



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**ANA PAULA MACHADO DO NASCIMENTO
HELENA DOEGE
MARINA MONTE BABARDI**

**PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DA ATENÇÃO RECEBIDA NO PRÉ-
NATAL EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Professora orientadora:
Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

**FLORIANÓPOLIS
2013**

ANA PAULA MACHADO DO NASCIMENTO

HELENA DOEGE

MARINA MONTE BABARDI

**PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DA ATENÇÃO RECEBIDA NO PRÉ-
NATAL EM DUAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE**

Trabalho de Conclusão de Curso, referente à disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162), apresentado à banca avaliadora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como um dos requisitos para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Professora Dr^a. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

FLORIANÓPOLIS

2013



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 3721-9480-37219399 Fax (048) 3721-9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II

**PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO**

O Trabalho de Conclusão de Curso intitulado: **"Percepções de gestantes acerca da atenção recebida no pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde"** de autoria das acadêmicas Ana Paula Machado do Nascimento, Helena Doege e Marina Monte Babardi, cumpre no meu entender, de maneira notória o último dos requisitos para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem. Apresenta-se adequadamente estruturado, bem redigido, com sequência lógica, coerência, consistência de conteúdo metodológica e de interpretação. O tema é extremamente relevante e atual, trazendo contribuições importantes para a atenção à gestante no pré-natal. Parabênizo as acadêmicas pela maneira primorosa, dedicada, ética e responsável com que conduziram o estudo.

Prof. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos
Orientadora

AGRADECIMENTOS

Ana Paula

Agradeço primeiramente a Deus que me concedeu disposição, saúde, interesse e força de vontade durante todo o curso de graduação para que ele transcorresse da maneira mais harmoniosa possível, por ter me dado sede de conhecimento, despertado o meu interesse e me feito sempre querer saber mais. Sei que o Senhor sempre esteve por trás da vontade de acordar para um dia de estágio mesmo após uma noite mal dormida.

Agradeço aos meus pais Pedro Paulo Xavier do Nascimento e Ivonete Machado, que sempre estiveram presentes e foram extremamente amorosos em todos os momentos, confortando, auxiliando e estando por perto sempre que necessário e mesmo quando não, só pelo simples fato de quererem estar por ali.

Agradeço a minha mãe por passar meus jalecos quando isso parecia uma missão impossível para mim. Agradeço ao meu pai por acordar todos os dias de plantão comigo e me acompanhar até o ponto de ônibus. Muito obrigada por me tornarem a pessoa que eu sou hoje. Sou dependente eterna do amor de vocês.

Agradeço a todos os meus familiares e amigos por se mostrarem presentes, pacientes e carinhosos durante o transcorrer de toda a graduação e também e especialmente durante a elaboração deste trabalho.

Agradeço imensamente a minha avó Irma Xavier do Nascimento, por ter cuidado de mim quando eu era muito pequena, por ter me ensinado valores que levarei comigo para sempre. Agradeço as meias de tricô, a polenta frita e os bolinhos de chuva, os lenços bordados, os conselhos e a paciência absurda de suportar todas as minhas queixas e anseios. Muito obrigada por existir e ainda mais por fazer parte da minha vida. Vó, amo muito você.

Gostaria de enfatizar um agradecimento especial para a minha amiga, parceira, cúmplice, confidente e prima Bruna, que esteve presente em todas as situações importantes de minha vida e que contribuíram muito para a pessoa que sou e para as conquistas que realizei, foi excepcionalmente bom ter tido o prazer de viver contigo.

Agradeço imensamente a nossa orientadora, Prof. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, que sempre se mostrou presente e paciente em realizar as inúmeras correções para que este trabalho tomasse o melhor curso possível e cumprisse o seu objetivo.

Agradeço muito por Deus ter colocado em meu caminho, duas pessoas tão maravilhosas quanto as minhas queridas parceiras de TCC, Helena Doege e Marina Monte

Barardi. Sem a participação e dedicação de todas nós isso jamais teria acontecido. Nunca irei me esquecer das risadas, do companheirismo e do ombro amigo quando ele se mostrou necessário, vocês foram “as melhores”.

Agradeço a todos os profissionais do Centro de Saúde do Itacorubi, em especial nosso Supervisor o Enfermeiro Roberto Antônio Ferreira da Cunha, quem nos acompanhou e auxiliou durante todo o semestre, enriquecendo o nosso conhecimento e favorecendo a todo o momento o desenvolvimento de um estágio tranquilo e que todas nós iremos nos lembrar a todos os momentos. Um agradecimento mais que especial ao coordenador do Centro de Saúde Adalton Vieira, pela receptividade e espaço oferecido que resultou em um ótimo trabalho. Todos foram extremamente importantes para o bom desenvolvimento de nosso estágio e para a conclusão do curso de maneira maravilhosa e proveitosa, sem o apoio, carinho e compreensão de todos vocês isso não teria sido possível. Foi um privilégio fazer parte desta equipe. Agradeço também a todo o pessoal do Centro de Saúde Saco Grande que nos permitiu a realização da coleta dos dados para a elaboração deste trabalho.

À toda a equipe do Centro de Saúde Monte Cristo, onde atuei como bolsista do programa PET- Saúde por 2 anos, que mostraram importantes lições não só acadêmicas, mas também de vida, as quais levarei para toda a minha carreira profissional, vocês foram fundamentais para que eu soubesse o tipo de profissional que desejo ser e o nível de comprometimento qual minha escolha exige.

Gostaria de agradecer a Marília, Professora Márcia e ao Professor Orlando, por terem me fornecido a oportunidade de trabalhar com eles durante dois anos, qual aprendi muito sobre parasitas, mas principalmente o valor e o prazer que é trabalhar com pessoas tão maravilhosas e notáveis quanto cada um de vocês foi para mim.

Agradeço ao Professor Mário Stendel, por ter me dado a oportunidade de realizar iniciação científica em seu laboratório por quase um ano, onde tive a chance de aprender muito. A todos os iniciantes científicos, Mestrandos e Doutorandos e Pós- Doutorandos do Laboratório de Protozoologia da UFSC, o meu muito obrigada a vocês: Maiko, Milene, Greicy, Gustavo e a minha querida parceira de experimentos Gil.

Gostaria de agradecer a todas as gestantes que voluntariamente e sem nenhum retorno se dispuseram a participar de nossa pesquisa, sem as quais a conclusão deste trabalho jamais teria acontecido. Vocês foram extremamente importantes, agradeço muito pela colaboração de todas.

Agradeço a todos os pacientes maravilhosos que eu tive a oportunidade de acolher e de também ser acolhida, sem vocês nenhum aprendizado poderia ter se tornado possível. Vocês nos deram oportunidade de construirmos o perfil profissional que hoje podemos nos orgulhar de ter.

Aquele que habita no esconderijo do Altíssimo, à sombra do Onipotente descansará. Direi do SENHOR: Ele é o meu Deus, o meu refúgio, a minha fortaleza, e nele confiarei.

(SALMOS 91:1-2)

Helena Doege

Neste momento vivo uma realidade que parece um sonho. Para chegar até aqui foi preciso muito esforço, determinação, força, fé, paciência e ousadia. E nada disso seria possível se eu estivesse sozinha.

Primeiramente e acima de tudo agradeço a Deus, que por meio de Jesus Cristo, me permitiu chegar até aqui, pelo seu amor infinito, por todas as bênçãos e ensinamentos durante esta caminhada, por atender aos meus pedidos de ajuda e por nunca me deixar perder a fé nos dias de luta. E sei que também continuará a guiar minha vida daqui pra frente.

Agradeço a meus pais, Nelson Doege e Elisa Muller Doege, que mesmo longe estavam tão perto de mim. Somente vocês sabem quanto sacrifício fizemos para chegar até aqui. Obrigada pelo exemplo de força e coragem, pelo amor, carinho, paciência, orações, torcida, compreensão e conforto para enfrentar as dificuldades, decepções e fracassos. Vocês são um exemplo que quero seguir a vida toda. E também ao meu ursinho Neni que me acompanhou em todas as viagens e noites de sono.

Um agradecimento cheio de saudades à minha oma Gisela Doege. Como seria bom tê-la aqui do meu lado neste momento tão importante de minha vida. Mas já que a vida tem desígnios que não podemos reverter, trago a sua imagem e seu amor para dentro de mim. Te amarei para sempre.

À todos meus familiares que souberam entender a importância desta fase, que por tantas vezes justificou minha ausência, o meu muito obrigada.

Não posso esquecer-me de todos meus amigos e amigas que me apoiaram, corrigiram, me aturaram, e me fizeram saber que, antes de tudo, a vida sem eles não teria graça alguma. Que sejam poucos, que sejam loucos, mas que sejam verdadeiros.

Também sou grata a meus colegas de turma que me receberam de um jeito inigualável. Sempre me lembrarei de cada um de vocês com muito carinho. Mas agradeço principalmente

às minhas amigas Ana Paula Machado do Nascimento e Marina Monte Barardi. Em vocês encontrei verdadeiras irmãs. Nunca me esquecerei das risadas, aventuras, cumplicidade, apoio, dos dias de luta e dos dias de glória.

À Prof. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, nossa querida orientadora, que, com muita paciência e atenção, dedicou do seu valioso tempo para nos orientar em cada passo deste trabalho.

Agradeço ao Enfermeiro supervisor Roberto Antonio Ferreira Cunha e ao coordenador do Centro Saúde Adalton Vieira que nos concederam autonomia e espaço para a realização de um ótimo estágio e a toda equipe do CS Itacorubi por nos receber tão bem durante este semestre e se tornarem nossos grandes amigos. Nunca me esquecerei de toda a torcida pela aprovação do TCC no Comitê de Ética. Agradeço também a todos do Centro de Saúde Saco Grande pela permissão e apoio para a coleta dos dados de nossa pesquisa.

À todas as gestantes entrevistadas que puderam doar um pouco do seu tempo para que a realização deste trabalho fosse possível.

Enfim, a todos aqueles que contribuíram direta ou indiretamente na conclusão desta etapa e na elaboração deste trabalho, meus sinceros agradecimentos.

“Ó minha alma, louve ao Deus Eterno e não se esqueça, de quanto ele é bom.”

(SALMO 103:2)

Marina Monte Barardi

O meu profundo e sincero agradecimento a Deus, por permitir através de seu amor que permeia todas as coisas e seres, que essa etapa tenha sido superada e concluída. Obrigada pela saúde e disposição, que me permite fazer tudo que faço. Obrigada por me permitir estar ao lado da família que tanto amo. Obrigada por me conceder o discernimento de saber o que é realmente importante na vida: que o universo é regido pela lei do amor.

Aos meus pais Célia Regina Monte Barardi e Antônio Mauro Barardi, por sua tamanha paciência e generosidade. Cada ensinamento e exemplo, com muito amor, contribuíram enormemente para quem sou hoje. Obrigada por me transmitirem a segurança e a tranquilidade de saber que no final tudo daria certo. Não existem palavras para expressar o amor e a gratidão que sinto.

