departamento Nacional da Criança

**DSC** – Discurso do Sujeito Coletivo

**DST** – Doenças Sexualmente Transmissíveis

**ECH** – Expressão-Chave

**ESF** – Estratégia de Saúde da Família

**HCG** – Gonadotrofina Coriônica Humana

**IBGE** – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

**IC** – Ideia Central

**LOS** – Lei Orgânica de Saúde

**MS** – Ministério da Saúde

**PACS** – Programa de Agentes Comunitários de Saúde

**PAISM** – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

**PAPS** – Posto de Atenção Primária à Saúde

**PHPN** – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

**PITS** – Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde

**PN** – Pré-Natal

**PNAISM** – Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

**PSF** – Programa de Saúde da Família

**PSMI** – Programa de Saúde Materno-Infantil

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

**SISVAN** – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UBS** – Unidade Básica de Saúde

**VDRL** – Venereal Disease Research Laboratory (Pesquisa Laboratorial de Doença Venérea)

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>2 REFERENCIAL TEÓRICO.....</b>	<b>14</b>
2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER .....	14
2.2 ABORDAGEM DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL .....	16
2.3 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA MULHER .....	19
2.4 ACOLHIMENTO A GESTANTE NO PRÉ-NATAL .....	22
<b>3 METODOLOGIA.....</b>	<b>25</b>
3.1 TIPO DE PESQUISA.....	25
3.2 LOCAL DA PESQUISA .....	25
3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA .....	26
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO .....	27
3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	27
3.6 COLETA DE DADOS .....	28
3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS .....	28
3.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	29
<b>4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA .....	30
4.2 ANÁLISES DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC) ABORDANDO A PERCEPÇÃO DAS GESTANTES A RESPEITO DA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL ...	33
<b>4 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>43</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>45</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>49</b>
APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS .....	50
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)...	52
<b>ANEXOS .....</b>	<b>55</b>
ANEXO A - TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL .....	56
ANEXO B - DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA....	58

## 1 INTRODUÇÃO

A mulher é a parcela da população que mais utiliza os serviços de saúde. Esta constatação revela a necessidade de uma priorização e valorização da mulher, no seu papel de mãe, administradora do lar e cuidadora. A Estratégia de Saúde da Família (ESF), como porta de entrada dos serviços de saúde e tendo como prioridade a saúde da mulher, deve proporcionar uma atenção de qualidade de forma que atenda todas as demandas inerentes a esta parcela da população.

O atendimento pré-natal entra em cena, como base para o acolhimento dessa mulher que grávida precisa lidar com todos os entraves que a cercam: um marido que não aceita sua gravidez, falta de recursos financeiros para manter essa criança, ou até mesmo a precariedade do atendimento pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS), quando este deveria proporcionar conforto e boa acolhida.

O acompanhamento adequado a mãe e ao bebê, de forma humanizada, recebendo com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido tendo como objetivo principal acolher e acompanhar a mulher durante sua gestação, período caracterizado por mudanças físicas e emocionais vivenciado de forma distinta pelas gestantes (LANDERDAHL, 2007).

Uma equipe de saúde bem qualificada e pronta a receber esta mulher deverá acolhê-la de forma a escutar as suas ansiedades, extirpando suas dúvidas e ansiedades. Ao conhecer o perfil dessa população, bem como suas demandas e carências, será possível traçar estratégias que melhorem sua saúde e qualidade de vida. A gestação, dentro dessa perspectiva, é um período na vida da mulher no qual estas carências e ansiedades, tornam-se ainda mais acentuadas (BRASIL, 2005).

A partir desse pressuposto, esta pesquisa pretendeu trabalhar a saúde feminina em seu aspecto mãe-mulher, buscando apreender as suas percepções sobre o atendimento pré-natal e a importância da educação e da promoção em saúde, para a melhoria de sua qualidade de vida. Além disso, este estudo servirá como embasamento para a atuação de alunos e profissionais de Enfermagem, já que somente através de uma pesquisa, em que a gestante possa expor suas opiniões será possível o aperfeiçoamento e a melhoria do atendimento à gestante em sua UBS.

O enfermeiro pode atuar nos pontos julgados relevantes pelas gestantes, bem como no aspecto fisiológico da gravidez, que traz consigo muitas modificações não só para a gestante como também para seus familiares e pessoas que fazem parte do seu convívio. Vale

ressaltar que o pré-natal deve ser realizado para atender as reais necessidades da população de gestantes e que o enfermeiro deverá utilizar seus conhecimentos técnico-científicos para a detecção de problemas de saúde nessa população alvo, melhorar o desempenho do seu serviço e conseqüentemente contribuir para a melhoria da qualidade de vida dessa população assistida.

Esta qualidade poderá ser alcançada à medida que se forme um vínculo entre o profissional de enfermagem e a gestante e, para isso, é necessário que se utilize uma linguagem clara e compreensível de forma a responder às indagações da mulher e de sua família repassando a estes as informações necessárias.

Nesse sentido, a escolha do tema saúde da mulher foi possibilitada pelo contato com a realidade de uma UBS a ministração da disciplina Estágio Supervisionado I. Naquela oportunidade, foi possível vivenciar o acolhimento e todo o processo de acompanhamento da gestante: do resultado de exame Beta HCG (*Gonadotrofina Coriônica Humana*) positivo, presenciando medos e ansiedades da agora gestante, até a visita puerperal, quando se concretiza a realização da mulher-mãe e fica caracterizado todo o esforço e dedicação dos profissionais envolvidos no processo, inclusive da enfermeira.

Para que a pesquisa possa ser desenvolvida em sua plenitude, foi oportuno conhecer o cotidiano da assistência pré-natal fornecida as gestantes da UBS São José/Posto de Atenção Primária à Saúde, onde se tornou possível observar a dinâmica de atenção pré-natal pelas gestantes usuárias deste serviço de saúde e, por meio da pesquisa exploratória, analisar a assistência que a gestante tem no pré-natal e sua importância para uma gestação bem sucedida. Através deste trabalho tentou-se responder às seguintes indagações: Como as gestantes veem a Assistência Pré-natal, qual a interferência desta assistência em sua vida e gestação, e o que as impede de vir à UBS para realiza-las.

Diante dessas indagações a pesquisa teve como objetivo: analisar a assistência do pré-natal na visão das gestantes de uma unidade básica de saúde, identificar a existência de entraves para a realização do pré-natal pelas usuárias da UBS, caracterizar o perfil sócio demográfico e gestacional das participantes e apreender como as gestantes entendem o pré-natal e sua importância.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 EVOLUÇÃO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE DA MULHER

As políticas nacionais de saúde da mulher em nosso país traziam inicialmente um atendimento verticalizado, de modo que não havia a integração entre estas e as demais políticas e programas nos demais setores da saúde, fragmentando assim, o atendimento. As metas tomadas pelo governo tinham como característica a generalização, ou seja, uma realidade era tomada como geral, sem que houvesse avaliação das necessidades de saúde das populações locais, sem levar em conta quais eram as demandas de cada região e recanto do país, o que diminuía consideravelmente o impacto e os resultados desta política em relação à saúde feminina (TELES, 2008).

Segundo Teles (2008) o Departamento Nacional da Criança (DNCR), teria sido o primeiro órgão governamental voltado unicamente para o cuidado da saúde materno-infantil. Criado em 1940, suas diretrizes de trabalho buscavam integrar os planos e as atividades de proteção à maternidade, à infância e à adolescência, tanto em órgãos públicos, como em privados, com os programas de saúde pública em geral. O DNCR trouxe um incentivo à puericultura e enfatizou não só os cuidados com as crianças, mas também com as mães, em relação à gravidez e amamentação.

No ano de 1953, foi criado o Ministério da Saúde (MS), e este passou a coordenar nacionalmente a assistência à mãe e a criança. Neste período, a atenção à saúde materno-infantil seguia a linha de modelo centralizador, limitado às ações de puericultura, e voltada excepcionalmente às camadas mais pobres das zonas urbanas. No início da década de 1960, a prioridade do governo mudou, passando ao combate das doenças endêmicas nas zonas rurais. Em 1969, o DNCR foi extinto (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Em 1971, foram elaboradas as Diretrizes Gerais da Política Nacional de Saúde Materno-Infantil, que contemplavam programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças desde o nascimento até os quatro anos de idade, e o estímulo ao aleitamento materno e à nutrição. Em 1975, surge o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), que retomou a ênfase com a nutrição do grupo infantil, gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil (TELES, 2008 apud BRASIL, 1975).



Anos após a criação do PSMI, em 1984, o Ministério da Saúde fez surgir o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), ocasionando a quebra dos conceitos que norteavam a política de saúde das mulheres, bem como dos critérios para a escolha de prioridades, até então vigentes. O PAISM foi criado na tentativa de incorporar princípios e diretrizes que fundamentariam a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e que até hoje figuram como princípios deste sistema de saúde, quais sejam: a descentralização, hierarquização, regionalização, integralidade e a equidade da atenção. Este programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no climatério, em planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer de colo de útero e de mama, inclusive no pré-natal, parto e puerpério além de outras necessidades identificadas no perfil populacional das mulheres nas comunidades locais (BRASIL, 2011).

Na década de 90, o PAISM, sofreu influências com o surgimento do SUS, bem como pela implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), no ano de 1994. Estes programas integram entre as suas ações a saúde da mulher como prioridade. Inicia-se então o atendimento Pré-Natal, atendimento destinado a gestante durante todo o ciclo gravídico (BEZERRA, 2008).

É no ano de 2000 que o MS instituiu por meio da Portaria/GM n.º 569, de 1/6/2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Como o próprio nome retrata, o programa tem por base o acompanhamento adequado a mãe e ao bebê, de forma humanizada, recebendo com dignidade a mulher, seus familiares e o recém nascido. Isto implica que a atitude por parte dos profissionais de saúde deverá ter uma caráter ético e solidário e o serviço da instituição, no geral, deverá criar um ambiente acolhedor culminando na melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (LANDERDAHL, 2007).

Em 2004, os MS, juntamente com diversos setores da sociedade, lançaram a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), política essa em que a integralidade, a promoção da saúde, direitos reprodutivos e de cidadania estavam mais abrangentes. Esta política tem como prioridade promover atenção obstétrica e neonatal qualificada e humanizada, com diretrizes como a ampliação da adesão ao PHPN, realização de exames de rotinas de pré-natal, abrangendo todos os níveis de complexidade na atenção obstétrica e neonatal (BEZERRA, 2008).

Este atendimento a gestante tem sido um dos eixos fundamentais da saúde no Brasil, e é considerado um indicador de saúde, já que onde este não é realizado ou realiza-se

de forma incompleta/precária traduz em risco iminente ao aumento da mortalidade materna e infantil. Logo, quando há uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada, isso traduz-se em excelente saúde tanto para a mãe quanto para o recém nascido (CALDEIRA, 2010).

