

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ – FACENE/RN

MARTA LEONE HOLANDA

**PRÉ-NATAL:**

PERCEPÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN.

MOSSORÓ  
2013

MARTA LEONE HOLANDA

**PRÉ-NATAL:**

PERCEPÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN.

Monografia apresentada à Faculdade de  
Enfermagem Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN, como exigência parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof<sup>ª</sup>. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa

MOSSORÓ  
2013

MARTA LEONE HOLANDA

**PRÉ-NATAL:**

**PERCEPÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE  
BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN.**

Monografia apresentada pela aluna Marta Leone Holanda, do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa

**ORIENTADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Patrícia Helena de Morais Cruz Martins

**MEMBRO**

---

Prof. Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira

**MEMBRO**

Dedico a minha mãe, Esse exemplo de mulher forte, destemida e guerreira, Que doar-se por inteira para que mais um sonho fosse realizado. A base dessa vitória comemorada hoje foi construída segundo seus exemplos de fé, força e coragem. Muito obrigada pelas lições de amor que me foi ensinada durante toda minha existência, por ter testemunhado apreensiva cada realização, cada frustração, cada vitória, cada derrota. Muito obrigada por eu ser um grande ato de amor na sua vida.

## AGRADECIMENTOS

A Deus... nesse momento único e tão especial, quero te agradecer por toda força, coragem e perseverança que me sustentou em tantas dificuldades nessa árdua e iluminada caminhada. Obrigada pela concretização desse tão almejado e lindo sonho. A ti o meu amor e minha eterna gratidão.

Agradeço à minha mãe Maria Holanda Sobrinha por ter persistido e acreditado que eu seria capaz de enfrentar essa jornada, apesar de ter decorrido por tantas fases difíceis em sua vida, mostra ser uma mulher guerreira de força e coragem, ou seja, um exemplo de vida para mim.

Aos ausentes, em memória de Antônia Solange Menezes de Holanda. Hoje o vazio de sua ausência será preenchido pela emoção desta conquista. Fecho os olhos e vejo seu rosto, que traduz a imensidão do seu orgulho. O amor que ultrapassa os horizontes transforma a imensa saudade em força para alcançar meus objetivos. Se hoje me sinto realizada e vencedora, devo muito a você, muito obrigada por nunca ter desistido de mim. Guarda-me em seus olhos, pois guardarei você eternamente em meu coração.

Aos que amamos, palavras não são suficientes para agradecer a vocês por tudo: amor doado, pela dedicação, pelo sorriso largo nos nossos encontros, pelo carinho quando necessitávamos, pela paciência, pela atenção. Em especial a minha dupla de estudo e amiga Semírames Peixoto, e as demais amigas construídas no período da faculdade Marianne Rodrigues, Gilsilene Oliveira, Taline Paivae Rosa Nazaré. Hoje quero dizer meu muito obrigado e que tudo que construímos valeu a pena!

Aos mestres que nos revelou a arte de cuidar durante esses quatro anos, minha eterna gratidão, pelos esforços e disponibilidade de tempo atribuída a minha formação, Muito obrigada por ser meu guia, E em especial agradeço a minha orientadora Prof<sup>a</sup>. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa, por ter segurado minha mão ao longo dessa caminhada. A todas essas pessoas que, além de serem nossos mestres, tornaram-se nossos amigos, verdadeiros companheiros de jornada.

Aos funcionários, agradeço a todos vocês pela dedicação, atenção e pelo simples convívio ao longo desses anos. Foram os sorrisos, a cumplicidade e a paciência que vocês tiveram comigo, que tornaram esses anos prazerosos. em especial a bibliotecária Vanessa e a

ouvidora Ângela. A todos abraçamos ao fim dessa jornada, com profundo sentimento de gratidão.

Aos pacientes... No início, a insegurança do primeiro encontro, os sentimentos se confundem timidez, muitas expectativas... Com o tempo, a confiança! Vocês demonstraram mesmo sem saber, que é por meio da convivência, além de horas e horas de estudo e dedicação, que nos tornamos realmente enfermeiros! Muito obrigada por contribuírem no meu processo formativo. A vocês, o meu eterno agradecimento pelos gestos de carinho, comemoração e sorrisos de gratidão pelo reconhecimento do meu trabalho.

A minha banca examinadora Prof<sup>a</sup>. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins e Prof. Esp. Lucídio Clebeson de Oliveira, por ter aceitado a participar da banca, fazendo correções importantes que só veio a crescer ainda mais este trabalho.

As gestantes que permitiram ser entrevistadas, passando informações importantes que me ajudou a construir este trabalho.

"Agradeço todas as dificuldades que enfrentei; se não fosse por elas, eu não teria saído do lugar. As facilidades nos impedem de caminhar. Mesmo as críticas nos auxiliam muito."

Chico Xavier

## RESUMO

O pré-natal é o momento onde os membros da equipe de saúde empenham esforços para garantir a saúde materna fetal, a fim de promover uma atenção qualificada a gestante, através de uma atuação de cunho preventivo, assistencial e educacional. Neste sentido objetivou-se: investigar a percepção das gestantes sobre a assistência de pré-natal em uma unidade básica de saúde. Bem como, verificar o grau de satisfação das mesmas em relação ao atendimento recebido. Metodologicamente, trata-se de um estudo quanti-qualitativo com abordagem descritiva, o qual foi efetuado na Unidade Básica de Saúde Centro Clínica Evangélica Edgard Bulamarqui, localizada no município de Mossoró - RN, cuja amostra constituiu-se de oito gestantes; o estudo fundamentou-se na resolução 196/96, que dispõe sobre pesquisas com seres humanos, sendo a coleta realizada no mês de fevereiro a março do ano de 2013, através de um questionário semi-estruturado, onde posteriormente foi feita a análise dos dados obtidos, ressaltando que os dados objetivos foram analisados quantitativamente e disponibilizados em tabelas e gráficos e os dados subjetivos foram analisados qualitativamente, discutidos e comparados à luz da literatura pertinente, salientando que estes dados caracterizam o perfil das participantes e demonstram a ótica das mesmas sobre a assistência pré-natal. Portanto os resultados encontrados em maior prevalência são assim apresentados: 50% das entrevistadas tinham entre 20-29 anos, 50% eram casadas, 75% seguiam a igreja católica, 25% possuíam o ensino fundamental incompleto, 25% possuíam o ensino médio completo, 25% possuíam o ensino superior completo, 37,5% eram trabalhadoras do lar e 37,5% tinha de 1 a 2 filhos. Nas questões específicas sobre a assistência ao pré-natal há um significado de importância e necessidade, pois proporciona as gestantes de fato a condição de saúde da criança e da mãe. De modo geral as participantes demonstraram uma visão correta sobre a temática abordada, o que facilitou a obtenção dos resultados. Diante do exposto o presente estudo revelou a importância da qualidade da assistência pré-natal para o binômio mãe e filho, bem como a influencia existente entre a assistência qualificada, a satisfação das gestantes e a adesão das mesmas as consultas de pré-natal.

**Palavras-chaves:** Assistência pré-natal. Gestante. Unidade Básica de Saúde

## ABSTRACT

Prenatal care is the moment when members of the healthcare team engage efforts to ensure maternal fetal health in order to promote a qualified care to the pregnant women, through preventive, assistive and educational actions. In this sense this study aimed at investigating the perception of pregnant women on prenatal care in a primary care unit. As well as verifying their satisfaction level regarding the received care. Methodologically, it is a quantitative and qualitative study with descriptive approach, which was conducted in the Basic Health Unit Centro Clínica Evangélica Edgard Bulamarqui, in Mossoro-RN whose sample consisted of eight pregnant women; The study was based on Resolution 196/96, which deals with research involving human beings, data collection was accomplished from February to March of the year 2013, the instrument was a semi-structured questionnaire with which the analysis of the obtained content was later done. It is important to point out that the objective data were analyzed quantitatively and states in tables and graphs and subjective data were qualitatively analyzed, discussed and compared according to the pertinent literature, stressing that these data characterize the profile of the participants as well as demonstrate their viewpoint about prenatal care. Therefore the results found in higher prevalence are presented as follows: 50% of respondents were between 20-29 years, 50% were married, 75% followed the Catholic Church, 25% had incomplete primary education, 25% had completed high school, 25% had a university degree, 37.5 % were housekeepers and 37.5% had 1 or 2 children.. Generally, the participants demonstrated a correct view on the subject approached, which facilitated in obtaining results. Given the above, this study revealed the importance of the quality of prenatal care to both mother and son, as well influences that exist between the qualified assistance, the satisfaction of pregnant women and the adhesion of the same prenatal consultations.

**Keywords:** Prenatal care. Pregnant. Basic Health Unit

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b> – Dados referentes à idade das participantes da pesquisa. Mossoró-RN. ....	31
<b>Gráfico 2</b> – Dados referentes ao estado civil das participantes da pesquisa. Mossoró-RN...	32
<b>Gráfico 3</b> – Dados referentes à religião das participantes da pesquisa. Mossoró-RN.....	33
<b>Gráfico 4</b> – Dados referentes à escolaridade das participantes da pesquisa Mossoró-RN. ....	34
<b>Gráfico 5</b> – Dados referentes à ocupação das participantes da pesquisa. Mossoró-RN.....	35
<b>Gráfico 6</b> – Dados referentes à quantidade de filhos das participantes da pesquisa Mossoró-RN.....	36

## LISTA DE QUADROS

- Quadro 1:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: O que você entende por assistência ao pré-natal?.....36
- Quadro 2:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Em relação sua gravidez atual, com quantos meses de gestação a senhora fez a primeira consulta? .....38
- Quadro 3:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão :Na sua opinião, o que contribui para uma assistência com qualidade? .....39
- Quadro 4:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão : A senhora considera essa consulta importante para você e para o seu bebe? Por quê?.....39
- Quadro 5:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Por que a senhora retornou ao serviço? .....41
- Quadro 6:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: O que acha da assistência pré-natal que tem recebido?.....42

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

CNS – Conselho Nacional de Saúde

COFEN - Conselho Federal de Enfermagem

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

FACENE - Faculdade de Enfermagem Nova Esperança

IC - Ideia Central

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

SUS - Sistema Único de Saúde

UBS - Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO .....</b>	<b>13</b>
1.1 HIPÓTESE .....	15
<b>2. OBJETIVOS .....</b>	<b>16</b>
2.1 OBJETIVO GERAL.....	16
2.2 OBJETIVOS ESPÉCIFICOS .....	16
<b>3. REVISÃO DE LITARÁURA .....</b>	<b>17</b>
3.1 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ .....	17
3.2 INTERCORRENCIAS OBSTÉTRICAS DA GRAVIDEZ .....	19
3.3 INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL .....	21
<b>4. METODOLOGIA.....</b>	<b>27</b>
4.1 TIPO DA PESQUISA .....	27
4.2 LOCAL DA PESQUISA .....	27
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA. ....	27
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS. ....	28
4.5 PROCEDIMENTO DE COLETA DE DADOS.....	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS .....	28
4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR. ....	29
4.8 FINANCIAMENTO.....	30
<b>5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS .....</b>	<b>31</b>
5.1 DADOS GERAIS .....	31
5.2 DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA.....	36
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	<b>44</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>46</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>50</b>
<b>ANEXO.....</b>	<b>55</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O ciclo gravídico-puerperal é considerado um período especial na vida da mulher. Embora não seja caracterizado como estado patológico, nesse período ocorrem importantes modificações orgânicas e emocionais, tornando a saúde da gestante, da parturiente e da puérpera vulnerável a agravos. Na maioria das vezes, esses agravos podem ser evitados através de uma assistência voltada para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças preexistentes e/ou incidentes nesse período (MARANHÃO et al, 2006).