Obrigada a Leonardo Rodrigues de Oliveira, por sua presença em minha vida, sua amizade carinhosa que sempre esteve ao meu lado nos momentos mais importantes. Obrigada

por compartilhar sua vida comigo, multiplicando a felicidade e dividindo as dificuldades. Um companheiro mais especial para mim não há. Amo-te e amo te amar.

Agradeço aos meus irmãos Guilherme Monte Barardi e Mariana Monte Barardi, pelo companheirismo, cumplicidade de dividirmos não só brincados e broncas, mas uma vida cheia de aventuras, presentes divinos, perdas e conquistas. É para mim um presente insubstituível tê-los ao meu lado nessa caminhada da vida. Aprendo todos os dias com vocês, a enxergar as virtudes e relevar as falhas com amorosidade, de todos com quem convivo diariamente.

Aos amigos: Obrigada principalmente a Ana Paula Machado do Nascimento e Helena Doege, com quem partilhei tanto dessa trajetória. Dividimos medos, conflitos, angústias, consolos, mas também bons momentos de risadas e companheirismo. Como teria sido difícil e sem graça sem a presença de vocês! Obrigada pela paciência de tantos e tantos trabalhos em grupo e e-mails trocados! Vocês foram verdadeiras e muito especiais amigas e guardarei os momentos que dividimos juntas com carinho para sempre. E espero, é claro, que venham muitos outros!

Às gestantes que participaram do nosso estudo, obrigada por sua boa vontade de compartilhar suas experiências e percepções. Sem suas disponibilidades, nosso trabalho não se concretizaria. Muito obrigada.

Obrigada a Professora e orientadora Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos pela sua dedicação e honrosa experiência que tanto contribuiu para que nossa pesquisa se concretizasse da melhor maneira possível. Obrigada por ser uma professora e orientadora tão querida, gentil e humilde.

Obrigada a todos os profissionais do Centro de Saúde do Itacorubi, principalmente ao Enfermeiro Roberto Ferreira da Cunha, que dedicou seu tempo e ensinamentos valiosos, que contribuíram de forma positiva em minha formação. Obrigada ao coordenador do Centro de Saúde Adalton Vieira, por nos receber tão bem nesse campo de estágio e confiar em nosso trabalho, muito obrigada. Agradeço também ao pessoal do CS do Saco Grande pelo espaço concedido para a coleta dos dados que culminaram no desenvolvimento deste trabalho.

A todos, que mesmo não nomeados aqui, serão lembrados e foram importante alguma forma nesse trilhar. Obrigada, obrigada, obrigada.

*Eu contemplo o mundo, onde o Sol reluz, onde as estrelas brilham,
onde as pedras dormem, onde as plantas vivem, e vivendo crescem,*

onde os bichos sentem e sentindo vivem, onde já o ser humano ,tendo em si a alma, abrigou o espírito. Eu contemplo a alma que reside em mim. O Divino Espírito Age dentro dela, assim como atua a luz do Sol. Ele paira fora, na amplidão do espaço, e nas profundezas da alma também. A Ti eu suplico, Ó Divino Espírito, que bênçãos e forças, para o aprender, para o trabalhar, cresçam dentro em mim (RUDOLF STEINER, 1916, p.1).

NASCIMENTO, A.P.M.; DOEGE, H.; BARARDI, M. M. **Percepções de gestantes acerca do cuidado recebido no pré-natal em duas Unidades Locais de Saúde.** 2013. 86f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

RESUMO

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, que objetivou identificar as percepções de gestantes acerca da atenção recebida no pré-natal em duas unidades básicas de saúde. As participantes do estudo foram 30 gestantes atendidas em duas Unidades Básicas de Saúde da cidade de Florianópolis - SC, que se encontravam ao término do segundo ou no terceiro trimestre gestacional, com idade superior a 18 anos, independente do estado civil, escolaridade e etnia. O estudo foi realizado no período de março a junho 2013. A coleta de dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e concluída quando ocorreu a saturação teórica, sendo os dados organizados de acordo com a técnica de análise de conteúdo temática de Bardin (1979), que inclui as etapas: pré-análise com exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Para a realização do estudo foram consideradas as prerrogativas exigidas pela Resolução n. 196/1996 (BRASIL, 1996), sendo o projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e pelo Departamento de Integração Ensino-Serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis - SC. Da análise dos dados emergiram duas categorias, a saber: aspectos positivos e aspectos negativos relacionados às percepções das gestantes acerca do cuidado recebido no pré-natal, cada uma com suas subcategorias. No que diz respeito à primeira, identificou-se as seguintes subcategorias: Satisfação e segurança no cuidado recebido no pré-natal; Comparação do cuidado recebido quanto aos locais do parto gestações anteriores e quanto ao local de atendimento; Compreensão das informações recebidas no pré-natal; Lei do Acompanhante: segurança na presença do companheiro; Interesse e participação do parceiro no processo gestacional. Destas, a satisfação foi a subcategoria mais predominante, indicando que atualmente, este serviço vem sendo ofertado de modo satisfatório. Em relação às subcategorias dos aspectos negativos, a que mais se sobressaiu foi a subcategoria relacionada aos obstáculos e dificuldades, destacando as limitações físicas da própria gestante em estar acessando a Unidade Básica de Saúde por barreiras geográficas e também devido aos obstáculos do “dia-a-dia” que impedem o parceiro de acompanhar a gestante nas consultas e nos exames, em especial pelo trabalho, que foi o fator que mais se destacou. Os resultados indicam que o grau de satisfação com o serviço de saúde ofertado é elevado, sendo que a atenção pré-natal se configura como um espaço onde as gestantes conseguem compreender melhor a evolução do processo gestacional e a importância de realizar o acompanhamento deste serviço. Considera-se que existem muitas informações a serem desvendadas e que o estudo se restringe a um determinado local, o que não fornece um amplo panorama sobre a assistência a nível nacional, no entanto os dados tornam-se válidos para a compreensão da assistência realizada pelo profissional que acolhe a gestante neste ambiente e avaliar como os aspectos positivos podem ser potencializados e como os aspectos negativos podem ser melhorados ou mesmo sanados.

Descritores: Assistência Pré-natal, Saúde Pública, Gestantes, Percepções.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 BREVE REVISÃO DE LITERATURA	17
3 REFERENCIAL TEÓRICO	23
3.1 POLÍTICA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN)	23
3.2 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER	25
3.3 PESQUISA NACIONAL DE DEMOGRAFIA E SAÚDE DA CRIANÇA E DA MULHER PNDS 2006	28
3.4 REDE CEGONHA: OBJETIVOS, PRINCÍPIOS, COMPONENTES E DIRETRIZES	28
3.5 ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL	32
3.6 CONSULTA MÉDICA E DE ENFERMAGEM Á GESTANTE	34
4 MÉTODO	37
4.1 TIPO DE ESTUDO	37
4.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	37
4.3 PERÍODO DE REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	38
4.4 LOCAL E CONTEXTO DO ESTUDO.....	38
4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	40
4.6 PROCEDIMENTOS DE ANÁLISE DOS DADOS.....	40
4.7 COMPONENTES ÉTICOS DO ESTUDO	41
5 RESULTADOS MANUSCRITO: "PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA"	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
REFERÊNCIAS	68
ANEXOS	71
APÊNDICE	78

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ATSM – Área Técnica de Saúde da Mulher
CAAEE – Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CCS – Centro de Ciências da Saúde
CEBRAP – Centro Brasileiro de Análise e Planejamento
CEPSH - UFSC – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina
CONEP – Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DML – Depósito/Material de limpeza
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
ESF - Estratégia Saúde da Família
IBOPE – Instituto Brasileiro de Opinião e Estatística
NASF – Núcleo de Apoio À Saúde da Família
NEPO – Núcleo de Estudos de População
NOAS – Norma Operacional de Assistência à Saúde
ODM – Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
OMS – Organização Mundial da Saúde
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher
PSF – Programa Saúde da Família
RMM - Razão de Mortalidade Materna
RN – Recém Nascido
SAMU – Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SIH – Sistema de Informações Hospitalares
SISPRENATAL – Sistema Informatizado de Pré-natal
SUS – Sistema Único de Saúde
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS – Unidade Básica de Saúde
UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina
UNFPA – Fundo de População das Nações Unidas
UNICAMP – Universidade Estadual de Campinas

UNICEF – Fundo das Nações Unidas para a Infância

USP – Universidade de São Paulo

1 INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços obtidos na assistência gestacional, um pré-natal realmente efetivo constitui-se ainda num desafio para a saúde pública. A condição de atendimento às gestantes continua sendo uma questão delicada visto que a ampliação e qualificação do atendimento, do acolhimento, da classificação de risco e do diagnóstico às mulheres mostram-se necessárias. A ausência de controle pré-natal pode ser um fator desencadeador de riscos para a gestante ou o recém-nascido.

O pré-natal exige um acompanhamento minucioso durante todo o processo de gestação. De acordo com Zampieri (2005), além da atenção aos aspectos biológicos, é necessário envolvimento, compromisso, empatia, disponibilidade e respeito à clientela por parte do profissional de saúde. De acordo com esta autora,

O acompanhamento da gravidez visa assegurar o bem-estar materno e fetal; favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período; prepará-los para o parto e pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade. A ligação e a interação com o filho se iniciam neste período e vão sendo construídas durante toda a vida. O cuidado pré-natal promove, ainda, o exercício de comportamentos saudáveis pela mulher, tais como a boa nutrição, o exercício regular, as imunizações, e os “check ups”; propicia conhecimentos sobre a segurança infantil e doméstica e amamentação. Possibilita identificar e evitar comportamentos de risco, como fumar, beber bebidas alcoólicas e usar outras drogas (ZAMPIERI, 2005, p. 361).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), observa-se que acontece certa desvalorização dos registros (das consultas, exames e evolução do processo do pré-natal como um todo) nas instituições tanto públicas como nas privadas. Isto fica evidente ao se constatar um preenchimento deficiente das fontes, sejam elas prontuários, cartão de acompanhamento, ficha de evolução, partograma, entre outros. A carência dessas informações também contribui para um aumento dos erros terapêuticos, uma vez que dificultam uma intervenção adequada e uma melhor avaliação dos casos.

O Ministério da Saúde brasileiro estabeleceu o compromisso de reduzir a mortalidade materna. Neste contexto, a insuficiência de informações registradas se reflete na dificuldade da definição da causa básica do óbito. (BRASIL, 2010).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Razão de Mortalidade Materna (RMM) estima o risco de morte de mulheres ocorrida durante a gravidez, o aborto, o parto ou

até 42 dias após o parto, atribuída a causas relacionadas ou agravadas pela gravidez, pelo aborto, pelo parto ou pelo puerpério ou por medidas tomadas em relação a elas. A redução da mortalidade materna se constitui no quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM, 2010).