## 2.2 ABORDAGEM DO ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Para Barros (2009), a gestação é um período em que ocorre, no organismo feminino, um turbilhão de mudanças fisiológicas, que não envolvem somente o aparelho reprodutor, mas os demais sistemas orgânicos, uma vez que todos estão envolvidos neste processo. Dentre estas mudanças é possível citar as emocionais, de cunho social e profissionais no cotidiano da mulher.

Cada mulher possui características próprias de experimentar a gestação a partir de sua história de vida, valores pessoais e o meio sociocultural no qual está inserida. No entanto, é possível que esta condição fisiológica inerente a mulher possa trazer implicações próprias para esta clientela. Ao conhecê-las será possível oferecer cuidado diferenciado respeitando tanto as necessidades físicas como os componentes emocionais no acompanhamento de gestantes especiais.

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006, p. 9).

A mulher que procura o serviço de saúde, na maioria dos casos, é atendida pelo próprio enfermeiro. As orientações recebidas pelo profissional de saúde poderão ajudá-la a entender, ainda que de forma simples o impacto de uma gravidez tanto na sua vida, como na de seus familiares e pessoas que a cercam. A análise seguida a esta orientação possibilita uma tomada de decisão no que diz respeito ao prosseguimento da gestação. Nesse momento de dúvidas e insegurança, a gestante procura no profissional o apoio e a segurança que precisa para garantir que esta vida, que até então era desconhecida por ela, se desenvolva de forma tranquila e saudável.

Segundo Forte et al. (2004), o Pré-Natal é um programa criado na tentativa de se elevar a qualidade dos serviços prestados a gestante e tenta, através do acompanhamento

sistematizado no período gestacional, feito durante as consultas de pré-natal, identificar os principais fatores de risco para a saúde materno-fetal. Este programa consiste, portanto, no acompanhamento da gestante desde a descoberta da sua gravidez até o nascimento do bebê. Neste acompanhamento, a cliente deverá sentir-se acolhida e terá a oportunidade de esclarecer suas dúvidas, ansiedades e medos, bem como terá, de certa forma, um aconselhamento psicológico para lidar com as diversas intercorrências que por ventura venham a acontecer.

Estas intercorrências podem ser observadas nos obstáculos que, muitas vezes são impostos a esta mulher para a realização do pré-natal, e estes acabam travando a continuidade desse acompanhamento, resultando muitas vezes em risco para a saúde materno-infantil. Alguns desses entraves são inerentes ao próprio serviço de saúde, que, muitas vezes não realiza a busca ativa de gestantes em sua área por serem lugares de difícil acesso, ou até mesmo por falta de responsabilização deste serviço pela saúde dessa gestante. Em outras oportunidades, o atendimento à gestante é muito demorado o que causa grande desconforto à mesma. Em outros momentos são as péssimas instalações que não dão o mínimo de conforto para esta gestante fazendo com que a mesma abandone o acompanhamento.

A postura dos profissionais de saúde que atendem a gestante é, por muitas vezes, a causa de as gestantes não mais procurarem tal serviço, ou ainda de tornar o diálogo difícil e superficial, já que muitos destes profissionais se mostram fechados, ou falam de uma forma que dificulta a comunicação entre ele e a futura mãe. Muitos deles, seja por falta de qualificação ou por insatisfação com a sua remuneração, realizam seu trabalho de forma incompleta ou até mesmo superficial, realizando parcialmente as designações propostas pelo PHPN.

Para o melhor acompanhamento das necessidades materno-fetais, o Pré-Natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, a partir da descoberta da gravidez, e as consultas devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais ou semanais até a 37ª semana, e semanais até o parto. Este aumento do número de consultas nas últimas semanas de gestação é importante para melhorar a avaliação obstétrica, promover o acompanhamento de intercorrências e propiciar uma maior tranquilidade e apoio emocional a mãe no processo que é o parto.

A atenção Pré-Natal deve promover a captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de Pré-Natal até 120 dias da gestação, a realização de, no mínimo, seis consultas de Pré-Natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação. É essencial a presença de um acompanhante, que seja de preferência o pai da criança, ou algum familiar. Isso favorecerá

o estabelecimento de laços afetuosos entre o pai e familiares com o mais novo membro da família, que necessita sentir-se amado.

Em todas as consultas realiza-se a *anamnese*<sup>1</sup> e o exame clínico-obstétrico da gestante, de forma a observá-la de forma holística, tendo em vista não somente as questões referentes à gestação, mas as necessidades e anseios da mulher como um todo.

Conforme Brasil (2006) é imprescindível a realização dos exames laboratoriais para a detecção, acompanhamento e tratamento de agravos, são eles: ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, a serem solicitados na primeira consulta; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível; Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível; Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível. Imunização antitetânica e para Hepatite B: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de cinco anos.

Ainda neste sentido o MS enfatiza a necessidade da:

- Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN;
- Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
- Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
- Tratamento das intercorrências da gestação;
- Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subsequentes;
- Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado; e
- Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.

---

<sup>1</sup> Conjunto das informações recolhidas pelo médico a respeito de um doente.

Além da presença da família, é primordial a escuta ativa da mulher e dos acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem tomadas. Isso poderá ser realizado por meio de atividades educativas, em grupo ou individualizadas, utilizando linguagem de fácil compreensão, de forma a responder às indagações da mulher ou da família repassando as informações necessárias (MOURA; RODRIGUES, 2003).

### 2.3 A INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE DA MULHER

Adotado como princípio doutrinário do SUS, a Integralidade está descrita na Lei Orgânica de Saúde (LOS) 8.080 como “um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema”. Portanto, a integralidade consiste em visualizar o ser humano não como partes de um corpo, divididas em especialidades para assim serem atendidas. Deve sim ser vista como um corpo, bem unido, em que cada membro necessita que todo o corpo esteja bem consigo e com o ambiente que o rodeia. Para tanto, é necessário que todas as especialidades estejam integradas de forma a proporcionar um atendimento de qualidade e articulado em todas as suas esferas e níveis de complexidade. Em se tratando de atendimento Pré-Natal a integralidade é uma condição extremamente necessária (BEZERRA, 2008).

A década de 90 surge no cenário nacional como um tempo de grandes mudanças considerando principalmente as grandes conformações tomadas pela saúde básica. Com a reestruturação do SUS e o estabelecimento no ano de 1994 do PSF, fruto da experiência anterior com o PACS, um novo modelo de atenção à família que visualiza a comunidade em todos os seus aspectos é apresentado (MARQUES, 2006). O PSF tem como objetivo contribuir para a reorientação do modelo assistencial no que se refere à atenção básica, em conformidade com os princípios do SUS, definindo as responsabilidades entre os serviços de saúde e a população.

O PSF visa à prestação de assistência primária e ao desenvolvimento de ações de saúde na comunidade, como a prevenção, promoção e recuperação da saúde. Utilizando ampla estrutura de profissionais capacitados que englobam no mínimo um médico, um enfermeiro, dois técnicos/auxiliares de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS); ainda pode ter odontólogo, auxiliar de consultório dentário e técnico de higiene

dental. O programa visa promover a saúde pública em nível comunitário, trazendo como novidade a estratégia de ação integral, que consiste no atendimento clínico e na orientação sanitária do paciente, de seus familiares e comunidade (BARBOSA, 2007, p.19)

O PSF é dotado de uma equipe multidisciplinar composta por profissionais de várias especialidades em saúde, que tem por meta proporcionar a comunidade atenção contínua, realizando, para tanto, ações de promoção, proteção e recuperação da saúde desta população. Caracteriza-se, portanto, como porta de entrada do serviço de saúde, atendendo às necessidades básicas das famílias. Cada USF deve trabalhar com uma área que ficará sob sua responsabilidade, e cada equipe deve trabalhar com 600 a 1000 famílias, que por sua vez deverão ser cadastradas e acompanhadas diretamente pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e pela equipe de saúde da família a qual cada família pertence. Nesta equipe são preconizadas como atribuições da equipe de saúde da família, bem como do profissional de enfermagem a assistência à criança, ao adolescente, à mulher, ao trabalhador e ao idoso (CALDEIRA, 2010).

É atestado que a mulher é a que mais utiliza os serviços do PSF e, por isso, devem ser contempladas com os cuidados da equipe de saúde em todos os sentidos, tanto biológico, como psicológico, de forma que suas necessidades sejam atendidas e vislumbrados seus aspectos familiares, bem como seu papel na sociedade e comunidade na qual está inserida. São as mulheres que além de irem aos serviços de saúde para o seu próprio atendimento, trazem suas crianças e outros familiares, pessoas idosas, com deficiência, vizinhos e amigos, a USF contribuindo com a promoção da saúde de outros membros da família e de pessoas que conhece e convive (BRASIL, 2005).

Apesar de estarem mais presentes nestes serviços, as mulheres são mais acometidas por doenças cardiovasculares, entre as quais destacam-se o infarto agudo do miocárdio e o acidente vascular encefálico; as neoplasias, principalmente o câncer de mama, de pulmão e o de colo do útero; as doenças do aparelho respiratório, marcadamente as pneumonias (que podem estar encobrendo casos de AIDS não diagnosticados); doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas, com destaque para o diabetes; e as causas externas (BRASIL, 2011).

A mortalidade materna não se encontra entre as primeiras causas de morte feminina. Embora não seja uma doença requer atenção das autoridades e das equipes de saúde, já que 92% das mortes ocorridas no ciclo gravídico-puerperal podem ser evitadas. Um acompanhamento Pré-Natal de qualidade pode proporcionar uma qualidade de vida melhor

para a população e também índices favoráveis a melhoria da saúde dessa nação, diminuindo os índices de mortalidade materno-infantil (MINAGAWA, et al. 2005).

São indicadores de baixa qualidade de atendimento Pré-Natal, os altos índices de sífilis congênita, a enorme mortalidade materna por Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e, além disso, a Pré-eclampsia/eclampsia que continua sendo a primeira causa de morte materna no Brasil perfazendo o maior número de óbitos perinatais.

Segundo o IBGE (2009), embora haja desde 2000 a recomendação do MS de que sejam realizadas no mínimo seis consultas Pré-Natal, devendo ser iniciadas á medida que a gravidez fosse diagnosticada, há fortes indicadores de desigualdade entre as diversas regiões do Brasil em relação à realização do número de consultas de Pré-Natal. No Paraná, por exemplo, o número de nascidos vivos cujas mães não realizaram nenhuma consulta Pré-Natal é de 0,7%. No Acre este índice sobe para 11,1%. Em relação às mães que realizaram sete consultas de Pré-Natal ou mais, no estado do Rio Grande do Sul, o índice correspondeu a 68,7%. No Amazonas este percentual cai para 28,1% dos nascidos vivos.