Segundo Ziegel e Cranley (1985), durante a gestação ocorrem modificações fisiológicas na mulher que visam preencher as exigências do feto em desenvolvimento, todos os órgãos da mulher sofrem alguma alteração, de forma que é correto pensar na gestação como um estado biológico alternativo. Apesar de existirem certas generalidades, essas alterações tendem a ser individuais para cada mulher e cada gestação. Assim, pode-se dizer que o controle da extensão e das peculiaridades dessas alterações é parte essencial da assistência pré-natal de alto ou baixo risco.

A assistência pré-natal tem por finalidade assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém nascido saudável, sem impacto para a saúde materna. Sendo assim, necessita-se de uma assistência mais ampla, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Partindo disso, Candeias (1980) define o pré-natal como um programa de exame, avaliação, observação, tratamento e educação de mulheres grávidas para que a gestação, o parto e o nascimento se transformem em um processo normal e sem perigo para mães e crianças.

De acordo com Gaio (2004), para promover a segurança da saúde da mãe e do feto, é fundamental identificar as gestações de risco e oferecer atendimento diferenciado nos variados graus de exigência, possibilitando a prevenção das complicações que determinam maior morbidade e mortalidade materna e perinatal, pois a qualidade da assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos.

As altas taxas de mortalidade materna representam um desafio à saúde pública em nosso país. Possivelmente, isso ocorre devido à falta de acesso seguro ao evento da maternidade, devendo ser imposto às mulheres o mais sério limite ao exercício dos direitos reprodutivos e, portanto, à condição de cidadania. Embora o risco de óbito materno-fetal tenha se reduzido no Brasil com a ampliação do acesso ao pré-natal, ainda há muito que se fazer para evitar a morte de muitas mulheres, sendo necessário o adequado atendimento às

emergências obstétricas (BRASIL, 2000).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), em 1990 cerca de 585.000 mulheres morreram em todo o mundo, devido a complicações advindas do ciclo gravídico-puerperal, sendo que 95% dessas mortes ocorreram em países pobres, deixando visível a disparidade existente entre as razões de mortalidade materna dos países pobres e ricos, demonstrado que nos países ricos como Estados Unidos e Canadá, ocorrem menos de 09 óbitos para cada 100.000 nascidos vivos, enquanto que nos países pobres como Bolívia e Peru, chegam a mais de 200 óbitos; atestando que a morte materna pode ser reduzida com determinação política e garantia de serviços de saúde à população, incluindo, especialmente a assistência pré-natal de qualidade (BRASIL, 2002).

Quanto à mortalidade perinatal, a OMS estimou para 1996 uma taxa de 53/1000 nascidos vivos. Conquanto no Brasil esteja em declínio, no período de 1990 a 1995, as causas perinatais responderam por mais de 50% dos óbitos em menores de 01 ano, mostrando que as causas do óbito infantil representam um grande desafio para os serviços de assistência à gestante e ao recém nascido (LAGO, 1999).

A assistência pré-natal desempenha um papel fundamental na prevenção da mortalidade materna e perinatal, e quando realizada com qualidade estabelece uma relação satisfatória entre profissional e gestante, contribuindo para a reação da mulher à gestação. Sendo assim, a história que cada mulher grávida traz, deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes, pois o diálogo aberto e verdadeiro, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanham o pré-natal são condições básicas necessárias para que o conhecimento em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família (BRASIL, 2000). Assim, a percepção e as orientações sobre questões de saúde ajudam a evitar ou atenuar os desvios de normalidade e estimulam a adesão da paciente, uma vez que a educação em saúde promove o bem-estar materno-fetal.

De acordo com Rezende (2003), a assistência pré-natal visa preservar a saúde física e mental da grávida e identificar alterações próprias de gravidez que possam alterar o seu curso ou repercutir nocivamente sobre o feto. Partindo disso, é possível afirmar que a assistência pré-natal objetiva orientar os hábitos de vida para uma boa higiene, prestar assistência psicológica, ajudando a resolver conflitos e problemas, preparar a gestante para a maternidade e fazer a profilaxia e tratamento de alterações próprias da gestação.

O modelo de assistência pré-natal representa um excelente programa de prevenção. No entanto, os avanços tecnológicos disponíveis para rastreamento de doenças e para prevenção primária e secundária tornam necessária uma avaliação das atividades que vêm

sendo desenvolvidas. No Brasil e em outros países em desenvolvimento, observa-se que os recursos escassos ou usados de forma menos eficiente resultam em início tardio do acompanhamento pré-natal, em consultas irregulares, muito rápidas e com longo tempo de espera (GAIO, 2004). Deste modo, algumas mudanças são necessárias, sendo preciso desenvolver programas de saúde pública com o intuito de oferecer um cuidado pré-natal de maior qualidade a todas as gestantes.

O interesse por esta pesquisa surgiu durante o estágio curricular da disciplina enfermagem obstetrícia e neonatal, onde observei que puérperas e principalmente as primíparas, só fizeram o pré-natal devido o SISPRENATAL que garantem as mesmas em ter acesso ao parto pelo SUS. Porém não conhecia a importância de se ter um acompanhamento adequado durante a gestação. Acreditando assim, que esta falta de conhecimento pode acarretar o aumento da mortalidade materna-fetal.

Nesse sentido questiona-se: qual a percepção das gestantes sobre a assistência pré-natal?

Assim, essa pesquisa vê a necessidade de realizar um levantamento dos estudos que tratam da temática proposta, que é a de garantir uma assistência com qualidade às gestantes no serviço de pré-natal.

Este estudo tem como relevância proporcionar um maior nível de conhecimento acadêmico, servindo como uma fonte de pesquisa para um maior aprofundamento sobre a temática ora abordada, como também os profissionais de enfermagem poderão prestar uma assistência adequada a essas gestantes.

## 1.1 HIPÓTESE

O pré-natal exerce um papel importante, pois o mesmo proporciona a redução da mortalidade materna e das complicações relacionada à gestação. Assim é necessário averiguar a assistência deste atendimento oferecido ao público que se destina.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 OBJETIVO GERAL**

- Analisar a percepção de gestantes atendidas em uma Unidade Básica de Saúde sobre a assistência pré-natal.

### **2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- Caracterizar a situação socioeconômica das gestantes participantes da pesquisa;
- Verificar o nível de satisfação das gestantes em relação ao atendimento recebido durante as consultas de pré-natal;
- Identificar o conhecimento das gestantes sobre o pré-natal.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 ASPECTOS FISIOLÓGICOS DA GRAVIDEZ

A gravidez provoca modificações nos organismos maternos. Desta forma, existe a necessidade da grávida ser acompanhada, pois se a mesma não tiver uma assistência profissional e familiar, o processo reprodutivo poderá vir a se transformar em situação de risco tanto para mãe quanto para o feto. De acordo com Maranhão et al (2006), a gravidez é um processo fisiológico que envolve alterações profundas, cujas repercussões se desenvolverão físicas, psíquica e socialmente, por isso é considerado um momento de crise no ciclo evolutivo da mulher.

O desenvolvimento humano inicia-se com o processo de fertilização, onde um gameta masculino, ou espermatozóide se une com um gameta feminino, ou ovócito, formando uma célula denominada, Zigoto. Assim, segundo Gilbert (2006), este organismo unicelular, o zigoto, divide-se muitas vezes e transformam-se progressivamente em um ser humano multicelular através da divisão, migração, crescimento e diferenciação celular. Apesar de o desenvolvimento humano começar com a fertilização, os estágios e a duração da gravidez são calculados a partir do início do último período menstrual normal da mãe, que antecede em cerca de 14 dias a ocorrência da concepção. Partindo disso, Maia (2000, p. 51) relata que “a fecundação ocorre, normalmente no terço superior da trompa e que logo após a junção dos dois pró-núcleos, feminino e masculino, forma-se um núcleo único, que pouco depois começará os preparativos para a primeira divisão do ovo”.

Ainda de acordo com Maia (2000), as divisões que se seguem são mitoses comuns e, após a fecundação, o ovo dará origem às duas primeiras das muitas milhões de células que vão formar o futuro embrião. Cerca de três dias após a fertilização, inicia-se a fase da mórula, que logo penetra no útero, convertendo-se em blastócito. Ao fim da 1ª semana o blastócito implanta-se na superfície do endométrio. Na 2ª semana de gestação, “o blastócito penetrou parcialmente no estroma do endométrio e o trofoblasto se diferenciou em uma camada interna, que prolifera ativamente o citotrofoblasto e uma camada externa, o sinciotrofoblasto” (SADLER, 2001, p. 33). A partir daí ocorrem alterações morfológicas na massa celular que forma um disco embrionário bilaminar, o qual dar origem a todas as camadas germinativas do embrião.

Ainda segundo Maia (2000), a 3ª semana de gestação é caracterizada pela suspensão da primeira menstruação, devido à produção de gonadotrofinas coriônicas pelo trofoblasto e

que esse período é a fase mais rápida da evolução embrionária. No período da 4ª à 8ª semana, o desenvolvimento embrionário é crucial, porque é durante este período que se formam todas as maiores estruturas externas e internas do embrião. Ao final da 4ª semana de gravidez, o embrião já estabelece a maioria dos principais sistemas de órgãos, com exceção dos membros, que durante esse período ainda se encontram ausentes (CARLSON, 1996).

Segundo Gilbert (2006), no final da 8ª semana, os principais sistemas orgânicos estão desenvolvidos, porém com função reduzida. É também nesta fase que o embrião já apresenta aparência humana. A fase fetal se inicia a partir da 9ª semana de gestação, onde o concepto é menos vulnerável aos efeitos teratogênicos. Assim, nesse período, o concepto ultrapassa a vida embrionária e completa a organogênese.

Baseado nos diferentes períodos gestacionais pode-se dizer que o ciclo gravídico divide-se em: 1º trimestre, 2º trimestre e 3º trimestre, os quais são assim classificados, de acordo com suas sintomatologias.

Portanto, pode-se dizer que no 1º trimestre da gravidez, algumas gestantes apresentam dúvidas, medos e anseios em relação às condições sociais e emocionais. Outras apresentam modificações no comportamento sexual, com diminuição ou aumento da libido, ou alteração da auto-estima, frente ao corpo modificado (BRASIL, 2003b). Ainda no primeiro trimestre, a mulher possui uma sensação de ambivalência física e os principais sintomas ocorridos são: ausência da menstruação, cansaço, náuseas e vômitos . (MORAIS;GARCIA,2003).

No 2º trimestre, ou seja, a partir da 14ª até a 27ª semana de gestação, a grande maioria dos problemas de aceitação da gravidez foi amenizada e a mulher e/ou casal e/ou família entram na fase de curtir o bebê que está por vir. Neste período, o organismo ultrapassou a fase de estresse e encontra-se com mais harmonia e equilíbrio. A mulher refere percepção dos movimentos fetais, que já podem ser confirmados no exame obstétrico realizado pelo enfermeiro ou médico. A placenta encontra-se formada, os órgãos e tecidos estão diferenciados e o feto começa o amadurecimento de seus sistemas. Reagem ativamente aos estímulos externo, como vibrações, luz forte, som e outros. Ocorrem alterações anátomo-fisiológicas, como: aumento das mamas, produção de Colostró e aumento do abdome, as quais comprometem o equilíbrio físico e emocional da gestante (BRASIL, 2003b).

Ziegel e Cranley (1985) relatam que no 3º trimestre, mais precisamente durante as últimas semanas da gravidez, a futura mãe se apressa para completar todas as suas tarefas, fisicamente ela se encontra volumosa e desajeitada; cansa-se mais facilmente, tem dificuldade

de se adaptar à sua nova silhueta e sente-se pouco confortável.