De acordo com o relatório intitulado “Tendências da mortalidade materna”, publicado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2012), o Banco Mundial, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2012) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF, 2012), o número de mulheres que morrem em consequência de complicações durante a gravidez e o parto diminuiu 34%, de uma estimativa de 546 mil casos em 1990 para 358 mil em 2008. Vemos que a taxa anual de declínio é menos da metade do que é necessário para atingir ODM número 5. Isso exigiria um declínio anual de 5,5%, enquanto a queda de 34% desde 1990 representa uma diminuição média anual de apenas 2,3%.

Segundo dados do Ministério da Saúde (2013), o Município de Florianópolis registrou no ano de 2012 um total de seis óbitos maternos devido a causas obstétricas diretas, porém neste ano de 2013, ainda não tivemos o registro de nenhum óbito até o momento.

Enquanto que o Estado de Santa Catarina registrou até maio deste ano, 3 óbitos, equivalente ao mesmo valor do estado do Rio Grande do Sul, em discrepância ao Estado do Paraná com 14 óbitos, sendo todas causadas por causas obstétricas diretas. E no âmbito nacional, o Brasil registrou 188 óbitos até o presente momento (BRASIL, 2013).

A pesquisa que se objetivou desenvolver tem como referencial teórico as políticas públicas brasileiras direcionadas à saúde da mulher, com ênfase especial àquelas que têm como foco a atenção no pré-natal, bem como as que trazem indicadores importantes sobre a saúde da mulher no Brasil, como a Rede Cegonha. Sabe-se que esta, ainda em fase de implantação, não apresenta um controle de qualidade rigoroso que indique ou reflita por que o Brasil ainda apresenta um alto índice de mortalidade materno-infantil, conforme ilustrado pelos dados acima.

Surgiu a partir de então a necessidade de analisar o ponto de vista de quem recebe esta assistência e por que de alguma forma não está havendo respaldo nestas orientações, que deveriam ser profiláticas as intercorrências geradas no momento do parto, que em geral se configura como a fase mais importante para a avaliação de como esta assistência se procedeu.

As hipóteses para isso são muitas e envolvem desde a capacidade e habilidade de o profissional que está ali, prestando esta assistência, tem em desenvolvê-la até o modo como a

informação se propaga para o usuário. O objetivo então é identificar o ponto de vista do principal ator, a gestante, sobre a percepção acerca do serviço prestado.

É de extrema importância para a prevenção de agravos, não só diagnosticar precocemente, mas propiciar as intervenções necessárias. Outra estratégia de relevância é a construção/aprimoramento ou a utilização de protocolos que guiem e uniformizem as condutas necessárias para casos específicos, sem, no entanto, deixar de lado o cuidado particular e singular que humanizam o atendimento.

Acreditamos que com determinadas diretrizes a serem seguidas, se atinja o objetivo de reduzir a transmissão vertical de determinadas doenças, como por exemplo, do HIV, garantindo a melhoria da qualidade da atenção à gestante portadora de algum tipo de complicação gestacional ou não. Outra consequência positiva seria a redução da mortalidade e morbidade materna e perinatal.

Também é essencial considerar a rede assistencial organizada e os encaminhamentos para que essa ampla assistência seja utilizada da melhor maneira possível, entre os níveis de atenção à saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), que garanta o acesso das gestantes e parturientes.

De acordo com Zampieri (2005), os profissionais que atendem o pré-natal devem estar atentos aos fatores de risco gestacional. Estes podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico. Estes podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar. A equipe de saúde deve estar capacitada e atualizada, ter segurança técnica e ter embasamento científico. Além disso, a gestante, principal protagonista deste processo, deve ser acolhida, ouvida e respeitada em todas as etapas do pré-natal.

Diante deste contexto emergiu a seguinte questão norteadora: quais as percepções de gestantes acerca da atenção recebida no pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde?

Em busca de respostas para essa questão, estabelecemos como objetivo deste estudo: identificar as percepções de gestantes acerca da atenção recebida no pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde.

Entendendo por percepção tudo o que pode ser encontrado na mente, tanto os objetos de nossas experiências (como sensações, sentimentos, paixões ou pensamentos) como para as próprias experiências (com os atos próprios de percepção, pensamento, sentimento ou vontade) (HERNÁNDEZ, 2012).

2 BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Um pré-natal seguro que conseqüentemente reduz a morbidade e a mortalidade materno-infantil, está relacionada ao número de consultas de pré-natal bem como a qualidade com a qual esta se processa, sendo então um aspecto primordial para o bom desenvolvimento da gestação a fim de assegurar para a mãe e o bebê o melhor atendimento possível.

A assistência ao pré-natal apresenta uma relação direta com os indicadores dos níveis de saúde das mães e seus filhos, pois sua ausência ou a má efetivação ou qualidade deste serviço poderá refletir em complicações sérias tanto maternas quanto para o neonato, visto que a ausência ou a baixa qualidade desta assistência está associada à taxa de mortalidade materna mais alta e a inadequadas condições de nascimento (SALVADOR et al., 2008).

Sabe-se que a gestação, ainda que como processo fisiológico, se configura como um processo que gera uma série de mudanças, físicas, psicológicas e sociais na mulher. Por conta disso surge à necessidade de estar realizando a avaliação deste serviço do ponto de vista de quem o recebe (PEIXOTO et al., 2010).

Trata-se de um período de significativas mudanças na vida da gestante e de quem participa da gestação. Implica em novas responsabilidades sociais, afetivas, legais, além de englobar uma série de expectativas na vida da mulher e sua família. (LEAL, 2012).

Durante o processo gestacional a mulher vai mudando de opinião com relação ao tipo de parto. Mais da metade ainda opta por realizar cesariana. A minoria realiza parto pela via vaginal. O principal motivo alegado pela preferência de realizar cesariana foi o medo da dor gerada pelas contrações (LEAL, 2012).

No final da década de 1990 o cuidado com a saúde da mulher no Brasil ainda apresentava, assim como hoje, muitos desafios a serem superados. Problemas referentes à qualidade propriamente dita, assim como aos princípios filosóficos do cuidado, centrado em um modelo medicamentoso, hospitalocêntrico e tecnocrático eram observados (SALVADOR et al., 2008).

A partir da criação do programa Estratégia Saúde da Família (ESF), houve nas últimas duas décadas, uma importante movimentação por parte do setor público brasileiro no âmbito da assistência básica em saúde, sendo que 1994, o Governo Federal lançou o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorientar o modelo assistencial por meio da oferta de cuidados nas unidades básicas de saúde (UBS) e com isso ocorreu um avanço considerável na assistência ao pré-natal, em especial nas áreas mais

carentes, tendo atualmente cerca de 30 mil equipes multiprofissionais presentes em aproximadamente 5,2 mil municípios brasileiros (CESAR et al., 2012).

O Ministério da Saúde brasileiro lançou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) impulsionado pela necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2000). Considerando a humanização o grande fio condutor, esse programa visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, e da assistência ao parto e ao puerpério (SALVADOR et al., 2008).

A humanização, como um dos pilares do PHPN, remete à qualidade do cuidado prestado no pré-natal tanto pelo envolvimento da mulher com sua família no processo de gestação e parto, quanto pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração do saber popular com o saber científico da equipe de saúde (SALVADOR et al., 2008).

Este aspecto deve ser levado em consideração como uma ferramenta potencial e também um obstáculo, uma vez que esta relação entre o cuidado prestado e recebido é algo que deve ser levado seriamente em consideração, onde uma vez mal atendido este usuário pode não retornar ao serviço. Surge a partir de então a necessidade de um profissional cada vez mais capacitado e com uma formação qualificada para preencher a esta demanda e cumprir o significado da humanização.

Esta dimensão educativa objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo, valorizando sua experiência de vida e contribuindo de forma relevante para a busca de sua autonomia. Para isso, as ações educativas devem superar o modelo biomédico de modo que valorizem as reais necessidades da gestante, considerando sempre seu contexto de vida/saúde. (LANDERDAHL et al., 2007).

Percebe-se ainda que outro aspecto que ainda necessita de mais atenção é a falta de consenso acerca da definição dos termos “humanização” e “cuidado humanizado”, pois estão sendo atribuídos a eles diferentes significados (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Na obstetrícia constata-se a ênfase dada à humanização no parto, não sendo conferida a mesma importância às demais etapas do processo de nascimento. Sabe-se que o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para que se alcance o objetivo final de um nascimento saudável, sendo fundamental para diminuição da morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, aquisição de autonomia e vivência segura

do processo de nascimento (compreendido desde a concepção até o pós-parto) (ZAMPIERI; ERDMANN; 2010).

Apesar da relevância desse cuidado ainda tem-se na prática que os programas governamentais parecem não alcançar a efetividade esperada, pois alguns estudos relatam que o problema relacionado à mortalidade materno-infantil ainda é persistente. A atenção à saúde da gestante no âmbito público está aquém das necessidades e expectativas das gestantes e do que os profissionais almejam, havendo hipervalorização da doença em detrimento da promoção e da qualidade de vida da gestante. (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Sabe-se que é o profissional de saúde quem recebe e acolhe a mulher no processo da gestação. Por isso, ele deve estar atento a vários aspectos, pois além do processo de gestação, que será o foco de sua assistência e todas as mudanças físicas trazidas por ela, ainda é necessário atentar, a uma diversidade de fatores de ordem emocional, econômica e familiar e que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento prestado (PEIXOTO et al., 2010).

Ainda nos dias de hoje evidenciamos fortes índices de morte materno-infantil que necessitam de uma resolução e uma melhor interpretação sobre sua ocorrência. Partindo do pressuposto que é necessário conhecer algo para poder intervir sobre ele, surge a importância de identificar e definir problemas e potenciais, as faltas e falhas do serviço e apontar estratégias efetivas para o estabelecimento de prioridades ao executá-lo (PEIXOTO et al., 2010).

Olhando o problema, sob esta perspectiva, é importante enfatizar que os cuidados direcionados para a mãe e o bebê são indispensáveis para o aumento do conforto e da segurança integral, em especial quando isto é analisado do ponto de vista de promoção da saúde da mulher e da criança (SALVADOR et al., 2008).

A assistência ao pré-natal, na maioria das vezes, se constitui como uma atividade realizada em conjunto com o médico e com o enfermeiro, o que de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil, este profissional pode acompanhar integralmente o pré-natal de uma gestante de baixo risco (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

O enfermeiro, durante o pré-natal, se configura como quem busca ou deve buscar contribuir para a promoção da saúde da mãe e do bebê, através de informações e reflexões em relação à experiência da maternidade, as mudanças do corpo trazidas por ela e também pela adoção de práticas para manutenção da saúde e mudanças de hábitos para solucionar

problemas ocasionados pela gestação, o que envolve toda a parte de prevenção e promoção da saúde que este profissional deve estar realizando (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Em muitas instituições de saúde, na rede básica de saúde e nos Programas Saúde da Família (PSF) que estão amplamente difundidos no país, é esperado que os enfermeiros se responsabilizem pela assistência pré-natal, sendo que ele deve ser um profissional capacitado para o desempenho de tal função (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

Para tanto, o enfermeiro, no seu processo de formação, deve receber treinamento das habilidades necessárias para atingir a proficiência e competência no atendimento à gestante durante o pré-natal (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

O profissional de enfermagem é quem realiza tarefas que favorecem o aprendizado contínuo, exercendo seu papel de educador em saúde da gestante trabalhando na construção da qualidade da atenção ao pré-natal. As gestantes se constituem como o foco principal do processo de aprendizagem, porém o enfermeiro não pode deixar de atuar, igualmente, entre os companheiros e familiares, uma vez que conforme já citado, a gestação se configura como um processo de amplas transformações onde todos os elementos e variáveis trazidos por este processo devem articular juntos para que esta assistência se efetue do melhor modo possível (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

A assistência pré-natal reflete como se dará o processo de parto, logo é fundamental que a atenção durante a gestação seja de qualidade e, para que isso aconteça, é necessário que o profissional que desempenha esta assistência esteja o mais capacitado possível para o desenvolvimento desta competência, através de atividades de educação permanente, ofertadas pelas instituições de saúde ou ainda a busca do próprio profissional por especializações e qualificação na área.

A consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se quase sempre na realidade brasileira como um momento rotineiro, técnico, rápido sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas, o que pode ser visto nos altos índices de morte materno-infantil em toda a América Latina, surge assim à necessidade de avaliar a qualidade deste serviço e considerar o que pode ser melhorado do ponto de vista assistencial da consulta pré - natal realizada pelo enfermeiro (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Há uma preocupação por parte dos educadores em saúde e da enfermagem em especial, para que a formação dos futuros profissionais seja baseada não somente no desenvolvimento

de habilidades, mas também na aquisição de competências para o desempenho de padrões prescritos para a prática profissional (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

Discute-se a consulta de enfermagem à gestante como sendo um espaço educativo, gerador de vínculo, englobando também o cuidado para com os familiares envolvidos no processo. Entretanto critica-se a troca eventual de profissionais, apontando-se a necessidade de maior privacidade no atendimento. O estudo aponta para a necessidade de um redirecionamento da atenção à gestante que englobe suas expectativas e necessidades (LANDERDAHL et al., 2007).

Um pré-natal seguro que conseqüentemente reduz a morbimortalidade materno-infantil está relacionado ao número de consultas de pré-natal bem como a qualidade dessas consultas (CESAR et al., 2012).

Com isso ocorreu um aumento considerável na assistência ao pré-natal, sobretudo nas áreas mais carentes. O Ministério da Saúde no ano de 2000, através do PHPN destacou como propósito principal, a preparação das UBS para receber de forma humanizada a gestante, o recém-nascido e seus familiares, facilitando e assegurando o acesso, qualificando a cobertura e facilitando o acesso dos usuários (CESAR et al., 2012).

Sabe-se que a assistência pré-natal requer cuidados especiais no acompanhamento da mulher desde o início da gestação, buscando assegurar o bem-estar materno e neonatal. Esse período é caracterizado por mudanças que englobam diversos níveis (fisiológicos, emocionais, sociais, entre outros). Muitas vezes as consultas médicas, na atenção básica são muito rápidas, dificultando que as mulheres manifestem suas queixas, e dúvidas. Esse fator tem atraído à atenção de gestores de saúde, visto que se relacione aos altos níveis de mortalidade materna no Brasil (LANDERDAHL et al., 2007).

Torna-se necessário que os profissionais de saúde busquem subsídios para o planejamento, implementação e avaliação da assistência no pré-natal, com o intuito qualificar o atendimento fortalecendo a assistência (LANDERDAHL et al., 2007).

A atenção ao pré-natal, quando mediada pelo atendimento humanizado, possibilita um espaço onde a gestante pode expressar seus medos, angustias, dúvidas sobre as modificações que ocorrem, levando a criação de um vínculo entre a gestante e o serviço de saúde, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas (LANDERDAHL et al., 2007).

Os estudos aqui revisados enfatizam que a atenção pré-natal apresenta como objetivo primordial acolher a mulher desde o início da gravidez proporcionando como resultado final o

nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno. O que se efetivará através de uma assistência ao pré-natal humanizada, capacitada e holística.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico adotado no presente estudo está fundamentado nas políticas públicas brasileiras direcionadas à saúde da mulher, com ênfase especial àquelas que têm como foco a atenção no pré-natal, bem como as que trazem indicadores importantes sobre a saúde da mulher no Brasil. Assim sendo, inicialmente apresentamos o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS, de 2006 (Centro Brasileiro de Análise e Planejamento – CEBRAP, 2006) seguido da Rede Cegonha e por último o tema atenção pré-natal.

3.1 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) foi instituído através da Portaria GM, número 569, de 01/06/2000, pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000). Este considera como prioridades:

- concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país;
- adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal;
- ampliar as ações já adotadas pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos, e outras ações como a Maternidade Segura, o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, além da destinação de recursos para treinamento e capacitação de profissionais diretamente ligados a esta área de atenção, e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2002, p. 5).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento está pautado nos seguintes princípios:

- Toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;
- Toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

- Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério. E que seja realizada de forma humanizada e científica, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico. (BRASIL, 2002, p. 6).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002) baseia-se nos preceitos de que a humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é condição prioritária para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério.

Segundo o PHPN (BRASIL, 2002), ao iniciar-se o pré-natal, procura-se garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o bebê, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve a privacidade e a autonomia desses protagonistas.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), a humanização compreende aspectos fundamentais. Estes se referem à questão de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente agradável e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. Outro aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas (caracterizadas como “procedimentos de rotina”) não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, além de causarem possíveis riscos para ambos.

Além de preconizar e garantir uma série de procedimentos, o Programa integra três componentes, cada um com objetivos específicos como descritos a seguir:

Componente I - Incentivo à Assistência Pré-natal - objetiva estimular estados e municípios a realizarem o acompanhamento pré-natal adequado e o cadastramento das gestantes, de acordo com os princípios e critérios estabelecidos, instituindo, para tanto, incentivos financeiros no Cadastramento da Gestante, na Conclusão da Assistência Pré-Natal, No Parto.

Componente II – Refere à organização, regulação e investimentos na Assistência obstétrica e neonatal – Tem por objetivo o aprimoramento de condições operacionais e técnicas para a organização e regulação da assistência obstétrica e neonatal, através da estruturação de Centrais de Regulação e de sistemas móveis de atendimento pré e inter-hospitalares; e ainda financiamento a hospitais públicos e filantrópicos, integrantes do Sistema Único de Saúde. Estes hospitais devem prestar assistência obstétrica e neonatal, resultando no incremento da qualidade assistencial e da capacidade instalada.

Componente III – Nova Sistemática de Pagamento da Assistência ao Parto – Tem como meta a melhoria do custeio da assistência ao parto nos hospitais integrantes do Sistema de Informações Hospitalares - SIH/SUS. (BRASIL, 2002, p. 9).

Com relação ao funcionamento, o PHPN é executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde com as secretarias de saúde dos estados, municípios e Distrito Federal.

3.2 Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

No documento que se refere a tal política, encontramos seus principais objetivos, ações, estratégias, metas, fontes de recursos, mecanismos de operacionalização da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, e indicadores para o período de 2004 a 2007. Esta proposta de ação está contemplada no documento conceitual “Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes”, que amparou a elaboração do Plano Plurianual do Governo Federal. Com esta proposta objetiva-se construir um consenso nacional em torno da necessidade de se desenvolver políticas públicas de saúde para a mulher de forma integrada nos diversos níveis do sistema, buscando coerência e articulação entre elas.

Através da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) qual já se encontra instituída no município de Florianópolis (município do referido estudo) se definem medidas para aumentar o acesso e a garantir a qualidade das ações já tradicionalmente existentes nos níveis locais de saúde, propondo que sejam introduzidas na rede pública ações que dizem respeito a segmentos sociais excluídos da atenção, no que se refere às suas especificidades, que são: mulheres em situação de prisão, mulheres negras, indígenas, com deficiência, trabalhadoras do campo e da cidade, homossexuais e terceira idade. Para a sua aplicação, este plano de ação tem como princípio o reconhecimento das diferenças de organização e de desenvolvimento tecnológico entre as diversas regiões, estados e municípios brasileiros.

Dessa forma, deve contemplar a realidade de cada município, respeitando suas especificidades epidemiológicas e culturais e sua inserção nos diversos níveis de gestão definidos pela Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS). Da mesma forma, as propostas apresentadas consideraram a promoção da saúde, a ampliação do acesso aos serviços, a humanização e a melhoria da qualidade da atenção, as condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação da população e no reconhecimento de direitos (BRASIL, 2004a , p. 5).

Para viabilizar sua implementação e Plano de Ação no nível local, a Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM) do Ministério da Saúde, promove o apoio técnico e financeiro a 100% dos municípios pólos de microrregiões, para a elaboração de um Plano Regional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, com critérios recomendados por esta Área Técnica e pactuados com os estados e municípios.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a) algumas condições são fundamentais para a concretização desta proposta, como a decisão política dos secretários estaduais e municipais de Saúde, que se traduz no cumprimento do que estabelece a Emenda Constitucional, garantindo a alocação de recursos humanos e financeiros; o compromisso dos profissionais de saúde, na sua humanização e qualificação; a participação da sociedade civil organizada, dos movimentos de mulheres na elaboração, na implementação e no seguimento do referido Plano; o Ministério Público, para a garantia do cumprimento do princípio constitucional que traz a saúde como direito de cidadania e a atuação dos Conselhos Estaduais e Municipais de Saúde como instâncias que definem e controlam as políticas de saúde.

Com relação à Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), no que se refere à atual gestão, estas propostas possibilitam uma visão global das orientações do Ministério da Saúde, reconhecendo a necessidade de que ações intersetoriais sejam implementadas e pactuadas no que se refere a uma abordagem ampliada das questões de saúde.

Propostas neste Plano de Ação, as políticas de atenção à saúde da mulher, são resultados de um processo que envolve diversas áreas do Ministério da Saúde em que as ações apresentam interface com a saúde da mulher, cabe destacar: no âmbito da Secretaria de Atenção à Saúde, as áreas de Saúde do Idoso; Saúde do Adolescente e do Jovem; Pessoa com Deficiência; Saúde da População Presidiária; Saúde da Criança; Saúde do Trabalhador; Acidentes e Violência; Saúde Mental; Atenção Básica; Média e Alta Complexidade. Com relação às Secretarias, cabe aqui citar: Secretaria de Gestão Participativa; Secretaria-Executiva; Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde; Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos; e Vigilância em Saúde (Programa Nacional de DST/AIDS, Diretoria de Informações). Outras instâncias, como exemplo: Agência Nacional de Vigilância Sanitária (Sangue e Hemoderivados), Fundação Nacional de Saúde (Departamento de Saúde Indígena e Programa Nacional de Imunização). Além dessas, o Instituto Nacional de Câncer, o Datasus e

as áreas do Gabinete do Ministro: Assessorias de Comunicação e de Imprensa (BRASIL, 2004a).

Com relação ao Plano de Ação, da Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004a), deverá este ser implementado pelas Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, com apoio técnico e financeiro do Ministério da Saúde e em parceria com outros órgãos governamentais e instituições não-governamentais.