A partir de tais dados, que evidenciam tamanha desigualdade em relação a qualidade da atenção pré-natal no nosso país, é possível verificar a necessidade da pesquisa e a elaboração de estudos nesta área da saúde cujas demandas são demasiadamente necessárias para a manutenção da saúde do país. Além disso, é imprescindível um esforço coletivo, tanto por parte do governo quanto de profissionais e equipes de saúde da família, para a melhoria da qualidade da atenção Pré-Natal em todo o País, não prescindindo da importância da participação social neste processo.

Segundo Brasil (2011), A Política nacional de atenção integral à saúde da mulher (PNAISM), implementada pelo MS, em 2004, no que se refere ao objetivo de estimular a implantação e a implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde, propõe como metas:

- Ampliar as ações de planejamento familiar, garantindo a oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis para 60% da população alvo em todos os municípios com equipes do PSF ou aderidos ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) ou com equipes do Programa de Interiorização dos Trabalhadores da Saúde (PITS);
- Aumentar em 50% o número de serviços de saúde do SUS para a realização de laqueadura tubária e vasectomia em todos os estados;
- Implementar 27 centros de referência para assistência à infertilidade (um por estado e DF);

- Implantar ou implementar 5 centros de referência (um por região) para o atendimento à fertilização de casais soro-diferentes para o HIV;
- Reduzir em 15% o número de complicações de aborto atendidas pelo SUS.

#### 2.4 ACOLHIMENTO A GESTANTE NO PRÉ-NATAL

A atenção obstétrica e neonatal deveria ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização. Para tanto o acolhimento, é aspecto essencial já que:

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 os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2006, p.15).

Entretanto o que muitas vezes acontece é que os profissionais de saúde quando atendem uma gestante utilizam uma linguagem de difícil compreensão, e, com isso, estabelecem uma grande distância entre eles e a mulher, que por sua vez, não foram acostumadas a falar o que sentem, por isso saem da consulta cheias de dúvidas, medo e apreensão (FORTE, 2004, apud LOPES; CORRÊA, 1995). Esta realidade torna-se um entrave para a realização de um Pré-Natal de qualidade e humanizado conforme o preconizado pelo MS, o que traz péssimos resultados.

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 (BRASIL, 2006, p. 16).

Ao chegar em um consultório médico ou de enfermagem, a gestante busca partilhar suas experiências e obter ajuda, isso implica na necessidade de ser ouvida e obter do profissional de saúde as respostas que irão tranquilizá-la ou, muitas vezes, solucionar os questionamentos do seu parceiro e os seus próprios. Uma escuta aberta, sem julgamento ou preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis.



É, portanto, papel do enfermeiro efetuar uma consulta de enfermagem pautada nos princípios estabelecidos pelo MS, e mais ainda, que proporcione uma atenção de qualidade e humanizada, de forma a criar um ambiente de diálogo, onde haja a escuta e a fala de ambos, atuando assim como sujeitos do processo de saúde (LEAL; QUENTAL, 2009).

(...) É preciso que a consulta proporcione tempo para que ela fale, exigindo do(a) assistente uma postura de ouvinte ativo(a) e interessado(a). As ações educativas podem ser específicas e começar na consulta, incluindo temas importantes como pré-concepção, planejamento familiar e amamentação (CALIFE, 2010, p.174).

O Atendimento pré-natal exige que profissionais envolvidos aprimorem um perfil de atendimento que englobe uma visão ampla de atenção, na qual aspectos nutricionais, psicológicos, sociais e outros sejam valorizados, e o diálogo seja utilizado como instrumento relevante para que a mãe verbalize seus eventuais questionamentos e angústias.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano. Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família, notadamente se ela for adolescente (BRASIL, 2006, p. 15).

A gestante não deve ser vista apenas como um ser que gera outro ser, e sim, deve ser cuidada de forma global, como sujeito de sua própria saúde com o auxílio da equipe de saúde. Sabendo-se que uma atenção Pré-Natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras, da facilidade de acesso a serviços de saúde de qualidade e com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

O profissional de Enfermagem tem função primordial para que haja o desenvolvimento saudável de uma gestação. É seu papel estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuos de modo a compreender na vida da gestante suas circunstâncias, reconhecendo suas condições emocionais e as repercussões trazidas pela gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram. Daí a necessidade de compreender esta circunstância, sem julgamento e proporcionar espaço na consulta para a participação do parceiro, de forma que ele possa se

envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, proporcionando equilíbrio nas novas relações estabelecidas com a chegada do novo membro à família (BRASIL, 2006).

### 3 METODOLOGIA

#### 3.1 TIPO DE PESQUISA

O presente estudo teve como caminho metodológico a pesquisa de campo exploratório-descritiva com uma abordagem qualitativa.

O estudo de campo é uma pesquisa desenvolvida através da observação direta das atividades do grupo estudado, bem como de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo. Em um estudo de campo, o pesquisador realiza a maior parte do trabalho pessoalmente, já que nesse tipo de estudo é enfatizada a importância de que o pesquisador tenha tido ele mesmo uma experiência direta com a situação de estudo. No estudo de campo utilizam-se muito mais técnicas de observação do que de interrogação (GIL, 2002).

Ainda conforme o autor acima citado pesquisas descritivas tem o objetivo de descrever as características, utilizando instrumentos padronizados de coleta de dados, entre eles questionários e formulário. Em se tratando de estudos de campo, a preocupação é com a descrição, todavia a ênfase é dada à profundidade e não na precisão, levando o pesquisador a preferir a utilização de depoimentos e entrevistas.

A abordagem qualitativa segundo Richardson (1999 apud Lakatos; Marconi, 2003, p. 271) “pode ser caracterizada como a tentativa de uma compreensão detalhada dos significados e características situacionais apresentadas pelos entrevistados, em lugar da produção de medidas quantitativas de características ou comportamentos”.

Para Terence (2006), na abordagem qualitativa, o pesquisador busca aprofundar-se na compreensão dos fenômenos estudados que podem ser ações dos indivíduos, grupos ou organizações em seu ambiente e contexto social, interpretando-os segundo a perspectiva dos participantes da situação enfocada, não tendo a necessidade de uma representatividade numérica para que haja a sua realização.

#### 3.2 LOCAL DA PESQUISA

O local escolhido para a realização desta pesquisa foi a Unidade de Saúde São José/Posto de Atendimento Primário a Saúde (PAPS), localizado na cidade de Cajazeiras-PB.

Com uma população de 58.437 habitantes (IBGE, 2010), Cajazeiras possui 16 Unidades Básicas de Saúde, sendo que destas, 12 localizam-se na zona urbana e 4 na zona rural. O PAPS foi escolhido em virtude da vivência da pesquisadora neste ambiente durante a disciplina de Estágio Supervisionado I, que proporcionou o contato direto com a população desta área inclusive com as gestantes no atendimento Pré-Natal, e nessa experiência pudemos perceber a importância da realização desse serviço. O referido estudo realizou-se na unidade acima citada com um grupo de usuárias que atendiam aos critérios de inclusão e exclusão desta pesquisa.

### 3.2 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população deste estudo foi composta por gestantes cadastradas no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), que receberam esse atendimento na Unidade de Saúde São José/PAPS, e que se enquadraram nos critérios de inclusão e exclusão deste estudo.

Inicialmente a amostra utilizada nesta pesquisa correspondia ao universo encontrado. No entanto, devido a impossibilidade de acesso a todas as gestantes da unidade, optamos por selecionar as gestantes com localização estratégica ou que vinham para serem atendidas no pré-natal na própria unidade. Tudo com o intuito de garantir a fidedignidade dos dados coletados.

Segundo Lakatos e Marconi (2008), o universo ou população trata-se da reunião de seres animados ou inanimados apresentando pelo menos uma característica em comum. Tal população é delimitada por meio de suas características comuns (sexo, faixa etária, comunidade onde vivem). Sendo assim a amostra é uma porção ou parcela, convenientemente selecionada do universo.

Com base no Discurso do Sujeito Coletivo (Lefèvre; Lefèvre, 2005), foram entrevistadas 10 gestantes a fim de representar o coletivo.

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

As participantes deste estudo deveriam ser cadastradas no SISPRENATAL nesta UBS, serem capazes de compreender o conteúdo da pesquisa e estarem aptas a responder o que lhes for perguntado. Além disto, deveriam ter idade superior a 18 anos. Inicialmente propôs-se que as participantes desta pesquisa deveriam estar com idade gestacional entre 24 e 41 semanas (3º trimestre de gravidez) e ter iniciado o Pré-Natal nesta unidade, porém devido o número insuficiente de gestantes que atendessem a este critério, decidiu-se por estabelecer como critérios de inclusão mulheres gestantes com qualquer idade gestacional desde que tivessem iniciado o Pré-natal na unidade acima referida.

### 3.5 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

O instrumento de coleta de dados desta pesquisa foi a entrevista semiestruturada (APÊNDICE A). Este é composto de três partes. A primeira contém dados de identificação da gestante, como por exemplo sua idade e renda familiar. A segunda compõe-se por dados referentes a gestação, como o número de consultas pré-natal realizadas pela entrevistada, bem como sua idade gestacional. E a terceira trata das questões norteadoras desta pesquisa, pelas quais foi possível obter as falas que nos guiaram em nossa análise e discussão.

A entrevista nada mais é que a obtenção de informações de um entrevistado, sobre determinado assunto ou problema (SILVA, 2001). A entrevista semiestruturada, segundo Laville; Dione (1999, p. 188, grifo do autor), “é uma série de perguntas abertas, feitas verbalmente em uma ordem prevista, mas na qual o entrevistador pode acrescentar perguntas de esclarecimento”.

A entrevista foi realizada em etapas. Num primeiro instante foi feita uma aproximação com a entrevistada em uma conversa informal. Após concordar em participar do estudo foram marcados a data e o horário da entrevista, conforme disponibilidade do pesquisado e do pesquisador. Foi escolhido um ambiente tranquilo e sereno para que o entrevistado pudesse se sentir à vontade. Explicou-se a finalidade da pesquisa, seus objetivos, bem como a necessidade de sua participação, assegurando sempre a confidencialidade de todas as informações ali coletadas. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e

Esclarecido (TCLE) foi mencionado o início da gravação e iniciadas as perguntas e respostas. Para finalizar, a pesquisadora agradeceu a participação da entrevistada e informou-lhe que, se necessário, retornaria para obter novos dados ou esclarecer alguma dúvida (LAKATOS; MARCONI, 2003).