O útero volumoso e a sobrecarga dos sistemas cardiovascular, respiratório e locomotor desencadeiam alterações orgânicas e desconforto, pois o organismo apresenta menor capacidade de adaptação. Há aumento de estresse, cansaço, surgem às dificuldades para movimentar-se e dormir. Frequentemente, a gestante refere plenitude gástrica e constipação intestinal, decorrentes da diminuição da peristalse devido à pressão uterina sobre os intestinos, levando ao aumento da absorção de água no intestino, o que colabora para o surgimento de hemorroidas (BRASIL, 2003b).

A frequência urinária aumenta no final da gestação, em virtude do encaixamento da cabeça do feto na cavidade pélvica; em contrapartida, a dificuldade respiratória se ameniza. Ao final do terceiro trimestre, é comum surgirem varizes, edema de membros inferiores, tanto pela compressão do útero sobre as veias ilíacas, dificultando o retorno venoso, quanto por efeitos climáticos, principalmente clima quentes (BRASIL, 2003b).

### 3.2 INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS DA GRAVIDEZ

Segundo Branden (2000), é importante o acompanhamento clínico e obstétrico de intercorrências que aparecem nos diferentes períodos da gravidez, pois estas podem causar risco para o produto da concepção. Assim, de acordo com Oliveira e Alencar (2005), as intercorrências obstétricas que mais se apresentam estão voltadas às síndromes hipertensivas, uma vez que estas, incluindo a pré-eclâmpsia, são as complicações mais frequentes na gestação e constituem as principais causas de morbidade e mortalidade materna, fetal e neonatal. A pré-eclâmpsia, também chamada de toxemia gravídica, surge, em geral, no terceiro trimestre da prenhez e caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão, edema visível ou oculto (aumento brusco do peso) e, excepcionalmente por discreta proteinúria.

A etiologia da doença ainda apresenta mecanismos obscuros e pouco esclarecidos, no entanto, foi associada a fatores de risco, tais como deslocamento prematuro da placenta, sífilis, pequeno número de consultas pré-natais, antecedentes de um ou mais natimortos, internação hospitalar durante a gestação, diabetes, idade igual ou superior a 35 anos, hipertensão na gestação, anemia e idade abaixo de 20 anos. É, portanto, um distúrbio multissistêmico (OLIVEIRA; ALENCAR, 2005).

Além da pré-eclâmpsia, outra intercorrência obstétrica é a eclampsia, a qual também está relacionada a fator hipertensivo e manifesta-se com os sintomas da pré-eclâmpsia, associados à convulsão. Logo, pode-se dizer que as gestantes que apresentam hipertensão,

devem ter um cuidado especial, bem como aderir ao tratamento medicamentoso, uma vez que o seu perfil social a transforma em paciente de risco, porém, as dificuldades enfrentadas, colaboram para o agravamento da hipertensão arterial. Certamente a conscientização da gestante quanto as suas limitações, além de incentivo a mudanças no seu estilo de vida, seria vantajosa para o seu prognóstico neste aspecto. (BRASIL, 2006).

Segundo Rezende (2003), é importante estudar a associação de diabete e gravidez, enfatizando que a mortalidade materna e perinatal causada por determinada intercorrência, reduziu muito, após o advento da insulina, associada ao melhor conhecimento do metabolismo dos hidratos de carbono e às melhores condições de avaliação do bem-estar materno-fetal. Para Rezende e Montenegro (2003), um outro tipo de intercorrência comum é a anemia, cujo diagnóstico é feito quando a taxa de hemoglobina for inferior a 11g/dl no primeiro trimestre ou menor que 10g/dl no segundo e terceiro trimestres.

A hiperêmese é também considerada um tipo de intercorrência, a qual é caracterizada por náuseas e vômitos, estando presente em cerca da metade das gestações iniciais, denominando a êmese gravídica. Durante a gestação surgem intercorrências como: sangramento genital, corrimento escuro, parada dos movimentos fetais, perda de líquidos genitais, aborto retido e morte embrionária ou fetal, além de malformações fetais e crescimento abdominal inadequado, entre outras. (REZENDE,2008).

De acordo com Warren (2004), o tabagismo e o alcoolismo durante o período gestacional aumentam o risco de aborto, má-formação fetal e subsequente óbito pós-natal. Enfatizando que a prevalência de tabagismo entre as gestantes tem permanecido constante em cerca de 20%. A taxa é um pouco mais alta (35-45%) entre mães de 15 a 24 anos de idade e um pouco mais baixa (20%) naquelas com mais de 30 anos. E a incidência de abuso de álcool na gravidez é de 1 a 2%.

Devem-se proporcionar melhores condições de saúde ao produto conceptual, destacando-se a sua vitalidade no nascimento, sob as mais variadas situações. As doenças maternas e outras próprias da gestação produzem um espectro variável de agressões, desde os mais graves, determinado o óbito intra-uterino antes da viabilidade fetal, até os mais discretos, comprometendo as funções dos diversos sistemas, que podem ficar quiescentes e se manifestar só tardiamente, muitos anos após o parto. (SILVA,2007).

Assim, segundo Nascimento e Aquino (2005), as variáveis que costumam ser analisadas nos estudos epidemiológicos envolvendo as gestantes geralmente são: Idade materna, número de filhos, grau de escolaridade, ganho de peso durante a gestação, numero

de consultas no atendimento pré-natal, hipertensão arterial, sangramento na gestação, tabagismo e infecção urinária. Dessa forma, Ziegel e Cranley (1985) relatam que a gestação oferece oportunidades a diferentes profissionais para intervir de forma a influenciar positivamente na saúde física e mental da gestante, principalmente naquelas que apresentam gravidez de alto risco, pois requerem atenção especial.

### 3.3 INTEGRALIDADE NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

No Brasil, vem-se registrando uma elevação no número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto pelo Sistema Único de Saúde (SUS), isto é, mudaram de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Porém, apesar da ampliação na cobertura do pré-natal, a análise dos dados visíveis demonstra comprometimento da qualidade dessa atenção, sendo atestado pela incidência de Sífilis Congênita, estimada em 12 casos /1000 nascidos vivos no SUS, pelo fato de a Hipertensão Arterial ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil e também porque apenas uma pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) conseguem realizar as ações preconizadas pelo Programa SISPRENATAL (BRASIL, 2006).

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Mediante a uma amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gestação. Na realidade da praticidade, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual inferior a 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional de saúde da Unidade Básica, através da história da paciente. Contudo, o teste laboratorial é recomendado para confirmar tal diagnóstico. Já para as mulheres com atraso menstrual superior a 16 semanas ou que já saibam estar grávidas, o teste laboratorial é dispensável (BRASIL, 2004).

Após a confirmação da gravidez em consulta médica ou de Enfermagem, será iniciado o acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SISPRENATAL, ressaltando que os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal e que essas condutas juntamente com os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante (BRASIL, 2006).

É correto afirmar que uma atenção pré-natal e puerperal qualificada se desenvolve através da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil

acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: Promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico até o atendimento hospitalar para alto risco. Portanto, os Estados e Municípios, devem garantir uma atenção pré-natal e puerperal realizada de acordo com os parâmetros estabelecidos, voltada para a captação precoce das gestantes, ou seja, realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias de gestação, realização mínima de seis consultas de pré-natal por gestação, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro (BRASIL, 2003b).

A consulta de pré-natal foi uma conquista importante para as mulheres, pois a mesma dispõe de uma assistência especializada e direcionada em sua integralidade. “A consulta de pré-natal feita por um profissional viabiliza a avaliação da gestante com o objetivo de prevenir, controlar as intercorrências na gestação”.( SILVA,2007,P.55)

O Ministério da Saúde preconiza que os profissionais que trabalham junto às gestantes devem estar preparados para o trabalho educativo, organizando reflexões em grupos para esclarecer as gestantes sobre a gravidez e o parto, já que estas esperam partilhar experiências e obter ajuda através do diálogo sobre sua história. Portanto, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões pertinentes ao período gestacional (BRASIL, 2006).

Durante o pré-natal, os conteúdos educativos importantes para serem abordados, desde que adequados às necessidades das gestantes são: Pré-natal e cartão da gestante, ou seja, deve-se apresentar a importância, objetivos e etapas, ouvindo as dúvidas e ansiedades das mulheres; desenvolvimento da gravidez, isto é, devem-se apresentar as alterações emocionais, orgânicas e da auto-imagem, hábitos saudáveis como alimentação e nutrição, higiene corporal e dentária, atividades físicas, sono e repouso, vacinação antitetânica, relacionamento afetivo e sexual, etc.; tipos de parto, no que diz respeito aos aspectos facilitadores do preparo da mulher, exercícios para fortalecer o corpo na gestação e para o parto, preparo psíquico e físico para o parto e maternidade, início do trabalho de parto, etapas e cuidados; cuidados com a criança recém-nascida, relacionados ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, medidas preventivas e aleitamento materno (BRASIL, 2004).

Portanto, é correto dizer que os serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos devem adotar medidas educativas de prevenção e controle da ansiedade, como: manter o diálogo com a mulher e seus acompanhantes, orientando-os, esclarecendo-lhes dúvidas, informar as etapas de todo o processo de alterações e adotar medidas para o estabelecimento

do vínculo afetivo mãe-filho e o início do aleitamento materno logo após o nascimento (BRASIL, 2003a).

De acordo com Gaio et al (2004), o número de consultas recomendadas pelo Ministério da Saúde oscila de 6 a 9. As consultas mensais devem ser até 36 semanas de gestação, sendo quinzenais a partir de então. Todavia, a primeira consulta deve ser realizada entre 6 e 8 semanas, sendo necessário que o profissional que realiza o pré-natal estabeleça uma relação de cordialidade, ouvindo a paciente e permitindo que ela fale de suas impressões e do impacto da chegada deste bebê na sua vida, uma vez que a gravidez é um período de mudanças físicas e psicológicas que mobiliza ansiedades e desperta fantasias, gerando distorções e medo.

Vale salientar que na primeira consulta, calcula-se a data provável do parto (DPP), a partir da data da última menstruação da gestante, lembrando que a mesma também é utilizada para calcular a Idade Gestacional. No exame físico geral, verifica-se o peso e a altura, e com essas medidas, determina-se o índice de massa corporal (IMC) e o ganho de peso na gestação. Deve ser verificada a pressão arterial desde a primeira consulta até as consultas seguintes, a fim de controlar e/ou evitar possíveis intercorrências devido à elevação da mesma (GAIO et al, 2004),.

Ainda segundo a autora supracitada, na primeira consulta de pré-natal deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, bem como a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, envolvendo a avaliação da cabeça e do pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção da pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas subsequentes, a anamnese deverá ser sucinta, enfatizando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimento fetal, e, interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

Sendo assim, na primeira consulta, o profissional deverá colher a história clínica da grávida, isto é, os dados de identificação, os dados socioeconômicos, antecedentes ginecológicos e obstétricos, sexualidade, e principalmente, dados relacionados à gestação atual. Lembrando que nesta consulta, o profissional deve solicitar os exames complementares da gravidez, os quais são: Sumário de urina, glicemia em jejum, sorologia para sífilis (VDRL), sorologia para anti-HIV, dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb, Ht), grupo sanguíneo e fator Rh, hepatite B e toxoplasmose e em algumas situações, deve ser solicitado parasitológico, colpocitologia oncótica, bacterioscopia de secreção vaginal e ultra-sonografia

(BRASIL, 2006).

As consultas seguintes devem estar voltadas para a revisão da ficha pré-natal, anamnese atual sucinta e verificação do calendário de vacinação, devem ser realizadas com base nos controles maternos e fetais, bem como nas condutas necessárias, como: tratamento de alterações encontradas, prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, realização de ações e práticas educativas e agendamento de consultas subsequentes (BRASIL, 2003b).

Sendo assim, é possível afirmar que uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal, visto que o momento pré-concepcional, os nove meses que compreendem a gestação, o parto e o período pós-parto são momentos importantes e que requerem ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a surgir nesse período (GAIO, 2004).