3.3 Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (CEBRAP, 2009), que faz parte da 5ª Fase da Pesquisa de Demografia e Saúde, ou seja, do projeto MEASURE DHS, conduzido em escala global, seguindo pesquisas comparativas. Com apoio da USAID, e em concordância com várias outras instituições internacionais, o MEASURE DHS tem como objetivo prover dados e análises para um amplo conjunto de indicadores de planejamento, monitoramento e avaliação de impacto nas áreas de saúde e nutrição de mulheres e crianças nos países em desenvolvimento.

A Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher, no Brasil, é a terceira na sequência de duas edições anteriores: Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno-Infantil e Planejamento Familiar, realizada em 1986 e a Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde, realizada em 1996 (CEBRAP, 1996).

Devendo cumprir, portanto, o duplo compromisso de comparabilidade nacional e internacional. Com o intuito de permitir a avaliação dos avanços ocorridos no país na última década acerca da saúde da mulher e da criança, a PNDS-2006 manteve a maior parte dos temas tratados em 1996, incorporando, por outro lado, novas questões em atenção aos avanços técnico-científicos, bem como às mudanças em curso na sociedade brasileira. Por exemplo, no módulo sobre anticoncepção, foram incluídas na lista dos métodos contraceptivos o preservativo feminino e a pílula do dia seguinte (CEBRAP, 1996).

No módulo sobre atividade sexual e casamento, o segundo foi substituído pela conjugalidade – houve uma ampliação do conceito de união a fim de incorporar, a união com parceiro do mesmo sexo, com ou sem coabitação. Foram incluídas questões sobre as percepções das mulheres sobre as alterações em suas vidas decorrentes de terem engravidado antes dos 20 anos de idade ou de não terem engravidado até os 30 anos, no módulo sobre intenções reprodutivas e planejamento da fecundidade (CEBRAP, 1996).

A referida pesquisa teve como metas principais caracterizar a população feminina em idade fértil e as crianças menores de 5 anos segundo fatores socioeconômicos, culturais e demográficos; identificar padrões de conjugalidade, parentalidade e reprodutivos; identificar perfis de morbimortalidade na infância e de amamentação; avaliar o estado nutricional; avaliar a segurança/insegurança alimentar, o teor de iodo disponível em âmbito domiciliar e avaliar o acesso a serviços de saúde e a medicamentos (CEBRAP, 1996).

Em atendimento ao Edital, a PNDS-2006 também incorporou novos temas, a saber: segurança alimentar, acesso a medicamentos e deficiência de vitamina A e anemia ferropriva. Deixou, por outro lado, de incorporar módulos sobre mortalidade materna e DSTs e AIDS, e um questionário específico para os homens, todos presentes na PNDS-96 (CEBRAP, 2006, p.6).

Os dados da pesquisa foram coletados mediante um inquérito domiciliar nacional, com aproximadamente 15.000 mulheres de 15 a 49 anos de idade e aproximadamente 5.000 crianças menores de cinco anos, representativo das cinco macrorregiões e dos contextos urbano e rural (CEBRAP, 1996).

Segundo a Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher de 2006 (CEBRAP, 2009), as recomendações da Macro Internacional foram observadas para a consistência dos dados e a formatação do Bancos de Dados, a fim de permitir a comparabilidade nacional e internacional. O Banco de Dados foi gerado em CS-PRO, em formato hierárquico constituído por quatro braços. Ela é financiada pelo Decit/Ministério da Saúde, a pesquisa resultou do trabalho articulado do CEBRAP com cinco instituições parceiras – Núcleo de Estudos de População (NEPO) e Departamento de Medicina Preventiva da Faculdade de Ciências Médicas, ambos da UNICAMP, Núcleo de Pesquisas em Nutrição e Saúde da Faculdade de Saúde Pública da USP, Laboratório de Nutrição do Departamento de Clínica Médica da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da USP –, além de contar com pesquisadores especialistas nos campos temáticos de estudo, tendo o IBOPE como executor do trabalho de campo.

3.4 Rede Cegonha: objetivos, princípios, componentes e diretrizes

Instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo estratégia do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), a Rede Cegonha, consiste numa ampla rede de cuidados com o objetivo de assegurar à mulher o direito à atenção humanizada na gravidez, parto, puerpério,

ao planejamento reprodutivo bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis. Esta estratégia vem sendo discutida e construída no país desde os anos 90, com base na experiência de enfermeiros, parteiras, doulas, médicos, acadêmicos, antropólogos, sociólogos, gestores, gestantes, instituições de saúde, entre muitos outros (BRASIL, 2011).

Esta rede foi lançada pela Presidente Dilma Rousseff no dia 28 de março de 2011. Isso mobilizou uma grande equipe de profissionais de saúde, colaboradores do Ministério da Saúde brasileiro, gestores e parceiros em seu processo de elaboração, operacionalização, financiamento, monitoramento e avaliação. Visa assegurar a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e de crianças no país (BRASIL, 2011).

O Brasil vem avançando significativamente no crescimento econômico, bem como na superação da miséria e da pobreza extrema, o que permitiu melhora na qualidade de vida. A saúde participa desse mesmo contexto. Por esta razão, espera-se que o Sistema Único de Saúde seja cada vez mais verídico em seus princípios. Esta é uma responsabilidade coletiva que envolve todos os trabalhadores do SUS, gestores, comunidade, entre outros fatores (BRASIL, 2011).

A mudança de paradigma na atenção ao parto e nascimento e no desenvolvimento da criança nos primeiros dois anos de vida só será possível por meio da cooperação e do trabalho interfederativo de gestores, profissionais de saúde e usuários do nosso Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2011, p. 2).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL 2011) a redução da morbimortalidade materna e infantil permanece um desafio, mesmo com todos os avanços na melhoria da atenção ao pré-natal, parto e nascimento. A qualidade da atenção ao pré-natal é ainda insuficiente, embora o acesso seja praticamente universal. As ações de educação em saúde muitas vezes não são contempladas suficientemente em diversos municípios com a rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez. Em muitos lugares a mulher ainda apresenta dificuldade de encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto e a atenção ao parto e nascimento, por vezes, utiliza-se de práticas que não estão baseadas em evidências científicas.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), também nos traz que existem diversos fatores que contribuem para esse diagnóstico, como a própria organização dos serviços de saúde para operar na lógica de rede de cuidados, a fragmentação das ações e dos serviços de saúde, os

mecanismos de alocação dos recursos públicos e as práticas de gestão da saúde conservadoras, pouco participativas onde acontece corriqueira medicalização e intervenções desnecessárias e potencialmente iatrogênicas, sem respaldo em evidências científicas. A Rede Cegonha foi criada em resposta a todos esses motivos. Ela institucionaliza e sistematiza um novo modelo de atenção ao parto e ao nascimento.

Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. Não se pode esquecer jamais que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher e o (a) parceiro(a) envolvido(a) (BRASIL, 2011, p. 3).

Podemos afirmar que a implementação da Rede Cegonha traz a ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, aprimora o vínculo da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro; também trata da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de livre escolha no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses e do acesso às ações de planejamento reprodutivo. Desta maneira a Rede Cegonha objetiva:

- Reduzir a mortalidade infantil e materna;
- Fomentar a instalação de um modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- Fazer com que a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil seja organizada de tal modo que garanta o acesso, acolhimento e resolutividade. (BRASIL, 2011, p. 4).

Para a obtenção da integralidade do sistema e para melhorar a integração entre as bases municipais de serviços de saúde, a regionalização é um elemento fundamental, visto que as regiões de saúde possibilitam que todos os municípios estejam articulados (BRASIL, 2011).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) traz como principais atribuições da Rede de Atenção à Saúde, a atenção centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população.

A proposta da Rede Cegonha foi elaborada nesta lógica das redes de atenção à saúde, ou seja, sempre considerando a importância de se trabalhar regionalmente de forma a garantir o acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2011).

Ainda de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), os profissionais de saúde participam do processo do pré-natal, trabalho de parto e parto, sendo, portanto coadjuvantes desta marcante experiência para a família. Podem reduzir os medos, os desconfortos, prover suporte, esclarecer, orientar e assistir a parir e a nascer.

É importante reafirmar que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro, que envolve também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos que dela participam (BRASIL, 2011, p.8).

Seguindo este contexto, existem vários aspectos que envolvem o pré-natal. Esses aspectos representam marcadores de qualidade que deverão ser buscados no âmbito da Rede Cegonha (BRASIL, 2011).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2011), primeiramente é necessário que se realize a captação precoce da gestante, sempre que possível, que representa a confirmação da gravidez, para que ela tenha acesso aos cuidados pré-natais antes de completar 12 semanas de gestação. Assim, para a efetivação destas ações, as equipes de atenção básica, conforme o preconizado neste documento, com o apoio do gestor municipal, devem atuar no planejamento reprodutivo e no reconhecimento dos sinais de gravidez com atenção especial para adolescentes e jovens. Isso possibilitará o início do Pré-natal o mais precoce possível.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2011) nos traz que, iniciando o pré-natal habitual na UBS, a gestante deve realizar os devidos exames e ter os resultados em tempo estabelecido. Com base nos resultados desses exames de rotina, avalia-se se a gestação é de alto risco. Caso isso seja positivo, deverá ser garantido o encaminhamento ao pré-natal de alto risco em um serviço especializado. Mesmo assim, a equipe de atenção básica deve continuar acompanhando essa gestante, de modo que se mantenha o vínculo e possa se prestar cuidado integral à gestante e sua família.

Outro aspecto central que deve ser garantido, sendo também um dos princípios da Rede Cegonha, é a vinculação da gestante ao local em que será realizado o parto. Sendo que a equipe deve mediar a visita da mesma a esse serviço. Para que o pré-natal seja qualificado é indispensável que o sistema de informação seja devidamente utilizado e que os relatórios parciais sejam utilizados como subsídio para a tomada de decisão e melhoria do processo de trabalho (BRASIL, 2011).

Por fim, o manual também afirma que será garantido suporte financeiro ao deslocamento das gestantes para a realização das consultas de pré-natal e para o local onde será realizado o parto. Esse apoio é importante visto que estimula a gestante a iniciar o pré-natal o mais precocemente possível e a realizar as consultas e os exames de pré-natal preconizados no protocolo da atenção básica (BRASIL, 2011).

Assim, a Rede Cegonha se propõe a, por um lado, garantir para todos os recém-nascidos, boas práticas de atenção, embasadas em evidências científicas e nos princípios de humanização, como garantia de presença do RN ao lado da mãe durante todo o tempo de permanência na maternidade ou internação. Além disso, há o apoio à amamentação, estímulo à participação do pai, evitar procedimentos iatrogênicos, sem embasamento científico, oferta de todas as triagens neonatais como o teste do pezinho, olhinho e orelhinha, e assim por diante.