### 3.6 COLETA DE DADOS

Primeiramente foi realizada a busca dos endereços das gestantes acompanhadas pela USF escolhida, segundo os critérios de inclusão e exclusão. As entrevistas foram realizadas na USF e nos domicílios das participantes, conforme acordado entre o pesquisador e a entrevistada, bem como hora e local onde foi realizada a entrevista. Inicialmente o pesquisador e a pesquisa foram apresentadas à participante, com o objetivo de aceitação ou não por parte da mesma. No dia, hora e local marcado para a entrevista, mediante a assinatura do TCLE, foi dado início à coleta dos dados, que ocorreu com a utilização de um gravador, conforme permissão do entrevistado.

### 3.7 PROCESSAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

A entrevista, depois de gravada, foi transcrita tal qual foi dita. Após a transcrição deu-se início a etapa de análise dos dados, que utilizou como método o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC). Conforme Lefèvre e Lefèvre (2005 p.15), o DSC “é uma proposta de organização e tabulação de dados quantitativos de natureza verbal, obtidos de depoimentos, artigos de jornal, matérias de revistas semanais, cartas, *papers*<sup>2</sup>, revistas especializadas, etc”.

Tem como objetivo extrair do material coletado, e em cada depoimento suas respectivas expressões-chave (ECH), que são expressões retiradas de cada discurso particular, e agrupá-las em ideias centrais (IC), que representam a síntese dessas expressões. As IC foram separadas e colocadas em caselas, bem como as ECH unidas por respectivas IC e a elas agrupadas. Assim, a união das ECH formou a fala coletiva, que é o próprio DSC.

---

<sup>2</sup> *paper* é um pequeno artigo científico, elaborado sobre determinado tema ou resultados de um projeto de pesquisa para comunicações em congressos e reuniões científicas, sujeitos à sua aceitação por julgamento.

Ainda segundo Lefèvre e Lefèvre (2005), essa técnica envolve, as seguintes etapas:

1. Seleção das ECH de cada discurso particular, sendo elas os segmentos contínuos ou descontínuos do discurso, os quais revelam a essência do conteúdo discursivo;
2. Identificação da IC de cada uma das ECH. Isto constitui a síntese do conteúdo dessas ECH;
3. Identificação das IC semelhantes ou complementares;
4. Reunião das ECH relativas as IC num discurso sintético, que é o Discurso do Sujeito Coletivo.

O DSC é o resultado desse agrupamento, onde cada uma das falas pessoais, unidas expressam uma fala coletiva, também chamado “pensamento social”, ou o “eu sintático” (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

### 3.8 ASPECTOS ÉTICOS

As participantes receberam esclarecimentos sobre os procedimentos e métodos da pesquisa, e então, assinaram o TCLE (ANEXO 1) anteriormente apresentado a estas. Por meio deste instrumento estão assegurados os seguintes princípios éticos de pesquisas com seres humanos: sigilo e respeito das informações coletadas, conhecimento dos resultados e a possibilidade em abandonar a pesquisa a qualquer momento sem prejuízos ao participante.

O pesquisador seguiu fielmente as observâncias éticas da Resolução 196/96 (Brasil, 2007), que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos, comprometendo-se em manter o sigilo das informações obtidas e não utilizá-las para quaisquer outros fins que não seja a pesquisa propriamente dita.

## 4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Inicialmente realizamos a identificação de nossas gestantes, fazendo o levantamento e discussão dos seus dados de identificação, bem como tivemos contato com alguns conhecimentos referentes à gestação atual e as suas gestações anteriores. Foi possível, também utilizando informações, como o grau de escolaridade, renda familiar mensal e ocupação (TABELA 2) caracterizá-las quanto às suas realidades socioeconômicas. Em seguida são trazidos os resultados das questões subjetivas, que embasaram a análise por meio do Discurso do Sujeito Coletivo.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

**Tabela 1** – Participantes do estudo conforme faixa etária e estado civil. Cajazeiras, PB, 2012.

	Variáveis	nº	%
Idade	18 - 20	0	0
	21 - 35	10	100
	35 - 45	0	0
	46 ou +	0	0
Total		10	100%
Estado Civil	Casada	7	70
	Divorciada	0	0
	Viúva	0	0
	Solteira	3	30
Total		10	100%

Fonte: Própria pesquisa/2012.

Com base nos dados da Tabela 1 podemos caracterizar como faixa etária dominante o período entre 21 e 35 anos, já que 100% (cem por cento) das gestantes encontram-se neste intervalo de idade. O fator idade encontrado nesta pesquisa foi favorável, pois o MS atribui como um dos fatores de risco para uma gestação a idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos. Portanto a faixa de idade na qual se encontram todas as gestantes pesquisadas é considerada propícia para a gestação.

A faixa etária favorável para o desenvolvimento de uma gestação está compreendida entre os 20 e os 29 anos de idade, período que corresponde ao auge do desenvolvimento fisiológico e anatômico da mulher, se tornando compatível com o processo de gestação e de parturição. (ZUGAIB; RUOCCO, 2005, p. 119)



É neste período onde são observados os melhores resultados tanto para a gestante quanto para o feto. O conhecimento da idade da gestante é fundamental para a realização de um PN eficaz, já que o fator idade induz a uma série de doenças, facilitando a detecção precoce das mesmas (SILVA; CAETANO, 2006).

Em relação ao estado conjugal, 7 (70%) das gestantes entrevistadas eram casadas e 3 (30%) eram solteiras. A presença de um companheiro é fator determinante para uma gestação saudável onde o suporte familiar trará a mulher uma sensação de apoio afetivo e satisfação de suas necessidades. (BAPTISTA; TORRES, 2006)

**Tabela 2** – Participantes do estudo conforme grau de escolaridade, renda familiar e ocupação. Cajazeiras, PB, 2012.

	Variáveis	nº	%
Grau de Escolaridade	Sem escolaridade	0	0
	Ensino Fundamental Incompleto	1	10
	Ensino Fundamental Completo	1	10
	Ensino Médio Incompleto	3	30
	Ensino Médio Completo	2	20
	Ensino Superior Incompleto	2	20
	Ensino Superior Completo	1	10
	Total	10	100%
Renda Familiar	< 1 Salário Mínimo	2	20
	1 - 2 salários mínimos	6	60
	3 - 4 salários mínimos	1	10
	≥ 5 salários mínimos	1	10
	Total	10	100%
Ocupação	Dona de Casa	5	50
	Estudante	2	20
	Outras	3	30
Total	10	100%	

Fonte: Própria pesquisa/2012.

Quanto a escolaridade das gestantes 3 (30%) possuíam Ensino Médio incompleto, 2 (20%) Ensino Médio Completo, 2 (20%) ainda não haviam concluído o Ensino Superior, e 1 (10%) possuía Ensino Superior completo. É por meio do grau de escolaridade que o profissional de saúde comunicar-se-á com a gestante da melhor forma, repassando todas as informações necessárias para uma gestação ideal. Retirando e esclarecendo as dúvidas, bem como apoiando-a em seus anseios e expectativas (ZUGAIB; SANCOVSKI, 1994).

A renda familiar mensal das participantes da pesquisa em sua maioria está entre 1 e 2 salários mínimos (60%). Segundo Faleiros et al. (2006) no Brasil, país em

desenvolvimento, as mulheres de baixa renda (renda familiar mensal de até 3 salários mínimos) são as que menos procuraram os serviços de pré-natal e que tem um menor número de consultas, além de inicia-lo mais tardiamente, e pela falta de informação resulta, entre outros fatores num menor índice de aleitamento materno entre elas.

Referindo-se a ocupação, 50% das gestantes são donas de casa, sendo que 20% são estudantes e 30% trabalham fora de casa em ocupações como vendedora e costureira. O esforço físico, cargas horárias extensas, bem como a exposição a agentes físicos, químicos e biológicos e o estresse, são condições presentes em diversas ocupações representando riscos para a gestante. Interferem prejudicialmente na gravidez.

O baixo nível socioeconômico pode representar um risco a saúde de uma gestante, interferindo no padrão de vida familiar, na higiene, nos cuidados com a saúde e inclusive na assistência pré-natal. A realidade dos baixos salários e condições de trabalho precárias tornam-se um círculo vicioso, onde a mulher trabalha mais para adquirir um bom salário para o sustento da família. Quando se trata de uma gestante o que seria somente exaustivo e prejudicial a ela se torna prejudicial também para o bebê.

**Tabela 3** – Dados gestacionais das participantes da pesquisa. Cajazeiras, PB, 2012.

	Variáveis	nº	%
Trimestre de gravidez	1º (0-12 semanas)	4	40
	2º (13-24 semanas)	4	40
	3º (25-40 semanas)	2	20
Total		10	100%
Gestações	1	4	40
	2	1	10
	3	5	50
	4 ou +	0	0
Total		10	100%
Consultas Pré-Natal	≤ 6	9	90
	7 ou +	1	10
Total		10	100%

Fonte: Própria pesquisa/2012.

De acordo com a Tabela 3, 80% das gestantes estavam entre o 1º e o 2º trimestre de gravidez, além disso, das que se encontravam no 1º trimestre (40%) todas haviam realizado apenas 1 consulta pré-natal. Já as que estavam entre 13 e 24 semanas de gestação (40%), duas haviam realizado 5 consultas e 1 havia realizado apenas 2 consultas. Das que estavam no 3º trimestre de gravidez (20%) 1 havia realizado apenas 3 consultas, a qual teve inicio precoce do pré-natal. Segundo Gonzalez (2005) o pré-natal é a assistência dada a mulher desde a

descoberta de sua gravidez, onde se procura acompanhá-la em todo o andamento de sua gestação, bem como diagnosticar e tratar doenças preexistentes, diagnosticando precocemente qualquer alteração materno-fetal para que dentro das possibilidades elas possam ser corrigidas. Para tanto se faz necessário uma busca precoce, tanto por parte da equipe de saúde, como por parte da própria gestante de forma que quanto mais cedo se dá o início do PN mais criterioso será esse acompanhamento.

Segundo a tabela acima 40% das gestantes eram primigestas, sendo que 60% eram multigestas. No total 50% estavam na terceira gravidez, o que indica uma falha na qualidade do planejamento familiar realizado com estas mulheres e seus companheiros. Conforme Brasil (2005) pelo menos metade das gestações apesar de desejadas, não são inicialmente planejadas. E por muitas vezes o não planejamento está relacionado à falta de orientação, ou até da oportunidade para a aquisição de um método anticoncepcional.

Portanto, torna-se fundamental a implementação de uma atenção humanizada e contextualizada em planejamento familiar, estabelecendo uma escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras DST), nas consultas médicas e de enfermagem, nas visitas domiciliares, e até mesmo durante as consultas de puericultura, puerpério e na hora da vacinação.