A assistência à gestante deve ser progressiva e integral. Segundo Maranhão et al (1990), deve ser fornecida atenção suficiente, na intensidade requisitada, de acordo com suas necessidades e por uma equipe multiprofissional. A autora anterior diz também que “a prestação da assistência de enfermagem, em atividades diretas e sistemáticas junto as gestantes, proporciona maior dinamização ao programa materno infantil”.

Segundo Franco e Vido (2004), as ações de promoção e manutenção de saúde da mulher devem estar voltadas para a cobertura da maioria da população feminina, bem como assegurar a continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações, enfatizando que essas ações seriam as resultadas de aplicação do processo de enfermagem através da sistematização da Assistência de Enfermagem, uma vez que a consulta sistematizada visa assistir e avaliar a cliente, levando dados para um planejamento assistencial de acordo com as necessidades da gestante. Observações clínicas mostram que cerca de 85% das gestações começam, evoluem e terminam sem complicações. São as chamadas gestações de baixo risco, outras, no entanto, aproximadamente 15% delas, já apresentam problemas desde seu início ou então surgem no transcurso, caracterizando as gestações de alto risco.

Através da assistência prestada à gestante, pode-se fazer o rastreamento das diferentes entidades clínicas, que permitam definir os parâmetros necessários para qualificar as condições fisiológicas ou patológicas da gravidez. Em geral, a consulta pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto (BRASIL, 2000).

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que é essencial para redução de elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil. Assim, o objetivo principal da humanização do pré-natal, é reduzir o número de mortes de mulheres por causa da gravidez, garantindo que a gestante seja bem assistida, que o parto ocorra em condições normais seguras e conseqüentemente proteger a saúde das mulheres e das crianças que vão nascer (BRASIL, 2003a).

De acordo com Bontempo (2000), o período de gestação representa uma das etapas mais importantes da vida, pois durante os nove meses em que o novo ser está se formando, é possível interferir e aprimorar sua qualidade vital e orgânica, pois embora a saúde do bebê seja em grande parte determinada por uma herança biológica, a gestante bem orientada durante o período pré-natal tem todas as condições para gerar uma criança saudável, tanto física como emocionalmente.

Segundo Amed e Nakamura (2005), para assegurar o bem-estar materno-fetal, o apoio não deve ser meramente assistencial (físico e psicológico), requerendo programas educativos com relação às modificações gravídicas, sinais e sintomas do parto, de puericultura, de higiene, dietética, prática esportiva e atividade física. O apoio deve ser também social e legislativo, permitindo às gestantes freqüentar os serviços de assistência pré-natal, orientando-as quanto à licença-maternidade e aleitamento.

De maneira ideal, os cuidados com a saúde poderiam ser iniciados já no período pré-concepcional, com adequadas condições nutricionais, emocionais e clínicas, estando as intercorrências compensadas e controladas com o uso de medicamento e terapias seguras quanto ao potencial teratogênico.

Conforme Amed e Nakamura (2005), os sinais e sintomas de alerta que impõem conselho Médico imediato devem ser ensinados a todas as gestantes em sua primeira visita pré-natal: qualquer sangramento genital, edema de faces ou membros superiores, cefaléia contínua ou grave, dormência, visão turva ou diminuição da acuidade visual, dor abdominal, vômitos persistentes, febre ou abatimento, disúria, escape de líquido pela vagina e diminuição de movimentos fetais.

Vale ressaltar, que na assistência pré-natal, salientamos o aspecto nutricional, uma vez que as gestantes necessitam, em vista do feto em desenvolvimento, de maior quantidade de proteínas, o que obriga o maior consumo de vitaminas do complexo B. Em alguns países, a suplementação sistemática de ácido fólico é preconizada em todas as mulheres na faixa etária reprodutiva, para prevenir a ocorrência de defeitos no tubo neural do concepto (BRASIL,

2003b).

Amed e Nakamura (2005) dizem também que além dos cuidados nutricionais durante o pré-natal, devem ser recomendadas orientações sobre higiene geral (pessoal e dentária), atividade física, uso adequado das roupas e atividade sexual, enfatizando que a mesma é permitida durante a gestação, desde que não haja história de sangramento, dor ou qualquer intercorrência que exija repouso. É essencial que os cuidados com as mamas sejam iniciados durante o pré-natal, com os exercícios de Hoffman, banho de luz solar e fricção do mamilo aos banhos.

Assim, pode-se dizer que em um pré-natal personalizado, no qual a gestante tem acompanhamento longitudinal, possibilitando ao mesmo profissional seguir a gravidez do início ao fim, permite melhorar a qualidade da assistência, não só no diagnóstico precoce, por valorizar os sintomas referidos, como também na sua conduta, pela maior adesão da grávida à terapêutica instituída. (BRASIL, 2006).

Contudo, no acompanhamento pré-natal, devem ser levados em conta os antecedentes maternos e as condições clínicas atuais. O princípio que deve nortear a qualidade da assistência é o seguimento mais precoce possível e estrutura com disponibilidade e agilidade para avaliação das condições clínicas maternas e do ambiente fetal, procurando antecipar as complicações (BRASIL, 2002).

Diante disso, Rezende e Montenegro (2003) relatam que a assistência pré-natal tem como objetivos básicos: orientar os hábitos de vida; assistir psicologicamente a gestante; prepará-la para a maternidade, instruí-la sobre o parto, dando-lhes noções de puericultura; evitar o uso de medicação e de medidas que se tornem aminosas para o concepto (anomalias congênitas); tratar os pequenos distúrbios habituais da gravidez e fazer a profilaxia, diagnóstico e tratamento de doenças próprias da gestação ou nela intercorrentes.

Dentro desse contexto, é possível afirmar que a atenção pré-natal deve ser organizada de forma a atender às reais necessidades das mulheres durante a gestação e após o parto, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. Sendo assim, pode-se dizer que o sistema de saúde deve assegurar a cobertura de toda a população de mulheres na gestação e após o parto, a fim de garantir uma atenção obstétrica e neonatal de maneira integrada (BRASIL, 2006).

Portanto, para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde realize de forma correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante o exame clínico e obstétrico, cabendo aos profissionais garantir a qualidade de atenção e proteção biológica, de acordo com a necessidade de cada gestante, durante o acompanhamento pré-natal.

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 TIPO DE PESQUISA**

A pesquisa realizada foi do tipo quanti-qualitativa com abordagem descritiva, por ser essencial na compreensão do objeto estudado,

Sendo assim, os métodos de pesquisa mencionados foram definidos de forma clara e objetiva por Costa et al (2000), o qual diz que a pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de informação numérica e afirma que na pesquisa qualitativa, ocorre uma aproximação entre o sujeito e o objeto, onde o pesquisador compreende e interpreta os fatos. Já Prestes (2003), considera que na pesquisa descritiva, se observam, registram, analisam, classificam e interpretam os fatos, sem fazer qualquer interferência sobre estes.

### **4.2 LOCAL DA PESQUISA**

A pesquisa foi realizada no município de Mossoró - RN, mais especificamente na Unidade Básica de Saúde Centro Clínica Evangélica Edgard Bulamarqui, localizada na Rua José Negreiros nº 346, bairro Centro, a qual está estruturada com uma equipe multiprofissional do Programa Saúde da Família - PSF e possui uma população adstrita de 1.200 famílias cadastradas.

### **4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA**

Conforme Polit, Beck e Hungler (2004, p.224), população “é um agregado total de casos que preenchem um conjunto de critérios especificados”. Amostra então é definida como um subconjunto dessa população. A população estudada foram as gestantes cadastradas na Unidade de Saúde citada e a amostra utilizada para coleta de dados será formada por 08 gestantes, as quais foram escolhidas aleatoriamente, ressaltando que estas gestantes foram informadas sobre os objetivos da pesquisa, bem como, serão convocadas a lerem o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Foram incluídas na pesquisa as gestantes que estavam realizando pré-natal na Unidade Básicas de Saúde e que tiveram interesse e disponibilidade em participar da pesquisa, independentemente das condições sócio-econômicas, escolaridade e situação

conjugal. E que atendam aos seguintes critérios: de inclusão: ter idade mínima de 18 anos, ser cadastrado na U.B.S e aceitar participar da pesquisa. E como critério de exclusão: possuir idade inferior a 18 anos, não ser cadastrado na U.B.S e não aceitar participar da pesquisa.

#### 4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Para obtenção dos dados da pesquisa foi utilizado um roteiro de entrevista (Apêndice B). Na execução deste tipo de instrumento, o investigador se apresenta frente ao investigado e lhe formula perguntas de maneira metódica; proporcionando ao investigado, verbalmente, as informações necessárias para a coleta de dados (MARCONI, LAKATOS, 2007).

Este método de coleta de dados é constituído por um roteiro de entrevista onde a presença do investigador é fundamental para a obtenção de informações através de um roteiro apresentando questões elaboradas de forma simplificada e com clareza, possibilitando que a leitura pelo investigador e entendimento pelo investigado ocorram sem maiores dificuldades (GIL, 2009).

#### 4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE – FAMENE João Pessoa – PB e encaminhamento de Ofício pela Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE, Mossoró-RN, protocolo: 02/13, CAAE: 12242713.1.0000.5179. Realizou-se a coleta de dados, através da aplicação de entrevistas, que foram gravadas com um MP4 e, posteriormente, transcritas na íntegra para avaliação e discussão dos dados. Sendo a coleta realizada no mês de fevereiro a março do ano de 2013.

Marconi e Lakatos (2007) cita que a entrevista é um encontro entre duas pessoas, afim de que uma delas obtenha informações a respeito do que as entrevistadas sabem, crêem, esperam, sentem ou desejam, diante do assunto abordado para a coleta de dados para a pesquisa.

Antes da aplicação do instrumento, as participantes foram informadas quanto aos objetivos e metodologia da pesquisa, bem como em relação à garantia do sigilo das informações, as adolescentes que aceitaram participar da pesquisa assinaram os Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APENDECE A)

#### 4.6 ANÁLISE DE DADOS

Dentre os procedimentos metodológicos para análise dos dados quantitativos, estes foram interpretados a partir de técnicas estatísticas, representados por gráficos e posterior interpretação destes, oferecendo ao pesquisador entendimento da literatura. De acordo com Marconi e Lakatos (2010) este procedimento utilizado com habilidade pode evidenciar de forma clara e precisa para uma melhor compreensão, podendo ser utilizada na forma de gráficos analíticos ou informativos.

Outra forma metodológica utilizada foi à análise qualitativa, desenvolvida através da técnica do discurso do sujeito coletivo (DSC) que obedece aos passos operacionais do DSC dentre eles estão: a leitura do conjunto dos depoimentos coletados nas entrevistas; a leitura da resposta a cada pergunta em particular, marcando e analisando as expressões-chave e ideias centrais selecionadas de cada respostas, agrupando as semelhantes em conjuntos homogêneo; identificação e nomeação da ideia central do conjunto homogêneo, que será uma síntese das ideias centrais de cada discurso; construção dos DSC de cada quadro obtido na etapa anterior, onde será atribuído um nome ou identificação para cada um dos discurso do sujeito coletivo através desses critérios serão interpretados e discutidos os dados referentes à pesquisa (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

De acordo com Lefèvre e Lefèvre (2005) o discurso do sujeito coletivo permite entender e reconstruir a natureza dos discursos e argumentação do pensamento sem modificá-lo, considerando o significado do conteúdo do depoimento dos participantes. Esta estratégia metodológica visa tornar mais clara uma dada representação social e o conjunto das representações que conforma um dado imaginário. Dessa forma, é possível visualizar o pensamento humano sob a forma de um discurso, após ter sido analisado e interpretado pelo pesquisador.