Art. 2º A Rede Cegonha tem como princípios:

- I - o respeito, a proteção e a realização dos direitos humanos;
- II - o respeito à diversidade cultural, étnica e racial;
- III - a promoção da equidade;
- IV - o enfoque de gênero;
- V - a garantia dos direitos sexuais e dos direitos reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes;
- VI - a participação e a mobilização social; e
- VII - a compatibilização com as atividades das redes de atenção à saúde materna e infantil em desenvolvimento nos Estados.

Art. 3º São objetivos da Rede Cegonha:

- I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;
- II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e
- III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal (BRASIL, 2011, p. 38).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro (4) componentes, quais sejam:

- I - Pré-Natal
- II - Parto e Nascimento
- III - Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança
- IV - Sistema Logístico: Transporte Sanitário e Regulação. Cada componente compreende uma série de ações de atenção à saúde (BRASIL, 2011, p. 45).

3.4.1 Atenção ao Pré-Natal

Conforme Zampieri et al. (2005), a assistência pré-natal influencia fortemente os níveis de saúde da mãe e seu filho, uma vez que a baixa qualidade da mesma está diretamente associada à taxa de mortalidade materno-infantil e a inadequadas condições de nascimento. É importante enfatizar que os cuidados direcionados durante o pré-natal são imprescindíveis para aumentar o conforto e a segurança integral, num contexto de promoção da saúde da mulher e da criança.

O profissional de saúde deve atender a gestante de maneira humanizada, integral e de qualidade, buscando sempre respeitar sua história de vida, seu contexto, sua cultura e seus conhecimentos prévios, levando-os em consideração para a tomada de decisões referentes ao atendimento. A gestante deve ser ouvida e o profissional deve mostrar-se disponível, estabelecendo uma relação de confiança que possibilita a troca de experiências e de informações entre os envolvidos nesse processo.

A atenção ao pré-natal busca, sobretudo, avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, em todas as dimensões (fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual), identificando os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e possibilitando o encaminhamento da gestante para níveis de referência de maior complexidade, que assegurem a ela o tratamento precoce das condições anormais. É importante ressaltar que, tanto nas consultas, visitas domiciliares, atendimento em sala de espera, como no grupo de gestantes, o suporte emocional e educacional é indispensável para que se obtenha uma boa condução da gestação, diminuição dos riscos, tratamento dos sintomas, promoção da saúde e prevenção de patologias (ZAMPIERI, 2005, p. 362).

De acordo com Zampieri et al. (2005), a assistência ao pré-natal deve ser realizada por uma equipe interdisciplinar, constituída por enfermeiros, médicos, psicólogos, nutricionistas, entre outros; ser hierarquizada e regionalizada, abrangendo todos os níveis de complexidade (primário, secundário, terciário), visando um cuidado integral à gestante e seguir também os princípios de universalidade e igualdade de acesso aos serviços de saúde, favorecendo a autonomia da paciente. Além disso, o atendimento deve contemplar apoio laboratorial para a unidade básica; área física adequada; instrumentos de registro como o cartão de gestante, ficha perinatal, ficha de cadastramento da gestante do Sistema Informatizado de Pré-natal (SISPRENATAL); materiais de consumo e permanente de qualidade; medicamentos essenciais; profissionais competentes e sensibilizados para atender a gestante, valorizando seu conhecimento, crenças e valores; entre outros.

Segundo Zampieri et al. (2005), os quatro requisitos básicos de um acompanhamento pré-natal eficiente são: ser precoce, ser periódico, ser completo e ter ampla cobertura, assim sendo:

a) *Precoce*: o primeiro contato com a cliente através da consulta deve ser feito de preferência durante o primeiro mês de gestação, o que oportuniza as ações de prevenção, proteção e recuperação da saúde. Permite também identificar precocemente as gestações de alto risco e planejar os cuidados frente a cada causa.

Alguns autores preconizam cuidados de saúde (nutrição adequada, imunização, exercícios, entre outros) antes mesmo de planejar a gestação.

b) *Periódico*: a frequência do controle pré-natal varia de acordo com os riscos que a gestante apresenta, sendo que as de baixo risco necessitam número menor (uma vez que por mês até as 36 semanas e quinzenal ou semanal, a partir daí). O Programa do Ministério da Saúde recomenda que as gestantes de baixo risco participem no mínimo de seis consultas.

c) *Completo*: deve contemplar ações de prevenção, promoção, recuperação e reabilitação de saúde. Fazendo com que todas as necessidades de cuidado apresentadas pela gestante sejam atendidas. O controle pré-natal será diferente para gestantes de baixo risco ou de alto risco, seja em objetivos, conteúdo, número de consultas e tipos de profissionais que prestam o cuidado.

d) *Ampla cobertura*: quanto maior o percentual de gestantes com um acompanhamento pré-natal, maior é o impacto na redução da morbidade materna e perinatal.

3.4.2 Consulta médica e de enfermagem à gestante

O pré-natal é o acompanhamento de saúde (período entre a fecundação e o parto), que toda gestante deve ter para manter a integridade das condições de saúde materno-fetal, visando também prestar orientações ao pai, preparando-os para vivenciar o processo de nascimento de forma tranquila e saudável. A participação do companheiro, o contexto socioeconômico, a aceitação da gravidez, bem como as crenças e conhecimentos pessoais da gestante devem ser consideradas durante a consulta.

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), o diálogo franco, a sensibilidade, a solidariedade, a disponibilidade e a capacidade de perceber as reais necessidades e qual o significado atribuídos ao processo de nascimento pelas gestantes e familiares são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição dos mesmos, permitindo assim, esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro. Escutar sem julgamentos

e sem preconceitos, permitindo à mulher falar de sua intimidade com segurança, expressar seus medos e ansiedades, fortalece a gestante nesta trajetória e a ajuda na construção do conhecimento sobre o processo de nascimento e sobre ela mesma, levando a um nascimento tranquilo e saudável.

Um dos fatores primordiais na assistência ao pré-natal é acolher a mulher desde o início da gestação. Os profissionais têm participação fundamental neste processo, assumindo compromisso com a saúde da gestante, utilizando seus conhecimentos e estando disponível para isso. A equipe de saúde deve estar capacitada, ter segurança técnica e ter embasamento científico, além disso, estar sintonizada com novas propostas de cuidado e experiências, reconhecendo que a gestante tem participação essencial neste processo, sendo valorizadas as suas queixas, medos, dúvidas, necessidades e conhecimentos sobre a gravidez e seu corpo.

O profissional que realiza este serviço deve estar ciente das mudanças apresentadas a cada semana e período gestacional, conforme anexo A, a fim de esclarecer as principais dúvidas que a gestante possa apresentar, além de ser um instrumento importante para a assistência prestada pelo profissional.

De acordo com Zampieri (2004), também são importantes: um ambiente confortável, flexibilidade de ações, priorização no atendimento, tempo de espera curto; agendamento pré-estabelecido, preenchimento prévio de dados de identificação e de cadastros nos programas de saúde, enquanto aguarda a consulta. Evitando assim a desmotivação, a fadiga e o estresse e garantindo a confiabilidade no serviço, nos profissionais e no envolvimento com todos os membros do grupo.

A adesão das mulheres ao cuidado pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência pelo serviço e pelos profissionais de saúde, sendo essencial para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal no Brasil. A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados (BRASIL, 2000, p. 7).

Nosso trabalho foi sustentado e fundamentado nas publicações que abordam as políticas públicas brasileiras especialmente àquelas que têm como foco a atenção no pré-natal, bem como as que trazem indicadores importantes sobre a saúde da mulher no Brasil.

Os estudos aqui revisados contribuem para a compreensão de como as políticas públicas de atenção obstétrica, avançaram ao longo dos anos a fim de proporcionar uma assistência cada vez mais qualificada em relação ao pré-natal, que é a grande responsável por assegurar um parto tranquilo e que não ofereça riscos a parturiente e tampouco ao neonato.

Conforme as políticas avançam, novas necessidades vão sendo descobertas e surge cada vez mais a importância de que as pesquisas continuem sendo realizadas para que as lacunas existentes no serviço sejam aprimoradas e novas ações, assim como estas já existentes, sejam amplamente efetivadas.

A pesquisa detalhada a seguir pretende mostrar qual a percepção da gestante acerca da atenção recebida no pré-natal em duas unidades básicas de saúde com o intuito de também identificar os aspectos positivos e negativos da assistência e que contribuições podem ser realizadas a partir dos dados levantados.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa. Este tipo de pesquisa preocupa-se em analisar e interpretar os dados em seu conteúdo psicossocial. Considera que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade do sujeito que não pode ser traduzido em números (ASSIS, 2012).

Segundo Assis (2012), na pesquisa qualitativa, a interpretação dos fenômenos e a atribuição de significados são fundamentais. É descritiva e não requer utilização de métodos e técnicas estatísticas. O pesquisador, considerado instrumento chave, tende a analisar seus dados indutivamente, no ambiente natural. O processo e seu significado são os focos principais de abordagem. As pesquisas qualitativas oferecem contribuições em diferentes campos de estudo, como, por exemplo, à Antropologia, Sociologia, Psicologia, Educação.

4.2 Participantes do estudo

As participantes do estudo foram 30 gestantes, que se encontravam ao final do segundo ou no terceiro trimestre gestacional, acima de 18 anos, independentemente do estado civil, escolaridade e etnia, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Florianópolis - SC, residentes do bairro Itacorubi e do Bairro Saco Grande. O encerramento da coleta se deu pela saturação dos dados, ou seja, no momento em que as falas começaram a se repetir, não acrescentando dados novos à pesquisa.

Este tipo de amostragem tem sido utilizada em investigações de natureza qualitativa para “estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes”. Este fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como “a suspensão de inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados” (FONTANELLA; RICAS; TURATO, 2008).

Optamos por utilizar estas idades gestacionais, uma vez que teoricamente a gestante já participou de várias consultas e poderia oferecer uma avaliação mais detalhada e fidedigna de

acordo com suas concepções, identificando melhor as fragilidades e potencialidades que o serviço ofertado lhe proporcionou, sendo por esta razão a escolha deste público em especial.

Os critérios de inclusão determinaram a participação de mulheres com idade maior ou igual há 18 anos pela dificuldade em obter assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos responsáveis pelas menores, uma vez que as gestantes não compareciam a consulta com o responsável legal.

Foram incluídas mulheres que aceitaram a participação voluntária, que não apresentavam qualquer tipo de deficiência cognitiva, nem sinais de desequilíbrio emocional que pudesse enviesar ou não fornecer fidedignidade aos dados coletados. As gestantes, foram identificadas com a letra “G”, seguida de número de ordem por entrevista realizada.

Os encontros para a realização das entrevistas aconteciam em sala reservada. Todas assinaram o TCLE, algumas aceitaram a gravação de suas vozes em gravador digital ou ainda quando não, concordaram em registrar a sua opinião, com anotações gráficas, realizadas pelas próprias pesquisadoras principais.

Nossos critérios de exclusão, conforme já mencionadas foram as gestantes menores de 18 anos, aquelas que também não se encontravam em seu terceiro trimestre gestacional, ou ainda aquelas que não haviam realizado um número igual ou superior a 4 consultas pré-natal.