#### 4.2 ANÁLISES DO DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO (DSC) ABORDANDO A PERCEPÇÃO DAS GESTANTES A RESPEITO DA ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL

Neste segundo momento são expostos os resultados obtidos a partir da análise conforme o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) das respostas referentes às questões subjetivas aplicadas a cada participante desta pesquisa.

Segundo Lefèvre & Lefèvre (2005) o DSC busca unir, pedaços de discursos individuais, assim como é feito num quebra-cabeças, juntando quantos pedaços forem necessários para expressar um determinado pensar ou representação social de um dado fenômeno que compõe o imaginário social.

Dessa forma foi analisado o material verbal coletado, e extraído desses depoimentos as Ideias Centrais (IC) com suas respectivas as expressões-chave (ECH), compondo um conjunto de “discursos-síntese” na primeira pessoa do singular. Tal metodologia permitiu que o pensamento social e a coletividade tornasse-se uma só pessoa em sua fala e expressão.

Neste estudo foram criadas 18 IC referentes ao discurso de 10 gestantes, embasadas no tema do referido trabalho.

No Quadro 1 estão expressos as IC e DSC das gestantes em resposta a questão “Qual a importância do Pré-natal?”.

<b>Ideia Central 1</b>	<b>DSC 1</b>
Gravidez saudável pra mulher e pra criança.	<i>Eu acho importante, porque a gente vem para o posto, pro pré-natal, e como a gente tem que fazer o acompanhamento, então todo mês “cês” verifica a pressão ali e ajuda a saber como é que o feto tá. Eu acho muito importante pois a gente tá prevenindo a saúde da gente. Se tá sentindo alguma coisa que prejudica até a saúde do bebê ou também para tirar as dúvidas. Tem muita mulher que na gravidez pega muita doença, infecção, eu acho importante por causa disso. Eu já tive um pré-natal que eu não fiz, e deu problema. O pré-natal faz bem pra saúde do bebê e pra ter uma gravidez saudável e tranquila.</i>
<b>Ideia Central 2</b>	<b>DSC 2</b>
Gravidez saudável pra primípara.	<i>A gente tem muita dúvida, principalmente quando é o primeiro filho. Por isso acho que é importante o pré-natal. Ali eles vão dizendo como é que você vai dar de mamar, quando sentir dor o que fazer, pra dormir como é que você consegue dormir, se é de lado, se é de banda, tem que ter a posição certa, né? E a alimentação saudável pra você e pro bebê, como não comer muita gordura. Muitas coisas eles ensinam. É o acompanhamento onde a mãe vai saber as necessidades, principalmente eu que nunca fui mãe.</i>

**Quadro 1** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a questão: “Qual a importância do Pré-natal?”

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

O DSC 1 “É importante porque promove uma gravidez saudável para a mulher e a criança” demonstra que para o sujeito desta pesquisa o pré-natal as deixa informadas quanto as possíveis complicações ou doenças predominantes no ciclo gestacional que afetam tanto o bebê quanto a mãe. Neste DSC fica clara a importância desse acompanhamento para uma gestação bem-sucedida, através do esclarecimento de dúvidas comuns ou incomuns para a gestante. A não realização do pré-natal implica em problemas futuros e também é um meio que proporciona a mãe de estar mais próximo do filho que está gerando.

Por meio de uma escuta qualificada e diálogo aberto, a mãe passa a ser sujeito ativo, que participa e promove tanto o cuidado com a saúde de seu bebê, quanto o autocuidado.

A maior receptividade das gestantes às estratégias de atenção a saúde reforça a participação efetiva da mulher no pré-natal que possibilita a aquisição de novos conhecimentos, amplia sua percepção corporal para sua capacidade de gestar, parir e maternar (CARDOSO et al. 2007, p.144).

Conforme Brasil (2002, p.69), a humanização no Pré-natal, parto e puerpério compreende principalmente a adoção por parte dos profissionais de uma postura ética e

solidária tendo estes a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido, criando um ambiente acolhedor e adotando condutas que modifiquem o tradicional isolamento imposto à mulher. Bem como a adoção de medidas e procedimentos que venham beneficiar o acompanhamento do pré-natal, do parto e do pós-parto, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher, nem o recém-nascido podendo acarretar maiores riscos para ambos.

Na Ideia Central 2 (QUADRO 1) verifica-se a importância atribuída pela gestante principalmente se tratando de primigestas. A mulher que pela primeira vez passa pelas modificações decorrentes de uma gravidez, se sente insegura e busca no profissional de saúde um referencial que tire suas dúvidas e escute seus anseios e medos. O estabelecimento de uma escuta ativa, aliada a uma prática de comunicação e informação adequada junto a essas gestantes, contribui para que essas mulheres adquiram autonomia e participação da promoção de sua saúde e da saúde do concepto (MOURA; RODRIGUES, 2003).

No Quadro 2 estão expressos as Ideias Centrais e DSC das gestantes em resposta ao que elas acham do modo como são tratadas as gestantes na Unidade de Saúde.

<b>Ideia Central 1</b>	<b>DSC 1</b>
Promove orientações e tira as dúvidas da gestante.	<i>O atendimento aqui é muito bom. As enfermeiras tiram as dúvidas, pergunta, verifica inclusive os exames que a gente fez anteriormente. Elas têm toda atenção. Se a gente tiver precisando de alguma coisa elas conversa. Eu acho tudo de bom. Assim a questão da conversa, né? da palavra. Porque quando tem dúvida ela tira, explicação, ela explica. Eu sempre fui bem tratada tanto como antes de estar grávida, fazer o pré-natal, como em outras áreas lá também, é ótimo. Gosto muito de lá.</i>
<b>Ideia Central 2</b>	<b>DSC 2</b>
Promove novas experiências para a gestante.	<i>O mês passado teve esses negócios, uns pessoal veio pra fazer pesquisa também, trouxe um bocado de coisa pra você conseguir... bota uma bola bem grande no chão pra você ficar em cima dela, fazendo posição, assim vai. Eu acho bom, tem muita coisa.</i>

**Quadro 2** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta sobre como eram tratadas as gestantes da unidade.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

A Ideia Central 1 (QUADRO 2) trazida pelo sujeito coletivo, onde se diz que o tratamento promove orientações e tira as dúvidas da gestante, nos remete ao papel acolhedor de todos que compõe o serviço, bem como do enfermeiro como um profissional habilitado para acompanhar a gestação de baixo risco (Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87).

A assistência pré-natal, envolve ou necessita, de uma equipe multidisciplinar, pois a gestante merece toda a atenção disponível de diversos profissionais de saúde, como: orientações por parte da equipe de enfermagem, orientações por parte dos profissionais de nutrição, apoio e assistência psicológica, além de consulta odontológica, incluindo a participação do neonatologista (ARAÚJO, et al. 2010, p. 63).

As atividades de educação em saúde citadas na Ideia Central 2 (QUADRO 2) são recursos que permitem a aproximação entre quem está recebendo o cuidado e os profissionais, o que favorece uma assistência humanizada. O enfermeiro deve incentivar e promover atividades e ações educativas com pacientes, seus familiares, junto a comunidade (REBERTE; HOGA, 2005).

É de grande importância o trabalho de grupo presente em cursos de preparação para o parto, que proporcionam promoção de saúde através de um procedimento tranquilo, da prática de exercícios físicos e respiratórios, do relaxamento, da participação do companheiro e do envolvimento dos profissionais de saúde com a gestante, isso contribui para um gestar feliz e saudável. (CARDOSO et al. 2007, p.149)

<b>Ideia Central 1</b>	<b>DSC 1</b>
Informações íntimas pela mulher atrapalha o pré-natal.	<i>Se eu contar uma coisa aqui e sair espalhando, entendeu? A questão da privacidade.</i>
<b>Ideia Central 2</b>	<b>DSC 2</b>
Estar doente justifica faltar.	<i>Por que eu não venho? Eu venho todo mês, graças a Deus, mas eu não venho quando eu sinto muita dor. Ai eu não venho não. Só se eu estiver doente ou impossibilitada, mas eu estando bem e com saúde sempre venho.</i>
<b>Ideia Central 3</b>	<b>DSC 3</b>
Não existem motivos que justifiquem faltar o pré-natal.	<i>Nada até agora. Assim, eu não vi nenhum motivo de não vir, não. Além disso, eu preciso vir, né? Nada pode impedir, tem que ter um tempo pra isso. É responsabilidade da mãe. A partir do momento que a mãe gera um filho ela tem que ter uma responsabilidade diante da gravidez. Por isso eu sempre venho, todas eu venho.</i>

**Quadro 3** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta “O que faz com que você não venha às consultas Pré-natal?”

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

No Quadro 3 estão expressas as Ideias Centrais e DSC das gestantes em resposta a questão “O que faz com que você não venha às consultas Pré-natal?”. Na Ideia Central 1 “Ter que revelar informações íntimas pela mulher atrapalha o PN” revela que a ausência de sigilo por parte dos profissionais de saúde. Tal comportamento traz prejuízos tanto para a saúde do binômio mãe-bebê, quanto ocasiona por vezes a perda da confiança na relação com a equipe.

Costa et al., (2009), diz que uma escuta sem julgamentos ou preconceitos, que permita a mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho

até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável do bebê e manutenção da saúde da mãe.

Na Ideia Central 2 (QUADRO 3) verifica-se um sujeito coletivo que acredita que Estar doente justifica faltar ao PN. A gestante deverá ter em mente que o momento de conversa entre o ela e o enfermeiro, ou médico, trará a ela inúmeros benefícios, e que a presença de qualquer enfermidade ou alteração em sua gestação é motivo para procurar o profissional de saúde, evitando assim danos tanto para a mãe, quanto para o bebê.

Um serviço de pré-natal bem estruturado deve ser capaz de captar precocemente a gestante na comunidade em que se insere, além de motivá-la a manter o seu acompanhamento pré-natal regular, constante, para que bons resultados possam ser alcançados (ARAÚJO, 2010, p.62).

O Ministério da Saúde preconiza, quanto às consultas pré-natais, que a mulher deverá realizar no mínimo seis consultas, sendo preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre. A gestante deve ser constantemente estimulada a fazer o pré-natal. E para tanto deve ter a consciência que será beneficiada quando procuram os serviços de saúde. Nada melhor do que depositar sua confiança aos cuidados de pessoas autorizadas, legalmente, a cuidarem delas. E são nessas consultas onde a mulher grávida poderá receber as orientações necessárias ao tratamento de alguma doença que por ventura venha a acometê-la (BRASIL, 2006).