#### 4.7 POSICIONAMENTO ÉTICO DO PESQUISADOR

O homem sendo um ser em busca do conhecimento, e muitas vezes a mesma ultrapassam os limites do que é certo e errado, por isso é necessário o uso da ética, bioética e legislação que impõe um limite e orienta que a mesma seja realizada de forma harmônica em conformidade com os interesses individuais e coletivos. (FONTENELLE, 2003).

Esta pesquisa foi realizada levando em consideração os aspectos éticos em Pesquisa, Envolvendo Seres Humanos, contidos na Resolução 196/96 do CNS- Ministério da Saúde que dispõe sobre o envolvimento direto ou indireto com seres humanos em pesquisa

(BRASIL,1996), como também os que regem a Resolução 311/2007 do COFEN, que trata do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (BRASIL, 2007).

#### 4.8 FINANCIAMENTO

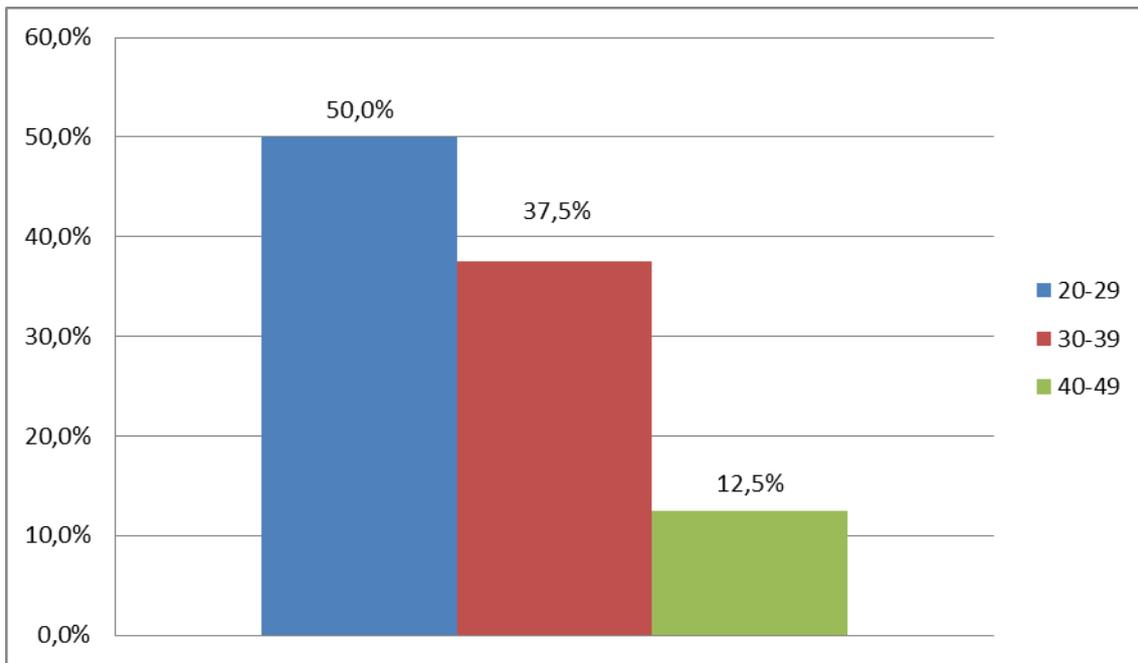
Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de responsabilidade da pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança disponibilizou as referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como orientadora e banca examinadora.

## 5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

A apresentação e a discussão dos dados foram obtidas através das respostas das participantes entrevistadas, formado por duas partes: dados gerais das gestantes entrevistadas e dados relacionados à temática, pré-natal: percepção das gestantes sobre a qualidade da assistência em uma unidade básica de saúde no município de Mossoró. Os dados foram apresentados no formato de gráficos, seguidos da análise e discussão, fixando o referencial teórico relacionado ao tema da pesquisa.

### 5.1 DADOS GERAIS

**Gráfico 1** – Dados referentes à idade das participantes da pesquisa. Mossoró-RN



**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

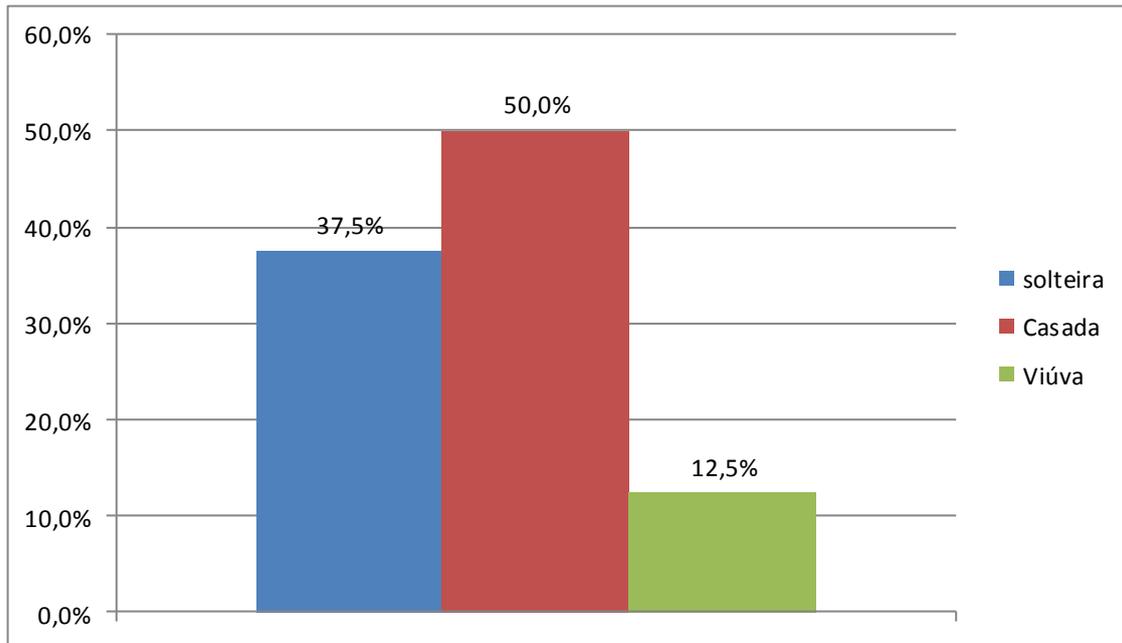
O número de gestantes participantes da pesquisa foram oito, com idade de 21 a 43 anos. Onde observa-se no gráfico 1 que 50% das gestantes tem idade de 20 a 29 anos, 37,5% se inclui no grupo de 30 a 39 anos e 12,5% são pertencentes ao grupo de 40 a 49 anos.

Estudos científicos, afirmam que a faixa etária ideal para as mulheres engravidar é de 20 a 30 anos, pois o aparelho reprodutor feminino está desenvolvido e amadurecido para receber o feto e garantir uma gestação mais segura (MADEIRA; 1997, apud REIS, [2010]).

De acordo com Brasil (2011), no que se refere aos municípios de maior porte, constata-se que a faixa etária das mães é de idades mais avançadas do que nos municípios de menor porte.

**Gráfico 2** – Dados referentes ao estado civil das participantes da pesquisa. Mossoró-RN.

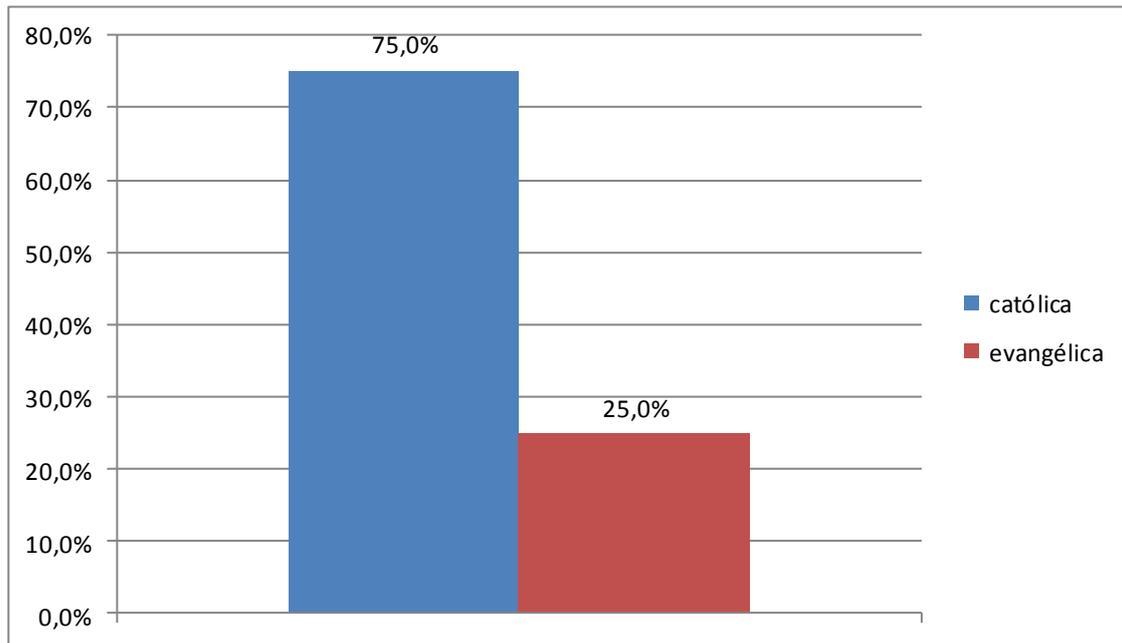
**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).



Pode-se observar que o gráfico 2 demonstra que 37,5% das gestantes relatam estarem solteiras, mais convivem com o pai da criança. Outros 50% das gestantes convivem com seus companheiros e filhos. E 12,5% encontra-se em estado de viuvez.

Durante a gravidez, a vida de um casal torna-se diferenciada, no que se refere às adaptações físicas e emocionais. O corpo da mulher passa por alterações hormonais e o homem tenta adequar-se a estas modificações durante o período gravídico puerperal. Estudos científicos apontam que a participação do homem, durante todo o período gestacional da mulher, é de fundamental importância na preparação do exercício da paternidade, dando uma significativa contribuição ao equilíbrio afetivo do casal (COSTA et al, 2005).

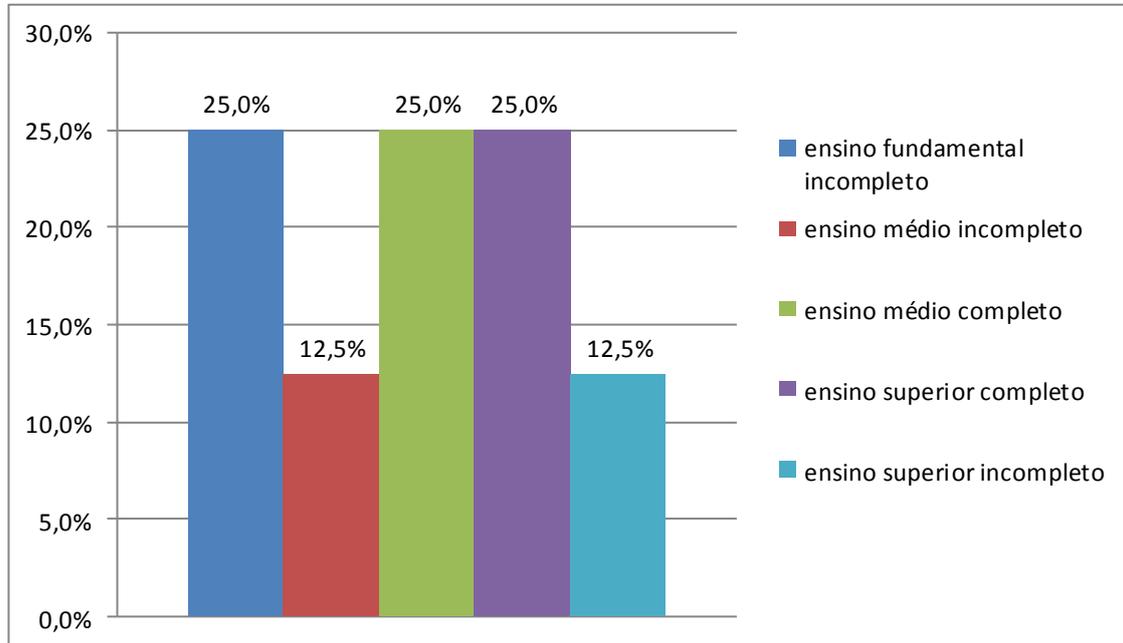
**Gráfico 3** – Dados referentes à religião das participantes da pesquisa. Mossoró-RN.