4.3 Período de realização do estudo

De março a junho de 2013.

4.4 Local e contexto do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Itacorubi e do Saco Grande da cidade de Florianópolis - SC. A princípio estava previsto que o local do estudo seria apenas na Unidade Básica de Saúde do Itacorubi, mas em função de não haver saturação dos dados com o número de gestantes entrevistadas neste local, incluímos a Unidade Básica do Saco Grande, após autorização da Coordenadora: Enf: Marly Denise Wuerges de Aquino e dos enfermeiros que atuam no local. Estas unidades se inserem na rede pública dos serviços de saúde do referido município, que está estruturado em cinco Distritos Sanitários e conta atualmente com 70 unidades de saúde, sendo 50 unidades básicas, quatro policlínicas, duas unidades de pronto atendimento, dois centros de especialidades odontológicas, um centro de

controle de zoonoses, um laboratório de saúde pública e meio ambiente, quatro centros de atenção psicossocial, quatro bases do SAMU, uma farmácia popular e um centro de referência em saúde do trabalhador.

A Unidade Básica de Saúde do Itacorubi apresenta dois andares, sendo que no primeiro pavimento encontramos: Protocolo/informações; farmácia; enfermagem; 5 consultórios; 2 consultórios da odontologia; 1 consultório ginecológico; sala de curativos; vacina; regulação; WC Masculino e acessível; WC Feminino e acessível; DML (Depósito/Material de Limpeza) e coordenação. E no segundo pavimento encontramos: auditório; WC acessível; WC Masculino; WC Feminino; WC e vestiário; copa; DML (Depósito/Material de limpeza); pré-lavagem e esterilização. Há ainda um elevador como alternativa para as pessoas que possuem dificuldade de acesso ao segundo andar pela escada.

A UBS conta com três equipes de Estratégia de Saúde da Família e duas de Estratégias de Saúde Bucal. Sendo que cada qual é formada por um médico de saúde da família, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, Agentes Comunitários de Saúde. Auxiliar de saúde Bucal. A unidade de saúde ainda conta com profissionais da Nutrição, Psicologia, Pediatria Psiquiatria, Profissional de Educação Física, Fisioterapeuta e Assistente Social, que se inserem através dos serviços de apoio ofertados pelo NASF.

O horário de funcionamento é das 08h00min às 12h00min e das 13h00min 17h00min, de segunda à sexta-feira.

A Unidade Básica do Saco Grande por sua vez, distribui suas instalações em três pavimentos. No primeiro pavimento encontramos a recepção; 3 salas de espera; sala de aplicação de medicamentos e nebulização; sala para procedimentos de enfermagem; sala de vacinas; farmácia; sala de esterilização; laboratório de coleta; sala de curativos; expurgo; rouparia; 6 consultórios médicos e 6 de enfermagem; 1 consultório de odontologia com 3 pontos de atendimento. No piso superior: sala de marcação de consultas e exames externos com SISREG; auditório; sala para atendimento de assistência social e psiquiatria; sala para psicologia e nutrição; sala administrativa; copa; biblioteca. No piso inferior (subsolo): 2 consultórios para a residência; auditório multiuso; sala de depósito de materiais; garagem para funcionários. A circulação de pessoas pelos três pavimentos é auxiliada por um elevador. A entrada da UBS possui também rampa de acesso. Ao todo somam-se 1.440,19m² de área construída.

Possui 6 áreas de abrangência, cada uma com 4 micro áreas. Cada área foi vinculada a uma cor específica: 330 – rosa; 331 – laranja; 332 – amarelo; 333 – azul; 334 – vermelho; 335

– Verde, bem como, foi criado cartões de visita para cada área nas respectivas cores contendo o nome dos profissionais, telefone e e-mail para contato e horários de marcação de consulta. Esta iniciativa foi realizada para facilitar o entendimento da população e melhorar o acesso da mesma com a UBS.

4.5 Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de entrevista com utilização de um roteiro semiestruturado (Apêndice A), composto por três partes, sendo estas: Identificação, Antecedentes obstétricos e Percepção da gestante acerca da atenção recebida no pré-natal, que foi concluída quando ocorreu a saturação teórica dos dados.

O contato inicial com a gestante se deu na sala de espera ou mesmo durante as consultas, convidando-as para participarem do estudo. Após a anuência da gestante, iniciamos a entrevista em algum espaço físico da própria Unidade Básica de Saúde que estava disponível no momento da abordagem.

As entrevistas foram gravadas e transcritas e/ou registradas mediante relato verbal da gestante e posteriormente submetidas à categorização e análise.

4.6 Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados concomitantes com a sua coleta de acordo com o método de Bardin (1979), que organiza o processo de análise em três etapas cronológicas, sendo estas: pré-análise, exploração do material e o tratamento dos resultados com as inferências e interpretação.

Segundo Bardin (1979), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações, que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens. A pré-análise constitui-se como a fase de organização propriamente dita, será o momento onde iremos organizar o material que deverá passar pelo processo de análise com o intuito de torná-lo operacional e sistematizado (BARDIN, 1979).

Posteriormente demos início à etapa de exploração do material, onde através dos dados já coletados previamente e organizados na pré-análise, para encontrar a clareza do conteúdo e a pertinência dele dentro a ideia central da pesquisa. Para o alcance bem sucedido deste objetivo identificamos e categorizamos o conteúdo encontrado, seguindo rigorosamente a

pertinência, objetividade e fidelidade de cada uma das categorias criadas, de modo a gerar a melhor produtividade para o trabalho (BARDIN, 1979).

E por fim realizamos a terceira e última etapa de Análise de coleta de dados, que caracteriza-se por ser o tratamento dos resultados, inferência e interpretação. Esta última etapa consiste no tratamento estatístico simples dos resultados, onde nos foi permitindo a elaboração de tabelas que podem compactar e destacar as informações fornecidas para análise (BARDIN, 1979).

Seguimos com tratamento dos resultados, que possibilitou as inferências e posteriormente a interpretação do conteúdo coletado. Caracterizando inferência como uma operação lógica pela qual se admite uma proposição em virtude da sua ligação com outras proposições já aceitas como verdadeiras (BARDIN, 1979).

Assim sendo, foram desenvolvidos os seguintes passos:

- Primeiramente houve a leitura de todos os dados obtidos ainda nos roteiros semiestruturados após a digitação em documento do Word, para que houvesse compreensão do que essencialmente havia sido encontrado.
- Posteriormente realizou-se a apreensão das unidades de sentido e a criação de duas grandes categorias e suas subcategorias.
- Análise resultante do agrupamento dos trechos, tendo como base a interpretação de análise de conteúdo de Bardin (BARDIN, 1979).
- E por fim a explanação dos resultados em forma de manuscrito.

Foram destacados trechos das entrevistas que se apresentavam de maneira mais significativa e notável como forma de expressão utilizada pelas mulheres participantes desta pesquisa, sempre que traziam significado às questões levantadas pela pesquisa proposta, garantindo o sigilo e o anonimato conforme havia sido proposto desde a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido.

4.7 Componentes éticos do estudo

Para a realização do estudo foram observadas as prerrogativas exigidas pela Resolução n. 196/1996 (BRASIL, 1996). O projeto de pesquisa foi submetido e aprovado pelo

Departamento de Integração Ensino-Serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC e pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina, recebendo deste, o Certificado de Apresentação para Apreciação Ética - CAAE sob o número 12939013.7.0000.0121 e parecer de aprovação número 302.189. (Anexo D)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Conforme o estabelecido na disciplina NFR 5162 Estágio Supervisionado II, ministrada à 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, os resultados e discussão do Trabalho de Conclusão de Curso, são apresentados na forma do seguinte manuscrito: **“Percepções de gestantes acerca do cuidado recebido no pré-natal no âmbito da atenção básica”**.

PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DO CUIDADO RECEBIDO NO PRÉ-NATAL NO ÂMBITO DA ATENÇÃO BÁSICA ¹

PERCEPTIONS ABOUT PREGNANCY CARE RECEIVED IN PRENATAL UNDER THE PRIMARY CARE

PERCEPCIONES SOBRE CUIDADO PRENATAL EN EL EMBARAZO RECIBIDOS EN LA ATENCIÓN PRIMARIA

Ana Paula Machado do Nascimento²

Helena Doege³

Marina Monte Barardi⁴

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos⁵

Resumo: Pesquisa qualitativa, tipo exploratório-descritiva que objetivou identificar as percepções de gestantes acerca do cuidado recebido no pré-natal no âmbito da atenção básica. O estudo foi desenvolvido no cenário de duas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis,

¹ Artigo extraído do trabalho de conclusão de curso intitulado “Percepção de gestantes acerca da atenção pré-natal recebida em uma unidade local de saúde”, defendida no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, (NFR-UFSC) em Julho de 2013

² Acadêmica da 8ª Fase do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-Nascido (GRUPESMUR), UFSC paulinhah_1234@hotmail.com + 55 (48) 96049748. Florianópolis – Santa Catarina – Brasil.

³ Acadêmica da 8ª Fase do curso de graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do GRUPESMUR, UFSC. lenadoege@gmail.com + 55 (47)91594228. Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

⁴ Acadêmica da 8ª Fase do curso de graduação em Enfermagem da UFSC. Membro do GRUPESMUR, UFSC majambarardi@hotmail.com + 55 (48) 91176220. Florianópolis – Santa Catarina – Brasil

⁵ Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Líder e Pesquisadora do GRUPESMUR, UFSC. gregos@matrix.com.br. + 55 (48) 37219480 Florianópolis - Santa Catarina –Brasil.

Santa Catarina. As participantes foram 30 gestantes que receberam cuidados pré-natais nos locais selecionados para o estudo, sendo que o número de participantes se definiu mediante a saturação das informações. A coleta de dados foi realizada o período de março a junho de 2013, através de entrevista semiestruturada. Para a análise, utilizaram-se os passos propostos para Análise de Conteúdo de Bardin. Da análise emergiram duas categorias, cada qual com suas subcategorias. Uma primeira categoria, relacionada a aspectos positivos e a segunda, a aspectos negativos. Sendo os positivos: Satisfação e segurança no cuidado recebido no pré-natal; comparação do cuidado recebido quanto aos locais do parto, gestações anteriores e quanto ao local de atendimento; compreensão das informações recebidas no pré-natal; Lei do Acompanhante: segurança na presença do companheiro e Interesse e participação do parceiro no processo gestacional. A categoria dos aspectos negativos agrupou as seguintes subcategorias: Primeira gestação: dúvidas, anseios e inseguranças; Dificuldades e obstáculos para o acesso a atenção no pré-natal; Lei do Acompanhante: Desconhecimento; Desinformação quanto as rotinas de atendimento Os resultados indicam que o nível de satisfação com o serviço de saúde ofertado é alto, sendo este considerado um local onde conseguem compreender um pouco melhor o processo gestacional. Considera-se que existem muitas informações a serem desvendadas e que o estudo se restringe a um determinado local, o que não fornece um amplo panorama sobre a assistência a nível nacional, no entanto os dados tornam-se válidos para a compreensão e melhoramento da assistência realizada pelo profissional que acolhe a gestante neste ambiente.