A Ideia Central 3 (QUADRO 3) demonstra a valorização por parte do sujeito desta pesquisa em relação a realização do acompanhamento pré-natal. Mais do que uma avaliação clínica (peso, aferição de pressão arterial, ausculta de batimentos cardíofetais, altura uterina, edema, exame de mamas), padrão mínimo esperado em um atendimento primário a gestante, o atendimento à gestante deve revelar a autonomia e direitos desta mulher, buscando uma abordagem que as perceba em sua totalidade, enfatizando a necessidade de um maior vínculo com os profissionais de saúde (COSTA et al., 2009).

Na Ideia Central 1 “É mais demorada do que deveria, mas deve ser assim pra ter qualidade.” (QUADRO 4), vemos a percepção da gestante de que para ter qualidade a consulta pré-natal deverá ser demorada. Na realidade, as atividades de orientação e informação por parte dos profissionais de saúde como é o caso do pré-natal, devem levar em consideração as principais necessidades de informação da gestante, de sua família e da comunidade, não baseando-se no tempo de duração, e sim com vistas a causar um impacto favorável sobre o comportamento na vida de todos. É mediante o conhecimento, motivação, reflexão e adoção de novas práticas de saúde, oriundo do esforço da equipe de saúde, bem

como da população, que pode-se garantir a saúde das gestantes e das pessoas daquela comunidade (MOURA; RODRIGUES, 2003).

<b>Ideia Central 1</b>	<b>DSC 1</b>
Consulta demorada e qualidade.	<i>Ela passa muito tempo, porque vai escutar o bebê, aí ela vai dizer como é que tá. Eu acho melhor assim, a gente fica muito tempo lá, mas fazendo ela faz bem feito, é uma demora boa. A gente fica muito tempo lá, e quando tem muita gente é bom sempre vim cedo. Eu mesmo procuro vim cedo por que se chegar e já tiver cinco pessoas a gente sai daqui muito tarde. Por que ela acompanha muito bem. Ela dá toda atenção, é, dúvidas, que tiver dúvidas. Ela me deu, como é que eu posso dizer? Total apoio, num sabe? Em todas as dúvidas, em tudo, ela, me auxiliou.</i>
<b>Ideia Central 2</b>	<b>DSC 2</b>
É suficiente porque o profissional faz todos os procedimentos.	<i>É suficiente, eu acho. Dá tempo de fazer tudo por que ela faz tudo, examina, escuta o coração.</i>

**Quadro 4** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta a respeito do que elas acham sobre o tempo de consulta com a enfermeira.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

No Quadro 5 tem-se as Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta sobre o que elas acham do tempo de espera até o atendimento pela enfermeira.

<b>Ideia Central 1</b>	<b>DSC 1</b>
Espera muito, isso é ruim.	<i>A acho ruim, a espera, sei lá, acho muito ruim. Teve uma vez que nós saímos tarde daqui já. E pra quem mora longe, a gente mora no sítio, aí é ruim. Acho ruim por que eu chego cedo, quando vem ser atendida já é num sei que horas. Aí eu não gosto não. É chato, esperar.</i>
<b>Ideia Central 2</b>	<b>DSC 2</b>
Espera muito, mas é normal.	<i>A gente espera um pouquinho, mas é normal, em todo lugar a gente espera, né? Não tenho o que dizer não. Eu sempre sou a primeira, mas as outras tudo reclama, né? Por que elas chagam tarde aí reclama. Por que também é demorado e tem que ser, né?</i>

**Quadro 5** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta sobre o que elas acham do tempo de espera até o atendimento pela enfermeira.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

Na intenção de conhecer como é a dinâmica do tempo de espera para atendimento e se esta era ou não considerada normal pelas gestantes ali atendidas, obtivemos as seguintes Ideias Centrais: “Espera muito, isso é ruim” e “Espera muito, mas é normal”. Algumas mulheres referiram que o fato de morarem longe da UBS e o longo tempo de espera entre a chegada ocasionavam um grande transtorno, fazendo com que elas tivessem que chegar muito cedo para serem atendidas mais rápido. Dessa forma, o tempo de espera considerado pelas gestantes como longo fere os princípios de humanização do pré-natal. De acordo com esses



princípios descritos na portaria de nº 569/2000, Art. 2º alínea a, “toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério”.

A realidade trazida nestes discursos demonstram o desconhecimento das gestantes dos seus direitos como usuárias do SUS. Tal realidade é preocupante, visto que a busca pela melhor qualidade está diretamente ligada a ativa participação das gestantes, proclamando sua reivindicação e dando-lhe voz (SALVADOR et al., 2008).

As Ideias Centrais e DSCs presentes no Quadro 6 referem-se a opinião das gestantes sobre o que elas acham das instalações da unidade.

<b>Ideia Central 1</b>	<b>DSC 1</b>
A limpeza.	<i>Questão da higiene, tá tudo ok, né? E a questão da limpeza também tá tudo ok.</i>
<b>Ideia Central 2</b>	<b>DSC 2</b>
Salas pra cada um dos profissionais.	<i>Essa é a segunda vez que eu venho, nunca teve nenhum problema quanto a isso. Sempre tem a sala que atende a gente, nunca presenciei nenhum problema quanto a isso não. Cada um tem a sala, e são boas, também, eu acho.</i>
<b>Ideia Central 3</b>	<b>DSC 3</b>
Estrutura igual a de outros postos de saúde.	<i>Eu acho que sim, pelo um postim, se falta eu não prestei atenção não. Eu acho normal do jeito dos outros postim.</i>
<b>Ideia Central 4</b>	<b>DSC 4</b>
Falta espaço físico para o atendimento.	<i>Tem umas consultas, e até as vezes agente tá com alguma dúvida aí num é nem preciso entrar lá dentro, né, a gente fica ali mesmo que eles chama a triage, aí eu acharia melhor que fosse numa salinha, ou em outra sala, alguma coisa assim. Por que fica aquele disse, me disse, um paciente escutando o que o médico tá perguntando ou então o a pessoa tá dizendo. Por isso num é muito boa não, eu queria maior, num sabe?</i>
<b>Ideia Central 5</b>	<b>DSC 5</b>
Estão boas, mas podem melhorar.	<i>Não está ruim, mas eu sei que quanto melhorar as coisas é bem melhor né. Pra todo mundo, pra quem atende e pra quem vem ser atendido.</i>

**Quadro 6** – Ideias Centrais e DSCs das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta sobre o que elas acham das instalações da unidade.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

As Ideias Centrais 1 (QUADRO 6) “São adequadas, pois tem limpeza” e 2 “São adequadas porque tem salas pra cada um dos profissionais” revelaram a satisfação do sujeito pelas condições em que se encontrava a unidade, relacionado às boas condições de higiene e conservação do local, bem como pela existência de salas para cada profissional. Quando as gestantes afirmam que as instalações da unidade “São adequadas porque são iguais a de outros postos de saúde” (DSC 3 – QUADRO 6) demonstram mais uma vez a conformação e desconhecimentos dos seus direitos como usuárias do SUS, que também garantem o direito à organização do espaço físico para o atendimento adequado.

Para que se realize o atendimento pré-natal é necessário que a Unidade de saúde tenha entre outros, um ambulatório com sala de espera, local para armazenamento de materiais e medicamentos, banheiros e consultórios, todos com adequadas condições de higiene, conservação e ventilação.

Além disso as instalações físicas dos consultórios devem garantir a privacidade da paciente durante a realização das consultas, exames clínicos e ginecológicos. Conforme descrito pelo sujeito no DSC 4 (QUADRO 6), muitas vezes o atendimento foi prejudicado pela ausência de instalações físicas adequadas e principalmente que proporcionassem ao paciente privacidade e segurança (BRASIL, 2000).

Esta realidade foi constatada no estudo de Costa et al. (2009) que avaliava os cuidados primários à saúde da gestante no município de Teixeiras-MG, onde as instalações físicas e recursos materiais das quatro UBS apresentavam-se com uma grande deficiência de espaço, salas insuficientes, e os profissionais se alternavam na realização dos atendimentos.

No quadro 7 está descrita a Ideia Central e DSC que se referem a visão destas gestantes a respeito das informações repassadas pela enfermeira durante a consulta pré-natal.

Ideia Central 1	DSC 1
Confiança na enfermeira.	<i>São muito importantes, eu acho muito boas. Dúvidas ela tira dúvidas minha, coisas que eu nem imaginava saber, e é por que eu já terminei o colegial, mas eu tinha dúvidas e ela esclareceu tudo. Acho legal. Ela sempre tira todas as dúvidas, explica, orienta, ela faz um trabalho muito bom. Quando eu tenho alguma dúvida eu sempre pergunto. Eu pergunto a ela e tiro “tudim”, ela tira todas, todas as minhas dúvidas, e fala bem as coisas, explica bem.</i>

**Quadro 7** – Ideia Central e DSC das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta a respeito das informações passadas durante o pré-natal.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

O pré-natal é momento decisivo, no qual o profissional de enfermagem tem a oportunidade de conduzir de forma dialógica todas as informações e dúvidas da gestante. O profissional de saúde deverá conquistar a confiança da gestante, assumindo a postura de educador e ouvinte aberto às suas dúvidas.

Na Ideia Central 1 (QUADRO 7) o DSC expressa que as informações repassadas as gestantes durante o PN “São interessantes e permitem a confiança na enfermeira”. De acordo com as participantes da pesquisa a enfermeira da unidade repassa informações fundamentais para a gestação, informações estas que eram desconhecidas pela maioria das gestantes. Alegam que existe o diálogo, o esclarecimento das dúvidas que por ventura a grávida tenha, a explicação, orientação. Segundo o sujeito coletivo existe uma boa comunicação entre

enfermeira-gestante, onde as perguntas feitas são esclarecidas e as informações são compreendidas pela gestante.

Sabe-se que a prática desenvolvida pelos enfermeiros não deve ser apenas um simples repasse de informações, negando a oportunidade de se fazer uma reflexão da realidade. É necessário que tanto enfermeiros, quanto médicos, auxiliares e técnicos de enfermagem, e toda equipe de saúde da família precisam estar conscientes da responsabilidade de esclarecer os usuários, inclusive gestantes acerca de questões que lhe dizem respeito, estabelecendo condições para informação e comunicação, levando em conta a condição sociocultural de cada comunidade. Então será possível a gestante adotar medidas de autocuidado e tão logo as metas de saúde se tornaram mais reais (MOURA; RODRIGUES, 2003).

Realizar ações educativas, sobre a importância do pré-natal, cuidados de higiene, realização de atividades físicas, nutrição, desenvolvimento da gestação, modificações do corpo e emocionais, atividade sexual, sintomas comuns na gravidez, sinais de alerta e o que fazer nessas situações, preparo para o parto, orientação e incentivo para o parto normal, orientação e incentivo para aleitamento materno, importância do planejamento familiar, sinais e sintomas do parto, cuidados após o parto com a mulher e a criança, faz-se necessário e trará experiências enriquecedoras às gestantes (ARAÚJO, 2010).