**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

Os dados do gráfico 3 apresentado estão relacionados à religião de cada gestante. De acordo com as afirmativas das participantes 75,% informam ser de religião católica e 25,% da amostra declaram ser de religião evangélica.

**Gráfico 4** – Dados referentes à escolaridade das gestantes participantes da pesquisa. Mossoró-RN.

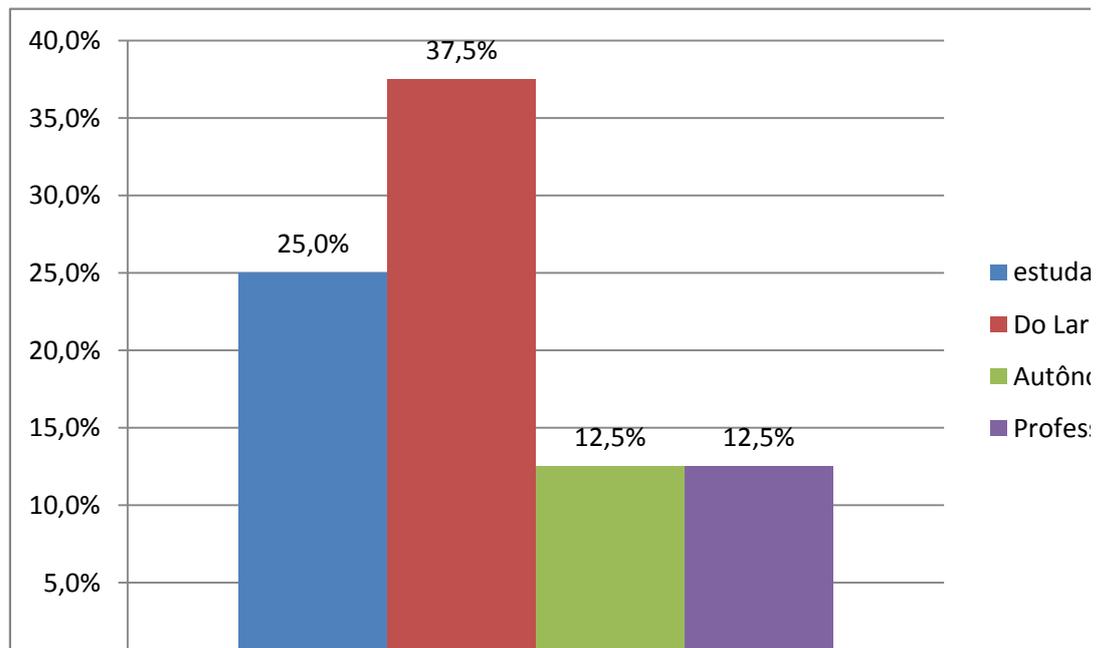


**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

Através do gráfico 4 observa-se que 25% da amostra da pesquisa apresenta nível de escolaridade baixo, ou seja, as participantes afirmam ter apenas o ensino fundamental incompleto, afirmam 25% que possuem ensino médio incompleto. Outros 25% afirmam ter ensino médio completo, tornando o nível de escolaridade mais avançado. E 12,5% abandonaram o ensino superior e percebe-se que 12,5% conseguiu concluir o ensino superior.

De acordo com Brasil (2011), a escolaridade materna é um dos pontos importantes em estudos sobre fecundidade e mortalidade na infância. No Brasil, o aumento do nível de escolaridade materna tem seguido também o aumento da escolaridade da população. No entanto, observa-se que a escolaridade das mães é muito diferente quando se compara com o porte de cada município.

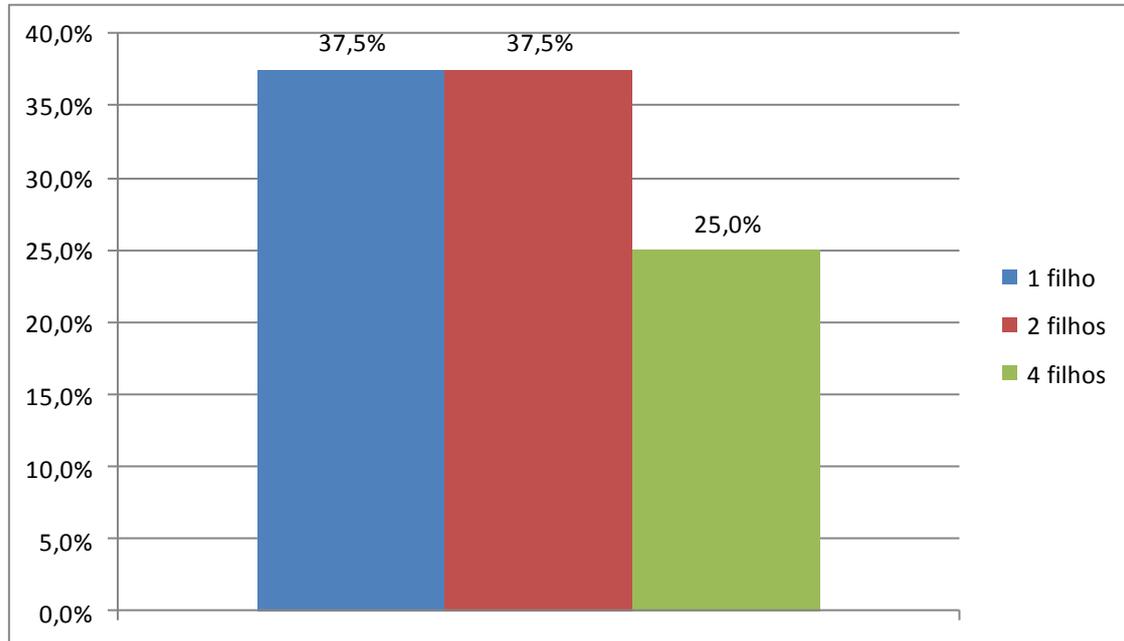
**Gráfico 5** – Dados referentes à ocupação das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.



**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

No que se referem à ocupação, as participantes afirmam em sua maioria 37,5% serem do lar, ou seja, não trabalham fora de seu domicílio. O gráfico mostra ainda um número maior de mulheres que se dedicam somente aos afazeres domésticos e sua família, não tendo uma profissão exata que pode tornar-se útil para elas. Em outra parte 25% informam ter uma ocupação, autônoma. Podemos ver como ponto positivo da pesquisa que 25% são estudantes, e as demais 25% professoras.

**Gráfico 6** – Dados referentes à quantidade de filhos das participantes da pesquisa. Mossoró/RN.



**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

Este gráfico mostra a quantidade de filhos de cada participante. Em sua maioria, 37,5% informam está em sua primeira gestação. Outras 37,5% têm apenas um filho, sendo assim sua segunda gestação, já 25% das mesmas ressaltam ter três filhos e se encontram na quarta gestação. Este gráfico mostra que as mulheres estão tendo uma maior precaução no que se refere à gestação, pois na atualidade existem vários métodos contraceptivos para evitar uma gravidez inesperada. (BARROS, 2009).

## 5.2 DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA

**Quadro 1:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: O que você entende por assistência ao pré-natal?

IDÉIA CENTRAL I	DSC
<b>Importante</b>	<i>Importante para criança e para mãe (...) Acho boa, e é importante essa assistência que agente tem no pré-natal(...) É importante por que acompanhamento e gestação(...) Importante faz parte da gestação(...) É importante por que ajuda no parto.</i>

IDÉIA CENTRAL II	DSC
<b>Orientação</b>	<i>Orienta sobre a saúde e previne doenças(...) esclarece nossos direitos e dar informações adequadas; Eu entendo que é uma orientação para que as mães prossigam bem durante a gestação;</i>
IDÉIA CENTRAL III	DSC
<b>Previne doenças e complicações</b>	<i>Ajuda a prevenir complicações na gravidez tanto para a mãe quanto para o bebê (...). Orienta sobre a saúde e previne doenças.</i>
IDÉIA CENTRAL IV	DSC
<b>Acompanhamento da gestação</b>	<i>E acompanha o desenvolvimento do bebe e a saúde da mulher.</i>

**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

Observa-se no quadro 1 que a percepção das gestantes sobre o que é uma assistência de pré-natal e a mesma foi classificada em quatro ideias centrais: Importante, orientação, prevenção de doenças e complicações e acompanhamento da gestação.

Como podemos ver na ideia central I há um significado de importância e necessidade, pois proporciona as gestantes de fato a condição de saúde da criança e da mãe. Nesse contexto Brasil, (1998) destaca que a assistência pré-natal constitui em um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de acompanhar a evolução da gestação e promover a saúde e bem estar da gestante e da criança.

Na ideia central II, as participantes relatam terem iniciado o pré-natal, pois queriam ter acompanhamento da gestação pelo profissional. De acordo com Brasil (2005) cita que o papel da equipe de saúde se faz necessário para acompanhar as gestantes sobre suas expectativas, medos, dúvidas, anseios acerca da gestação, preparando essa mulher para gestação e sua nova condição. Aonde os profissionais venhão acolher, dar apoio psicológico desde o início da gravidez ao final assegurando uma gestação tranquila e o nascimento de uma criança saudável e garantindo bem estar materno infantil.

Na fala correspondente a ideia central III, as gestantes entendem o pré-natal como uma forma de Previne doenças e complicações, pois o mesmo oferece uma assistência adequada, onde o mesmo realiza exames e condutas que possibilitam a identificação e

redução de muitos problemas de saúde que possam surgir na gestação. Direcionando o acompanhamento ao bem estar da gestante e o bom desenvolvimento fetal. (BRASIL, 2002).

Nota-se que na ideia central VI, as gestantes percebem o pré-natal como um aprendizado, que no decorrer das consultas vão adquirindo conhecimento sobre a gravidez. Juntamente com a assistência que lhe é prestada são ofertado informações claras e objetivas sobre a importância do pré-natal, os cuidados que devem ter consigo mesma e o bebe, valorização da autoestima, apoio psicológico, preparando assim a mulher para gestação e maternidade. (SANT'ANA; COATES, 2006).

**Quadro 2:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Em relação sua gravidez atual, com quantos meses de gestação a senhora fez a primeira consulta?

IDÉIA CENTRAL I	DSC
<b>Meses variados</b>	<p><i>No Primeiro mês.</i></p> <p><i>No segundo mês.</i></p> <p><i>No terceiro mês.</i></p> <p><i>No quarto mês.</i></p> <p><i>No quinto mês.</i></p>

**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

No quadro 2 revela o período que as gestantes iniciaram o pré-natal. O programa de Humanização no pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelece que o número mínimo de consultas de pré-natal devem ser de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no ultimo trimestre. A maior frequência de visitas visa avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínicos obstetras mais comuns nesse trimestre. (BRASIL, 2005).

De acordo com o Ministério da saúde os agendamento das consultas do pré-natal devem ser realizados no início da gravidez até 32° semanas de gestação, as consultas serão realizadas mensalmente, com 32° de gestação até 36° semanas, as consultas serão realizadas quinzenalmente, a partir da 36° semana de gestação as consultas serão agendadas semanalmente até o parto. (BRASIL, 2006).

**Quadro 3:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão :Na sua opinião, o que contribui para uma assistência com qualidade?

IDÉIA CENTRAL I	DSC
<b>Bom profissional</b>	<i>Bom profissional (...). Atenção, bom profissional que saiba orientar (...). Está bem assistida por bons profissionais e enfermeiro competente.</i>
IDÉIA CENTRAL II	DSC
<b>Bom atendimento</b>	<i>Bom atendimento(...) ser bem recebida pelos profissionais(...) Um bom atendimento da equipe como todo.</i>

**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

No quadro 3 , fica evidente a satisfação das gestantes em realizarem o pré-natal nessa U.B.S, devido ao bom profissional e um bom atendimento recebido.

Brasil, (2006) destaca que é competência do Ministério da Saúde estabelecer políticas e normas para ofertar um pré-natal com qualidade. Além de dispor de equipamentos, insumos, instrumental e capacitação adequada para todos os profissionais.

**Quadro 4:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão : A senhora considera essa consulta importante para você e para o seu bebe? Por quê?

IDÉIA CENTRAL I	DSC
<b>Apoio psicológico</b>	<i>Apoio psicológico (...) dar apoio, segurança.</i>
IDÉIA CENTRAL II	DSC
<b>Orientações recebidas na gestação</b>	<i>Devido às orientações dadas na gestação (...) tira nossas dúvidas. (...).</i>
IDÉIA CENTRAL III	DSC
<b>O desenvolvimento do bebe</b>	<i>Pra ter um bom parto e a saúde do bebe, é importante por que diz como o bebe tá se desenvolvendo.</i>

IDÉIA CENTRAL IV	DSC
<b>Preparação da mulher para a gestação</b>	<i>Essas consultas norteia a mulher para gestação. (...) prepara a mulher para gestação.</i>
IDÉIA CENTRAL V	DSC
<b>Acompanhamento do bebe</b>	<i>ajuda a cuidar do meu filho e a mim também.</i>

Fonte: Pesquisa de campo (2013).

Na ideia central I, as gestantes relatam a busca do pré-natal não só para ter acompanhamento adequado, mais também o apoio psicológico e segurança para iniciarem essa nova etapa da vida.

A consulta de pré-natal representa para gestante, não somente a oportunidade de confirmação da gestação, mais também momento de apresentar seus medos, angustia e sentimentos a respeito da gravidez, do parto e da maternidade e a busca do apoio profissional. (ÁVILA et all, 2006).

Na idéia central II, de acordo com Rios (2007), a consulta do enfermeiro apresenta-se como um instrumento de suma importância, pois tem como objetivo garantir a extensão de cobertura e melhoria da qualidade do pré-natal, através de introdução de ações de promoção da saúde, preventivas e promocionais a gestante. É solicitado do profissional além da competência técnica, sensibilidade para compreender o ser humano com suas individualidades e particularidades de um modo integral, baseada na escuta e na ação do dialogo.

Na continuidade dos depoimentos é possível constatar que as gestantes acham de sumam importância comparecer as consultas de pré-natal para ter o devido atendimento e preparação da mulher para gestação, desenvolvimento e acompanhamento do bebe. Como podemos ver nas ideias central III, V e IV. Segundo Zampieri (2006), a consulta de enfermagem na gravidez é prestada a mulher durante a gestação buscando cuidar da saúde binômio mãe/filho e acompanhante, para exercer de os novos papeis de forma tranquila e saudável.

**Quadro 5:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: Por que a senhora retornou ao serviço?

IDÉIA CENTRAL I	DSC
<b>Apoio dado pelo enfermeiro</b>	<i>O apoio dado pela enfermeira</i>
IDÉIA CENTRAL II	DSC
<b>Bom atendimento</b>	<i>Devido ao bom atendimento da equipe (...) o bom atendimento recebido aqui (...) fui bem atendida.</i>
IDÉIA CENTRAL III	DSC
<b>Acompanhamento</b>	<i>Por que é necessário ter acompanhamento do início, durante e depois.</i>
IDÉIA CENTRAL IV	DSC
<b>Orientações</b>	<i>gostei das orientações dadas por todos (...) esclarecimento de dúvidas.</i>

**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

No quadro 5 as gestantes relatam terem retornado ao serviço para dar continuidade ao acompanhamento do pré-natal devido a uma assistência de qualidade prestada por toda equipe, evidenciado pelas divergentes ideias centrais I, III, III e IV que qualificam o atendimento prestado as mesmas, fazendo que retornem ao serviço.

O pré-natal deve ser acompanhado pela equipe de enfermagem de forma contínua e corriqueira, onde as orientações devem ser expostas as gestantes de acordo com seu tempo de gestação. O papel do enfermeiro deve abranger cuidados desde o diagnóstico da gravidez até o puerpério (BRASIL, 2005).

No decorrer das consultas de pré-natal, a equipe de enfermagem deve está atenta aos seus chamados expressivos, muitas vezes não ditos, por olhares, postura e reações. Pois, na consulta de enfermagem ocorrem trocas de evidências nas quais o enfermeiro está apto para ajudar. O mesmo deve estar atento para captar os anseios, está aberto e em conjunto com os envolvidos buscar ações que facilite a vivencia desse momento. (ZAMPIERI, 2006).

Para Rejane Antonelle Griboski e Dirceu Guilhem (2006) a aproximação da Humanização e assistência permite que a relação entre paciente e profissional de saúde seja

igual, sem presença de autoridade e desigualdade, realizando assim o resgate da autonomia da mulher sobre o seu parto.

Diante do exposto, é possível afirmar que as mulheres estão sendo estimuladas a fazer o pré-natal e estão respondendo a esse chamado. As gestantes acreditam que terão benefícios quando procuram os serviços de saúde, depositando confiança e entregando seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas a cuidarem delas (BRASIL, 2005).

No mesmo sentido, Carvalho (2002) declarou que na prática cotidiana dos serviços de saúde o acolhimento e a humanização da assistência são fatores de sua importância para que as grávidas se sintam seguras e retornem ao serviço, uma vez que o atendimento, a relação de confiança e amizade com os profissionais, onde a mãe seja informada sobre condutas e procedimentos, a garantia da privacidade, bem como, a educação sobre a influência do pré-natal para a saúde da mãe e do filho são ações que influenciam diretamente na adesão das mulheres a assistência pré-natal.

**Quadro 6:** Ideia central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à questão: O que acha da assistência pré-natal que tem recebido?

IDÉIA CENTRAL I	DSC
<b>Ótima</b>	<i>Ótima</i>
IDÉIA CENTRAL II	DSC
<b>Muito boa</b>	<i>Muito boa</i>
IDÉIA CENTRAL III	DSC
<b>Boa</b>	<i>Boa</i>
IDÉIA CENTRAL IV	DSC
<b>Regular</b>	<i>Regular</i>

**Fonte:** Pesquisa de campo (2013).

No quadro 6 diversas são as respostas articuladas pelas gestantes sobre a percepção da assistência pré-natal que tem recebido. Percebe-se nas ideias centrais de I a III satisfação e contentamento das mesmas e a ideia central IV consta-se a insatisfação do atendimento recebido.

De acordo com Pizzane, (2008) o pré-natal tem o objetivo de assegurar o nascimento de uma criança saudável com o mínimo de impacto na saúde da gestante, e relata também que a ausência de acompanhamento pré-natal está associada á mortalidade perinatal cinco vezes superior áquela encontrada nas pacientes com atendimento pré-natal regular.

Reato (2006) revela que a consulta pré-natal é um momento privilegiado de relação humana e deve ser pautado em três princípios fundamentais: confiança, respeito e sigilo. Para que isso aconteça é necessária uma relação profissional-paciente diferenciada, o mesmo atendido com integralidade respeitando a sua individualidade e particularidade.

Faz-se importante acolher a gestante com compreensão para permitir uma boa experiência afetiva e emocional, isto é, no proceder das consultas é importante e imprescindível estabelecer um clima de cordialidade, ouvindo a paciente e permitindo que ela fale de suas impressões, já que a gravidez é uma fase de mudanças físicas e psicológicas e que desperta fantasias e gera medo (GAIO, 2004).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O processo de qualidade da assistência pré-natal é algo complexo, e exige o conhecimento a cerca das estratégias buscando o aprimoramento, a capacitação e a conscientização da equipe de saúde sobre a importância e benefícios que uma assistência qualificada e humanizada pode viabilizar para a saúde materna e perinatal.

Com esse propósito o presente estudo, buscou investigar a percepção das gestantes sobre a assistência de pré-natal em uma unidade básica de saúde, como também, verificar o nível de satisfação das mesmas em relação ao atendimento recebido durante as consultas.

Vale dizer que a gestação é um evento essencialmente fisiológico na vida da mulher, podendo provocar tanto alterações físicas como emocionais, as quais geram sentimentos de ansiedade, medo e insegurança na grávida que vai necessitar de apoio familiar social e profissional.

Sendo assim, a consulta pré-natal é o elo entre profissional e usuária, através do qual a futura parturiente vai ser assistida para que a gravidez transcorra o mais saudável possível, e para tal o enfermeiro assume um papel elementar na prestação de cuidados com finalidade de identificar fatores capaz de prejudicar a saúde da mãe e do bebe, com o escopo de prevenir, promover, recuperar e ou tratar possíveis intercorrências.

Nesse sentido, é viável dizer que através desta pesquisa foi possível aprender que assistência pré-natal qualificada é um fator precordial para promover o bem estar materno-fetal, bem como, é algo de transcendental importância para adesão das grávidas ao serviço de pré-natal uma vez que um acompanhamento gestacional humanizado contribui diretamente para a satisfação e aceitação das gestantes em relação à assistência recebida.

Mediante os resultados obtidos observou-se que assistência pré-natal da unidade estudada enquadra-se nos parâmetros representativos de um atendimento qualificado, onde os profissionais acolhem as gestantes com atenção, transmitindo sentimentos de carinho e amizade, contribuindo tanto para a satisfação das mesmas como para a adequada evolução da gravidez.

Porém extraímos também dos dados colhidos e apurados, pontos negativos da assistência pré-natal da referida unidade os quais foram posteriormente analisados e discutidos, com intuito de promover melhorias no atendimento, através da conscientização dos profissionais sobre a importância de uma assistência integral.

Portanto espera-se que as lacunas emergidas nesse estudo possam servir de subsídios para os profissionais de saúde que se engajam na luta promissora em prol de uma assistência

pré-natal qualificada.

Diante disso as reflexões finais se consolidam com a perspectiva de termos conseguido atingir os objetivos propostos, onde se pensou que a divulgação dos resultados influenciaria na melhoria da assistência pré-natal, ao passo que serviria para construção de um pensamento crítico reflexivo acerca do tema abordado.

## REFERÊNCIAS

AMED, A. M e NAKAMURA, M. V. **Assistência pré-natal**. In: PRADO, F. C; RAMOS, J.; VALLE, J. R. Atualização Terapêutica. 22. ed. São Paulo: Ed. Durval, 2005.

ÁVILA, S.M.N; AYRES,R.C.V; PERREIRA, S.A.O.; VALETIM, W. Acolhimento no PSF: Humanização e solidariedade: O mundo da saúde em São Paulo,2006. Disponível em:< [http://www.scamilo.edu.br/pdf/mndo\\_saude/35/acolhimento\\_psf.pdf](http://www.scamilo.edu.br/pdf/mndo_saude/35/acolhimento_psf.pdf)>. acessado em 10 de mar de 2013.

BARROS, Sonia Maria Oliveira. (Org). **Enfermagem obstétrica e Ginecológica: Gui para Prática Assistencial**.2.ed.São Paulo: Roca,2009.