O quadro 8 retrata a IC e DSC referente ao que poderia ser acrescentado ao atendimento da gestante na unidade.

Ideia Central 1	DSC 1
Equipamentos que funcionem adequadamente.	<i>Só tem uma coisinha, a melhora dos aparelhos, um aparelho que ela usa lá, aquele aparelhinho de escutar o coração do bebê, fica dando uma interferência, aí ela não consegue escutar. Por que eu tô com quatro meses e não deu pra escutar, só na ultrassom. Da última vez que ela foi tentar ouvir o coração aí tava tocando era uma música de fundo. Não presta esse aparelho, aí poderia mudar, porque atrapalha.</i>

**Quadro 8** – Ideia Central e DSC das gestantes pesquisadas em resposta a pergunta a respeito do que poderia ser acrescentado ao atendimento a gestante na unidade.

**Fonte:** Própria Pesquisa/2012.

Segundo o DSC 1 (QUADRO 8) as gestantes referiram a dificuldade em relação a ausculta do bebê, devido a ausência de um aparelho Sonar Dopler, já que o aparelho utilizado na unidade estava ultrapassado, e mesmo atingindo uma certa idade gestacional não era possível ausculta dos batimentos cardíacos (BCF) . Muitas mães por isso recorriam ao exame ultrassonográfico, somente assim conseguiram “escutar” o som do coração do seu bebê.

Segundo o MS, são considerados materiais e equipamentos mínimos a realização do pré-natal: Mesa e cadeiras para a realização das entrevistas; mesa ginecológica; escada de dois degraus; foco de luz; balança antropométrica para adultos (peso/altura); esfignomanômetro

(aparelho de pressão arterial); estetoscópio clínico; estetoscópio de Pinard; fita métrica flexível e inelástica; espéculos; pinças de Cheron; material para coleta de material para exame colpocitológico; gestograma ou disco obstétrico e um aparelho de Sonar Doppler (BRASIL, 2000).

A ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCF), é vital em na assistência pré-natal e tem por objetivo constatar a presença, ritmo, frequência e a normalidade dos BCF do feto. A presença de movimentos e a constatação da sua normalidade significa bem-estar do bebê e da mãe. De acordo com o manual de normas do MS, a ausculta de BCF se torna mais viável entre a sétima e a décima semanas de gestação com auxílio do Sonar Doppler, e com o estetoscópio de Pinard, após a 24ª semana (BRASIL, 2005; CUNHA et al., 2009).

Após a realização da presente pesquisa, verificou-se que na opinião das gestantes, a consulta pré-natal quanto à parte humana é boa, embora tenha deixado a desejar em outros aspectos, tais como a falta de instrumentos modernos e eficientes para os procedimentos necessários ao adequado acompanhamento gestacional, como é o caso do Sonar Doppler.

Além do levantamento na constatação das condições da unidade de saúde escolhida, as gestantes reconheceram a importância do acompanhamento pré-natal na segurança de sua saúde e saúde do bebê, o grande valor das informações repassadas a elas durante a consulta com a enfermeira, e como o esclarecimento de suas dúvidas fortalece ainda mais sua confiança no profissional de enfermagem bem como de toda a equipe de saúde.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao término deste trabalho foi possível identificar na fala coletiva o que as gestantes inferem a respeito do pré-natal, mostrando a grande importância atribuída a este pelas gestantes da Unidade São José/PAPS. As participantes desta pesquisa se mostraram receptivas, e algumas delas conscientes dos seus deveres e direitos como gestantes atendidas pelo SUS.

Através deste estudo foi possível fazer um retrato do acompanhamento à gestante desta unidade. Revelando que embora para o atendimento haja uma espera por vezes prolongada, numa estrutura física não muito adequada e ausência de alguns recursos materiais, as consultas pré-natais realizadas pela enfermeira traziam uma rica oportunidade de induzir, através das orientações que tais gestantes realizassem o autocuidado e cuidado dos seus bebês.

Diante do exposto, pode-se concluir que o pré-natal tem estreita relação com os níveis de saúde da mãe e de seus filhos, e conseqüentemente da população. É primordial que profissionais de saúde reflitam acerca da assistência prestada às gestantes, bem como busquem subsídios como, por exemplo, este trabalho, para efetivarem o planejamento, implementação e avaliação do pré-natal realizado em suas UBS, tendo como meta atingir melhores níveis de saúde materno-fetal.

Portanto o profissional enfermeiro tem autonomia para se aperfeiçoar frente às necessidades sentidas e não sentidas da gestante. Tais necessidades são impossíveis de serem descobertas a não ser por uma escuta aberta, e que ofereça à gestante segurança, em oportunidades para que ela exponha seus medos, dúvidas e expectativas.

Nessa perspectiva ressalta-se mais uma vez a importância da realização de estudos como este para nortear novas formas de atuação no pré-natal. Sabendo-se que a melhoria desse atendimento depende cada vez mais do posicionamento e determinação da equipe de saúde e usuárias de saúde. De forma a não calarem, mas mostrarem uma participação ativa e consciente fazendo valer suas opiniões para melhorar a atenção pré-natal, por conseguinte a saúde de sua comunidade.

Os resultados aqui expressos indicam a necessidade de melhorar as condições físicas e o atendimento à gestante, assistindo a gestante para que ela tenha uma gravidez sem complicações e prazerosa, resultando no nascimento de um bebê saudável.

A partir do que foi visto em todas as etapas da pesquisa conclui-se que as ações propostas pelo governo por meio do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento e do Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, de nada valerão sem a devida atuação da equipe de enfermagem e população, como sujeitos no processo de aperfeiçoamento da saúde em sua comunidade, seu município, estado e nação.

## REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Suelayne Martins; SILVA, Maria Emanuella Dutra; MORAES, Raquel Cavalcante; ALVES, Danielle Santos. A importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**, v. 3, n. 2, p. 61-67. jul.- dez. 2010. Disponível em: < <http://veredas.favip.edu.br/index.php/veredas1/article/viewFile/124/147>> . Acesso em: ago. 2012.

BAPTISTA, Makilim Nunes, BAPTISTA, Adriana Said Daher, TORRES, Erika Cristina Rodrigues. Associação entre suporte social, depressão e ansiedade em gestantes. **Revista Psic**, Editora: Vetor. Campinas-SP, v. 7, nº 1, p. 39-48, jan./jun. 2006. 2012. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psic/v7n1/v7n1a06.pdf>. Acesso em: 11 jun.

BARBOSA, Cláudia. **A percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo profissional enfermeiro**. Novo Hamburgo, 2007. 57 f. Monografia (Graduação em Enfermagem) Centro Universitário Feevale. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>> Acessado em: 02 mar. 2012.

BARROS, Sônia Maria Oliveira. Desenvolvendo e Implementando a Pesquisa. In: **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial**. São Paulo, Roca, 2009. p. 435-450.

BARROS, Sônia Maria Oliveira; SILVA, Telma R S R. Saúde Materna e Fetal. In: BARROS, Sônia Maria Oliveira; **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para prática assistencial**. São Paulo, Roca, p. 93-101. 2009.

BEZERRA, Melina P. **Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal**. Fortaleza, 2008. 102 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva, Enfermagem) Centro de Ciências da Saúde - Universidade de Fortaleza. Disponível em: <[uol12.unifor.br/oul/conteudosite/?cdConteudo=1530960](http://12.unifor.br/oul/conteudosite/?cdConteudo=1530960)>. Acessado em: 02 mar. 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestão municipal de saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro: Editora do Ministério da Saúde; 2001.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Manual operacional para comitês de ética em pesquisa**. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos (Resoluções CNS/MS): Resolução n.º 196/96. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 4.ª ed. Brasília: do Ministério da Saúde 2007.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios de Diretrizes/ Secretaria de Atenção à Saúde**. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 1.ª edição, Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**, ministério da saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** - manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica Saúde da Mulher, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista brasileira de saúde materno infantil**, Recife, vol. 2 n. 1, p. 69-71, jan-abril, 2002.

CALDEIRA, Antônio Prates; SANTANA, Kênia Rabelo; CARNEIRO, Jair Almeida; FARIA, Anderson Antônio. Qualidade da assistência à gestante em diferentes modelos de Atenção Primária. **Revista APS**, Juiz de Fora, v. 13, n. 2, p. 196-201, 2010. Disponível em: <[www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/537/315](http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/download/537/315)>. Acesso em: 01 mar. 2012.

CALIFE, Karina; LAGO, Tania; LAVRAS, Carmen. Org. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS. Manual técnico do pré-natal e puerpério**. Secretaria de Saúde. São Paulo, 2010.

CARDOSO, Ângela Maria Rosas; SANTOS, Silvéria Maria; MENDES, Vanja Bastos. O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo? Universidade de Brasília, Departamento de Saúde Coletiva. **Rev. Diálogos Possíveis**. Brasília, v. 10, p. 141-159. jun./jul. 2007.

COSTA, Glauce Dias; COTTA, Rosângela Minardi Mitre; FRANCESCHINI, Sylvia do Carmo Castro. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa de Saúde da Família. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14. Supl.1. p. 1347-1357, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v14s1/a07v14s1.pdf>> Acesso em: set. 2012.

CUNHA, Margarida de Aquino; DOTTO, Leila Maria Geromel; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Rev. Escola Anna Nery**, v. 13, nº. 1. p. 145-153, jan-mar, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452009000100020>>. Acesso em: 21 mar. 2012.

FALEIROS, Francisca Tereza Veneziano; TEREZZA, Ercília Maria Carone; CARANDINA, Luana. Aleitamento materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Revista de Nutrição**, Campinas, v.19, n.5, p. 623-630, set-out 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a10v19n5.pdf>>. Acessado em: 03 ago. 2012.

FORTE, Elissandra Guerra de Souza; VALENCIA, Omert Élbet Jurado; MACHADO, Édina Gomes; CAO, Ingrid Marcela; NUNES, Rogério Thibau; SOUSA, Lanuce Santa Ana; BARBOSA, Maria Alves. Satisfação quanto à consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho em saúde. **Revista da UFG**, Vol. 6, n. Especial, dez 2004. Disponível em: <[www.proec.ufg.br](http://www.proec.ufg.br)> Acessado em: 02 mar. 2012.

GIL, Antônio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4.<sup>a</sup> ed. Atlas. São Paulo, 2002.

GONZALEZ, Helcy. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. 11<sup>a</sup> ed. São Paulo: SENAC, 2005.

IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.



IBGE, Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: Uma Análise das Condições de Vida da População Brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade. **Metodologia Científica**. 5.<sup>a</sup> ed. São Paulo: Atlas, 2003.