BONTEMPO, M. **Coleção Saúde e Sabedoria: O que você deve saber sobre gravidez**. São Paulo: Ed. Martin Claret LTDA, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde**. Rio de Janeiro: Ed. BENFAM, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **"Efetivando o Controle Social"**. Brasília, 2011. Disponível em: [http://conselho.saude.gov.br/web\\_comissoes/conep/index.html](http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/index.html) Acesso em: 30 abr. 2012

BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Brasil saúde 2012: uma análise da situação de saúde e de evidências selecionadas de impacto de ações de vigilância em saúde**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 21 abr. 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Urgências e Emergências Maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. 2 ed. Brasília, 2000.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**. 3 ed. Brasília, 2002.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Profissionalização de Auxiliares de Enfermagem: Cadernos do Aluno, saúde da mulher, da criança e do adolescente**. Brasília, 2003a.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Manual de parto, aborto e puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2003b.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: 2005 (série a e manuais técnicos). Disponível em: [http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05\\_0151\\_m.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/05_0151_m.pdf). Acesso em: 24 Maç de 2013.

\_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puérpereo: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília-DF, 2006.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem Materno-infantil**. 2. ed. Rio de Janeiro: Richmann Affonso editores, 2000.

BURTI, J. S.; ANDRADE, L. Z. de; CAROMANO, F. A. e IDE, M. R. Adaptações Fisiológicas do Período Gestacional. **Fisioterapia: Brasil**, v. 7, n 5, Ano. 7, p. 375-380, Set./Out. 2006.

CANDEIAS, N. M. F. Assistência Pré-natal: conhecimentos, atitudes e práticas de mulheres internadas no serviço de obstetrícia de um hospital do município de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, p 427-438, 1980.

CARLSON, B. M. **Embriologia Humana e Biologia do Desenvolvimento**. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 1996.

CARVALHO, I. L. E. Conhecimentos e Expectativas de Gestantes Nulíparas Sobre Sinais e Sintomas de Trabalho de Parto e Parto. **Nursing: Revista técnico - científica de Enfermagem**, São Paulo, Ano 7, n. 69, p. 34-37, Fev., 2004.

COSTA, S. F. G. et al. **Metodologia da Pesquisa: Coletânea de termos**. João Pessoa: Ed. Idéia, 2000.

COSTA, Maria Conceição Oliveira, et al. Gravidez na adolescência e co-responsabilidade paterna: trajetória sociodemográfica e atitudes com a gestação e a criança. **Ciênc. saúde coletiva.**, Rio de Janeiro, v.10, n.3, p.719-727, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232005000300028](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232005000300028)>Acesso: 23 jan. 2013.

FIGUEREDO, N.M. A. **Práticas de Enfermagem: ensinando a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul,SP: Yendes,2005.

FRANCO, D. A. S.; VIDO, M. D. Proposta de Instrumento de Coleta de Dados em consulta de Enfermagem em Ginecologia e pré-natal. **Revista Científica dos Profissionais de Enfermagem**, v.3, n. 3, p.146-147, Maio/Jun. 2004..

GAIO, D. S. M. Assistência Pré-natal e Puérpereo. In: SCHMIDT, M. I.; DUCAN, B. B e GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina Ambulatorial: Conduas de Atenção Primária Baseado em Evidências**. 3 ed. Porto Alegre-RS: editora, 2004.

GIL, A. C. **Métodos e Técnica de pesquisa Social**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

GILBERT, S. F. **Developmental Biology**. 8 ed. Sunderland: Sinawer Associates, 2006.

GRIBOSKI, R.A;GUILHEM,D. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento**. Texto contexto Enfermagem, Florianópolis, 2006.

LAGO, T. Atenção Obstétrica. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA NO BRASIL: DESAFIOS E ESTRATÉGIAS PARA AÇÃO. 1999. **Anais...** Brasília-DF, 1999.

LEFEVRE, F. ; LEFEVRE. A. M. C. V. **O Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque**

em pesquisa qualitativa (desdobramento). Caxias do Sul: EDUSC, 2005.

LIMA, D.R. **Manual de farmacologia clinica, terapêutica e toxicologia**. Rio de Janeiro: Ed Médici, 2003. v. 1.

MAIA, G. D. **Embriologia Humana**. São Paulo: Ed. Atheneu, 2000.

MARANHÃO, A. M. S. A. et al. **Atividades da Enfermeira Obstetra no Ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Ed. EPU LTDA, 2006.

MARCONI, M. A. LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 6ª ed; São Paulo: Atlas, 2007.

MORAIS, F.R.R.; GARCIA, T.R. **Gravidez na adolescência com a descoberta; Visão de Familiares**. Mossoró: UERN, 2003.

NASCIMENTO, F.; AQUINO, M. M. A. de. Intervenção Educativa na Hipertensão Gestacional. **Revista Nursing**, São Paulo, p. 22-24, Maio 2005.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE / UNICEF. **Assistência Materna visando à redução da mortalidade perinatal e neonatal**. Genebra, 1986.

OLIVEIRA, A. de; ALENCAR, N. G. Gestantes hipertensivas: crenças, mitos e conhecimentos permeando a adesão ao tratamento. **Tratados de Enfermagem**, São Paulo, v.2, n. 2, p.68-70, Jun., 2005.

PÁDUA, E. M. M. **Metodologia da Pesquisa: Abordagem Teórico-Prática**. 10. ed. São Paulo: Ed. Papyrus, 2004.

PIZZANI, C. B. **Pré-natal com fator protetor nas gestantes adolescentes para desfechos neonatais**. Florianópolis, 2008. Disponível em: <http://www.bibliomed.ccs.ufsc.br/TO0396.pdf>. Acesso em: 01 Mar. 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PRESTES, M. L. de M. **A pesquisa e a construção do conhecimento científico: do planejamento aos textos, da escola à academia**. 2 ed. São Paulo: Ed. Rêspel LTDA, 2003.

REIS, Guilherme F F. Alterações Fisiológicas Maternas da Gravidez. **Revista Brasileira de Anestesiologia**, v. 43, n. 1, p. 3-9, jan./fev., 1993. Disponível em: <asm.com.br/.../Alterações%20Fisiológicas%20Maternas%20na%20G...>. Acesso em: 08 maio. 2013.

REZENDE, J. de. **Obstetrícia Fundamental**. 7. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 1995.

\_\_\_\_\_. **Obstetrícia**. 10 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 2005.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia Fundamental**. 9 ed. Rio de

Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A, 2003.

REZENDE,J.; MONTENEGRO,C.A.B. **Obstetrícia Fundamental**.11.ed.Rio de Janeiro: Guanabara Koongan,2008.

REATO, L.F.N. SILVA, L.N. RANÑA, F. F. **Manual de Atenção á Saúde do Adolescente**. São Paulo, 2006. Disponível em: [http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual\\_do\\_Adolescente.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf). Acesso em: 04 Abr. 2012.

RIO CTF, Viera NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. v.20,n.1,2004.

SADLER, T. W. **Embriologia Médica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara Koogan S.A., 2000.

SANT'ANNA, M. J. C. Ética no atendimento d adolescente In: SÃO PAULO (Município). **Manual de atenção à saúde do adolescente**. São Paulo, 2006. Disponível em: [http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual\\_do\\_Adolescente.pdf](http://www.tele.medicina.ufg.br/files/palestras-material/Manual_do_Adolescente.pdf)> Acesso em: 02 Mar. 2013.

SILVA, J.C. **Manual Obstétrico Um Guia Prático para a Enfermagem**. São Paulo:Corpus, 2007

SILVEIRA, D. S. da; SANTOS, I. S. dos e COSTA, J. S. D. da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 01. p. 30-33, Jan./Fev. 2001..

STEPHENSON, R. G. e O'CONNOR, L. J. **Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia**. 2.ed. São Paulo: Ed. Manole, 2004.

WARREN, Ed. A Evolução da Assistência Pré-Natal. **Medical/Update**: Revista de Educação permanente em Clínica Geral, Brasília, v.11, Ano 2, p.11-15, Abr. 2004.

ZAMPIERI, M.F.M. **Cuidado Humanizado no Pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. ( Dissertação de Doutorado) Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.2006.

ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 1994.

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

**APÊNDICES**

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Esta pesquisa intitulada PRÉ-NATAL: PERCEPÇÃO DAS GESTANTES SOBRE A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE NO MUNICÍPIO DE MOSSORÓ/RN está sendo desenvolvida por MARTA LEONE HOLANDA, aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE sob a orientação da Professora Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa. A mesma apresenta os seguintes objetivos: Analisar a percepção de gestantes atendidas em uma Unidade de Saúde sobre a qualidade da assistência pré-natal; Caracterizar a situação socioeconômica das gestantes participantes da pesquisa; Verificar o nível de satisfação das gestantes em relação ao atendimento recebido durante as consultas de pré-natal; identificar o conhecimento das gestantes sobre o pré-natal.

Sua participação é de grande importância na realização desta pesquisa, por isso solicitamos sua contribuição. Informamos que será garantido seu anonimato, assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como, o direito de desistir da mesma em qualquer etapa sem sofrer qualquer prejuízo por isso. Ressaltamos que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Esclarecemos também que o resultado da pesquisa poderá ser divulgado em eventos científicos, periódicos e outros, tanto a nível nacional como internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome do senhor(a) será mantido em sigilo. As pesquisadoras estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos a contribuição do senhor(a) na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,

RG:....., concordo em participar dessa pesquisa declarando que concedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecido(a), estando ciente dos objetivos da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou consciente que receberei uma cópia desse documento assinado por mim e pelas pesquisadoras. Informamos que o referido trabalho apresenta risco mínimo, pois os benefícios superam os riscos físicos, psíquico, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual às participantes.

Mossoró RN, \_\_\_\_/\_\_\_\_/ 2012

---

Professora Karla Simões Cartaxo Pedrosa<sup>1</sup>  
Pesquisadora Responsável

---

Marta Leone Holanda<sup>2</sup>  
Pesquisadora Associada

---

Participante da pesquisa / testemunha

Ou



---

<sup>1</sup> Endereço: Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN. Cep: 59628-000.  
Telefone: (84) 3312- 0143. Email:

<sup>2</sup> Endereço: Rua Manoel Cirilo, 238, Boa vista – Mossoró/RN. Cep:59605-020 Tel: (84) 3321-5537.  
Email: [leoneh03@hotmail.com](mailto:leoneh03@hotmail.com)

APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados

**ROTEIRO DE ENTREVISTA**

**I – DADOS SOCIOECONÔMICOS DAS GESTANTES ENTREVISTADAS:**

- a. Idade: \_\_\_\_\_ anos
- b. Estado civil: ( ) Casada ( ) Solteira  
( ) Viúva ( ) Outro
- c. Religião: ( ) Católica  
( ) Evangélica  
( ) Outra
- d. Escolaridade: ( ) Sem estudos/Analfabeto  
( ) Ensino Fundamental Incompleto  
( ) Ensino Fundamental Completo  
( ) Ensino Médio Incompleto  
( ) Ensino Médio Completo  
( ) Ensino Superior Incompleto  
( ) Ensino Superior Completo  
( ) Outra
- e. Ocupação: \_\_\_\_\_
- f. N° de Filhos: ( ) De 0 a 3  
( ) De 4 a 6  
( ) De 7 a 10

**II – DADOS RELACIONADOS À TEMÁTICA**

- a. O que você entende por assistência ao pré-natal?
- b. Em relação a gravidez atual, com quantos meses de gestação a senhora fez a primeira consulta?  
( ) 1° mês ( ) 2° mês ( ) 3° mês ( ) 4° mês ( ) 5° mês ( ) 6° mês  
( ) 7° mês ( ) 8° mês
- c. Na sua opinião, o que contribui para uma assistência com qualidade?
- d. A senhora considera essas consultas importantes para você e para o seu bebê? Por quê?
- e. Porque a senhora retorna ao serviço?

f. O que acha da assistência pré-natal que tem recebido?

ótima    boa    regular    ruim    péssima

**OBRIGADA PELA COLABORAÇÃO!**

**ANEXO**