LANDERDAHL, Maria Celeste; RESSEL, Lúcia Beatriz; MARTINS, Fernanda Badineli; CABRAL, Fernanda Bheregay; GONÇALVES, Mariam de Oliveira. **Percepção de Mulheres Sobre Atenção Pré-Natal**. Revista de enfermagem Escola Anna Nery, Rio Grande do Sul, n.1, p. 105-111, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>>. Acessado em: 02 mar. 2012.

LAVILLE, Christian; DIONNE, Jean. **A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em ciências humanas**. 1 ed. Porto Alegre: Atmed, 1999.

LEAL, Lamary Kenya, QUENTAL, Ocilma. **Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal: olhares sob as práticas de acadêmicos de enfermagem**. In: Encontro de Iniciação Científica, 3. Anais eletrônicos. Cajazeiras, 2009.

LEFÈVRE, Fernando; LEFÈVRE, Ana Maria Cavalcanti. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. Caxias do Sul: Educs, 2005.

MARQUES, Rosa Maria; MENDES, Áquilas. **O SUS e a atenção básica a busca de um novo desenho?** Artigo Científico. 2003, p. 1-17 Disponível em: <<http://www.opas.org.br/servico/arquivos/Sala5415.pdf>>. Acessado em: fev. 2012.

MINAGAWA, Áurea Tamami; BIAGOLINE, Rosângela Elaine Minéo; FUJIMORI, Elizabeth; OLIVEIRA, Ida Maria Vianna; MOREIRA, Ana Paula de Campos Araújo; ORTEGA, Luiza Dolores Saldaña. Baixo peso ao nascer e condições maternas no pré-natal. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v. 40, n. 4, p. 548-554, 2006. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v40n4/v40n4a13.pdf>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

MOURA, Carla Fabiola Sampaio; LOPES, Gertrudes Teixeira. Acompanhamento Pré-natal realizado por enfermeiras obstetras: representação das gestantes. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, n.11, p.165-170, 2003. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a07.pdf>>. Acessado em: mar. 2012.

MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Comunicação e informação em saúde no pré-natal. **Interface, Comunicação, Saúde, Educação**, v.7, n.13, p. 109-18, 2003.

NAGAHAMA, Elizabeth Eriko Ishida; SANTIAGO, Silvia Maria. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v10n3/a21v10n3.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2012.

REBERTE, Luciana Magnoni; HOGA, Luiza Akiko Komura; O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Rev. Texto Contexto, Enfermagem**. v. 14. n. 2. p. 186-192, 2005.

SALVADOR, Bianka Caliman; PAULA, Hudsara Aparecida de Almeida; SOUZA, Clarisse Costa; COTA, Alessandra Miranda; BATISTA, Mariana Andrade; PIRES, Renata Chácara; MARTINS, Poliana Cardoso; COTTA, Rosângela Minardi Mitre. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **Revista Médica de Minas Gerais**, Viçosa-MG, v. 18, n. 3, p. 167-174, 2008.

SILVA, Edna Lúcia; MENEZES, Estera Muszkat. **Metodologia da Pesquisa e Elaboração de Dissertação**. 3. ed. Laboratório de Ensino a Distância da UFSC. Florianópolis: Laboratório de Ensino a Distância da UFSC, 2001.

SILVA, Emanuelle Teixeira; CAETANO, Joselany Áfio. Assistência Pré-Natal de um serviço de Atendimento Secundário. **Revista Brasileira de Promoção de Saúde**, Fortaleza, v. 19, n. 4, p. 216-223, 2006.

TELES, Liana Mara Rocha. **A experiência de ter um acompanhante durante o processo de parto na perspectiva das puérperas**. Fortaleza, 2008. 61 folhas. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará.

TERENCE, Ana Cláudia Fernandes; FILHO, Edmundo Escrivão. **Abordagem quantitativa, qualitativa e a utilização da pesquisa-ação nos estudos organizacionais**. In: Encontro Nacional de Engenharia de Produção, Fortaleza, 2006.

ZUGAIB, Marcelo; RUOCCO, Rosa Maria de Souza Aveiro. **Pré-Natal: Clínica Obstétrica da Faculdade de Medicina da USP**. 3ª ed. Editora Atheneu, São Paulo, 2005.

ZUGAIB, Marcelo; SANCOVSKI, Mauro. **O Pré-natal**. 2ª ed. São Paulo: Atheneu, 1994.

## APÊNDICES

APÊNDICE A  
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

## APÊNICE A



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

### ROTEIRO DE ENTREVISTA

<b>1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO</b>			
<b>GESTANTE</b>		<b>DATA DA REALIZAÇÃO</b>	____/____/2012
<b>IDADE</b>	<input type="checkbox"/> 18 à 20 anos	<input type="checkbox"/> 21 a 35 anos	<input type="checkbox"/> 35 à 45 <input type="checkbox"/> 46 anos ou mais
<b>ESTADO CIVIL</b>	<input type="checkbox"/> Casada	<input type="checkbox"/> Divorciada	<input type="checkbox"/> Viúva <input type="checkbox"/> Solteira
<b>GRAU DE ESCOLARIDADE</b>	<input type="checkbox"/> Analfabeta <input type="checkbox"/> Ensino Médio Completo <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Superior Incompleto <input type="checkbox"/> Ensino Fundamental Completo <input type="checkbox"/> Ensino Superior Completo <input type="checkbox"/> Ensino Médio Incompleto		
<b>RENDA FAMILIAR</b>	<input type="checkbox"/> Menos de 1 salário mínimo <input type="checkbox"/> de 3 à 4 salários mínimos <input type="checkbox"/> de 1 à 2 salários mínimos <input type="checkbox"/> de 5 salários mínimos acima		
<b>OCUPAÇÃO</b>			

<b>2. DADOS GESTACIONAIS</b>											
<b>IDADE GESTACIONAL</b>	_____ semanas	<b>DUM</b>	____/____/____								
<b>NÚMERO DE GESTAÇÕES</b>	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4 ou mais							
<b>Nº DE CONSULTAS PRÉ-NATAL</b>	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>ABORTO</b>	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim _____										

### 3. QUESTÕES NORTEADORAS

- A) Você acha importante a realização do Pré-natal (PN)? Por quê?
- B) O que você acha do tratamento que é dado as gestantes na unidade?
- C) O que faz com que você não venha para as consultas do PN?
- D) Você acha que o tempo de consulta com a enfermeira é suficiente? Por quê?
- E) O que você acha do tempo de espera para o atendimento?
- F) O que você acha das instalações da unidade? Por quê?
- G) O que acha das informações passadas a você sobre o PN pela enfermeira? Você costuma ficar com dúvidas após essas informações?
- H) Na sua opinião tem alguma coisa que poderia ser acrescentada na assistência de PN nessa unidade? O que seria?

APÊNDICE B  
TERMO DE CONSCIENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

## APÊNDICE B

---



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

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, eu, abaixo assinado, em pleno exercício dos meus direitos autorizo a minha participação na Pesquisa: **Assistência Pré-natal na visão das gestantes assistidas na Atenção Básica**. Declaro ainda que recebi todo esclarecimento sobre a pesquisa a ser desenvolvida pela aluna do Curso Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande **EVÓDIA ALVES DA SILVA**, sob a orientação da Professora **AISSA ROMINA SILVA DO NASCIMENTO**.

Estou ciente dos Objetivos desta pesquisa, os quais são **Objetivo Geral**: Analisar a assistência do pré-natal na visão das gestantes de uma unidade básica de saúde e **Objetivos específicos**: Identificar se ha existência de entraves para a realização do Pré-Natal pelas usuárias das Unidades Básicas de Saúde, caracterizar o perfil sócio demográfico e gestacional das participantes e apreender como as gestantes entendem o pré-natal e sua importância.

Serão assegurados os meus direitos de obter resposta a qualquer pergunta e esclarecimento sobre os procedimentos, riscos, benefícios e outros relacionados à pesquisa. Tenho assegurado também o direito de retirar o meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, bem como, o de não ser identificado e ser mantido o caráter confidencial das informações relacionadas à minha privacidade e meu anonimato.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, sobre a pesquisa poderei contatar a responsável pela pesquisa, Professora Aissa Romina do Nascimento pelo fone: (83) 9996-8057, ou pelo endereço profissional: Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores – CFP, Rua: Sérgio Moreira de Figueiredo s/n - Casas Populares - Tel.: (83) 3532-2054, CEP 58900-000 – Cajazeiras – PB – Brasil, CEP: 58175-000. Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimento e, por estar de pleno acordo

com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido, em duas vias. Uma das vias será minha e a outra via ficará com o pesquisador.

Cajazeiras, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

---

Assinatura do Pesquisador

---

Participante da Pesquisa



ANEXOS

ANEXO A  
TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL

---

**ANEXO A**

---



**ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
SECRETARIA DE SAÚDE  
CNPJ: 05.325.381/0001-00**

**Rua Arsênio Rolim Araruna, 01- Cocodé - Fone: (83) 3531-4734**

**PREFEITURA MUNICIPAL DE CAJAZEIRAS  
SECRETARIA DO MUNICÍPIO**

**TERMO DE AUTORIZAÇÃO INSTITUCIONAL**

Eu, Pablo Leitão, Secretário de Saúde do município de Cajazeiras, autorizo o desenvolvimento da pesquisa intitulada: **“Assistência Pré-natal na visão das gestantes assistidas na Atenção Básica”**, que será realizada na Unidade de saúde da Família São José/PAPS, com abordagem qualitativa, do referido município, no período de Maio a Junho de 2012, tendo como pesquisadora **Aissa Romina Silva do Nascimento** e colaboradora **Evódia Alves da Silva**, acadêmica de enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande – UFCG. Estamos cientes da intenção da realização do projeto intitulado desenvolvido pela aluna do curso de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande, sob a orientação da professora.

Cajazeiras, \_\_\_\_ de abril de 2012.

---

Dr. Pablo de Almeida Leitão  
Secretário Municipal de Saúde de Cajazeiras-PB

ANEXO B  
DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA

**ANEXO B**

---



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

**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA****ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA VISÃO DAS GESTANTES  
ASSISTIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA**

Eu, Professora Aissa Romina Silva do Nascimento, docente da Unidade Acadêmica de Ciências da Vida do CFP/UFCG, portadora do RG: 1839967SSPPB e CPF: 023643454-30, e Evódia Alves da Silva, aluna do curso de graduação em Enfermagem da UFCG, portadora do RG:3367585 e CPF:06761937493, declaramos que estamos cientes do referido Projeto de Pesquisa e comprometemo-nos em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

---

Aissa Romina Silva do Nascimento  
Orientadora/Pesquisadora do Projeto

---

Evódia Alves da Silva  
Aluna do curso de Graduação em Enfermagem  
Participante/Pesquisadora do Projeto