Descritores: Assistência Pré-natal. Saúde Pública. Gestantes. Percepções.

Abstract: Qualitative research, exploratory-descriptive study aimed to identify the perceptions about the care of pregnant women received prenatal within primary care. The study was developed in the setting of two Basic Health Units in Florianópolis, Santa Catarina. The participants were 30 pregnant women who received prenatal care at sites selected for the study, and the number of participants was defined by the saturation of information. Data collection was conducted from March to June 2013, through semi-structured interviews. For analysis, we used the proposed steps for content analysis of Bardin. Analysis emerged two categories, each with its subcategories. A first category related to positive aspects and the second, the negative aspects. Being positive: satisfaction and safety in care received pre-natal care received as compared to local delivery, previous pregnancies and how at the service location; understanding of information received prenatal; Law Escort: security in the presence

the partner and the partner's interest and participation in the gestational process. The category of negatives grouped the following subcategories: First pregnancy: doubts, anxieties and insecurities; Difficulties and obstacles to access to prenatal care; Law Escort: Ignorance, Misinformation regarding the care routines Results indicate that the level satisfaction with the health service offered is high, which is considered a place where can understand a little better the gestational process. It is considered that there is much information to be discovered and that the study is restricted to a particular location, which does not provide a comprehensive overview of the assistance at the national level, however the data becomes valid for the understanding and improvement of care performed by professional hosting the pregnant woman in this environment.

Keywords: Prenatal Care. Public Health. Pregnant women. Perceptions.

Resumen: La investigación cualitativa, un estudio exploratorio-descriptivo tuvo como objetivo identificar las percepciones sobre el cuidado de las mujeres embarazadas recibieron prenatal dentro de la atención primaria. El estudio fue desarrollado en el marco de dos Unidades Básicas de Salud en Florianópolis, Santa Catarina. Los participantes fueron 30 mujeres embarazadas que recibieron atención prenatal en los sitios seleccionados para el estudio, y el número de participantes fue definida por la saturación de información. La recolección de datos se llevó a cabo entre marzo y junio de 2013, a través de entrevistas semi-estructuradas. Para el análisis, se utilizaron los pasos propuestos para el análisis de contenido de Bardin. Análisis surgió dos categorías, cada una con sus subcategorías. Una primera categoría relacionada con los aspectos positivos y el segundo, los aspectos negativos. Ser positivo: la satisfacción y la seguridad en la atención recibieron atención prenatal recibida, en comparación con la administración local, embarazos anteriores y cómo en la ubicación del servicio, la comprensión de la información recibida prenatal; Escort ley: la seguridad en la presencia el socio y el interés y la participación en el proceso de gestación de la pareja. La categoría de los negativos agrupan las siguientes subcategorías: primer embarazo: las dudas, ansiedades e inseguridades, las dificultades y los obstáculos al acceso a la atención prenatal; Escort Ley: la ignorancia, la desinformación sobre las rutinas de cuidado Los resultados indican que el nivel satisfacción con el servicio de salud que se ofrece es alta, lo que se considera un lugar donde se puede entender un poco mejor el proceso de gestación. Se considera que hay mucha información por descubrir y que el estudio se limita a un lugar determinado, que no proporciona una visión global de la ayuda a nivel nacional, sin embargo

los datos se convierte en válida para la comprensión y la mejora de la atención realizada por profesionales de hosting a la mujer embarazada en este entorno.

Palabras clave: Cuidado Prenatal. Salud Pública. Mujeres embarazadas. Las percepciones.

INTRODUÇÃO

Apesar dos avanços obtidos na atenção obstétrica, tanto no âmbito internacional como nacional, a condição de atendimento às gestantes continua sendo uma questão delicada visto que a ampliação e qualificação do atendimento, do acolhimento com classificação de risco e do diagnóstico às mulheres, exigem um acompanhamento minucioso durante todo esse processo. Sabe-se que um pré-natal ineficaz pode ser um fator desencadeador de riscos para a gestante e/ou o recém-nascido. Desta forma, o objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, assegurando um parto saudável, sem impacto para a saúde materno-fetal.

Ainda que com uma importante redução da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais ainda estão longe de serem considerados ideais. As causas deste índice ainda elevado podem ser atribuídas a questões que dizem respeito ao serviço de saúde ofertado durante o pré-natal (BRASIL, 2012). Observa-se que acontece certa desvalorização dos registros (das consultas, exames e evolução do processo do pré-natal como um todo) nas instituições tanto públicas como nas privadas. Isto fica evidente ao se constatar um preenchimento deficiente das fontes, sejam elas prontuários, cartão de acompanhamento, ficha de evolução, partograma, entre outros (BRASIL, 2010).

A carência dessas informações também contribui para um aumento dos erros Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. Sendo o ponto de atenção estratégico para melhorar as necessidades da mulher, proporcionando um acolhimento longitudinal e continuado, principalmente na gestação.

O estudo desenvolvido tem como referencial teórico as políticas públicas brasileiras direcionadas à saúde da mulher, com ênfase especial àquelas que têm como foco o cuidado no pré-natal, como o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Rede Cegonha. Sabe-se que esta última, em fase de implantação, não apresenta até o momento, apesar da mudança de modelo e o controle de qualidade rigoroso que se propõe a realizar, impacto significativo nos indicadores de saúde materna e infantil em nosso país.

Surgiu a partir de então a necessidade de analisar o ponto de vista de quem recebe esta assistência e verificando se de alguma forma pode não estar havendo respaldo nestas

orientações, que deveriam ser profiláticas as intercorrências geradas no momento do parto, que em geral se configura como a fase mais importante para a avaliação de como este cuidado se procedeu.

As hipóteses para isso são muitas e envolvem desde a habilidade do profissional que está prestando a assistência, até o modo com a qual a informação se propaga para o usuário. O objetivo então é identificar o ponto de vista do principal ator, a gestante, sobre a percepção acerca do serviço prestado.

Segundo o Ministério da Saúde brasileiro (BRASIL, 2012), a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. Sendo o ponto de atenção estratégico para melhorar as necessidades da mulher, proporcionando um acolhimento longitudinal e continuado, principalmente na gestação.

De acordo com Zampieri (2005), os profissionais que atendem o pré-natal devem estar capacitados e atualizados e possuírem segurança técnico-científica. A gestante deve ser acolhida, ouvida e respeitada em todas as etapas do pré-natal. Desta maneira, fatores de risco gestacionais podem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal desde que os profissionais de saúde estejam atentos a todas as etapas da anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico. Estes podem ainda ser identificados por ocasião da visita domiciliar.

Diante deste contexto emergiu a seguinte questão norteadora: quais as percepções de gestantes acerca do cuidado recebido no pré-natal no âmbito da atenção básica?

Em busca de respostas para essa questão, estabelecemos como objetivo deste estudo: identificar as percepções de gestantes acerca do cuidado recebido no pré-natal no âmbito da atenção básica.

Entendendo por percepção tudo o que pode ser encontrado na mente, tanto os objetos de nossas experiências (como sensações, sentimentos, paixões ou pensamentos) como para as próprias experiências (com os atos próprios de percepção, pensamento, sentimento ou vontade) (HERNÁNDEZ, 2012).

BREVE REVISÃO DE LITERATURA

Um pré-natal seguro que consequentemente reduz a morbidade e a mortalidade materno-infantil está relacionado ao número de consultas de pré-natal bem como a qualidade com as quais estas se processam, sendo então um dos aspectos primordiais para o bom

desenvolvimento da gestação a fim de assegurar para a mãe o bebê o melhor atendimento possível.

Sabe-se que a gestação ainda que como processo fisiológico, se configura como um processo que gera uma série de mudanças físicas, psicológicas e sociais na mulher. Por conta disso surge à necessidade de estar realizando a avaliação deste serviço do ponto de vista de quem o recebe (PEIXOTO et al., 2010).

Trata-se de um período de enormes mudanças na vida da gestante e de quem participa da gestação. Implica em novas responsabilidades sociais, afetivas, legais, além de englobar uma série de expectativas na vida da mulher e sua família. (LEAL, 2012).

No final da década de 1990, o cuidado com a saúde da mulher no Brasil ainda apresentava, assim como hoje, muitos desafios a serem superados. Problemas referentes à qualidade propriamente dita, assim como aos princípios filosóficos do cuidado, centrado em um modelo medicamentoso, hospitalocêntrico e tecnocrático eram observados (SALVADOR et al., 2008).

A partir da criação do programa ESF houve, nas últimas duas décadas, uma importante movimentação por parte do setor público brasileiro em nível da assistência básica em saúde, sendo que 1994, o Governo Federal lançou o Programa Saúde da Família, atual Estratégia Saúde da Família (ESF), com o objetivo de reorientar o modelo assistencial por meio da oferta de cuidados nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) e com isso ocorreu um avanço considerável na assistência ao pré-natal, em especial nas áreas mais carentes, tendo atualmente cerca de 30 mil equipes multiprofissionais presentes em aproximadamente 5,2 mil municípios Brasileiros. (CESAR et al., 2012).

Tendo em vista estes dados, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) impulsionado pela necessidade de diminuir a morbimortalidade materna e perinatal, considerando a humanização o grande fio condutor. Esse programa visa a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério (SALVADOR et al., 2008).

Este aspecto deve ser levado em consideração como uma ferramenta potencial e também um obstáculo, uma vez que esta relação entre o cuidado prestado e recebido é algo que deve ser levado seriamente em consideração, onde uma vez mal atendido este usuário pode não retornar ao serviço. Surge a partir de então a necessidade de um profissional cada vez mais capacitado e com uma formação qualificada para preencher a esta demanda e cumprir o significado da humanização.

A humanização, como um dos pilares do PHPN, remete à qualidade do cuidado prestado no pré-natal tanto pelo envolvimento da mulher com sua família no processo de gestação e parto, quanto pela promoção de ações que aumentem a compreensão dessa população sobre esse processo, considerando a integração do saber popular com o saber científico da equipe de saúde (SALVADOR et al., 2008).

O cuidado ao pré-natal, quando mediado pelo atendimento humanizado, possibilita um espaço onde a gestante pode expressar seus medos, angústias, dúvidas sobre as modificações que ocorrem, levando a criação de um vínculo entre a gestante e o serviço de saúde, reduzindo consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas (LANDERDAHL et al., 2007).

Sabe-se que é o profissional de saúde quem recebe e acolhe a mulher no processo da gestação. Por isso, ele deve estar atento a vários aspectos, pois além do processo de gestação, que será o foco de sua assistência e todas as mudanças físicas trazidas por ela, ainda é necessário atentar, a uma diversidade de fatores de ordem emocional, econômica e familiar e que estes podem influenciar na adesão da mulher à consulta pré-natal e, conseqüentemente, na qualidade do acompanhamento prestado (PEIXOTO et al., 2010).

A assistência ao pré-natal, na maioria das vezes, se constitui como uma atividade realizada em conjunto com o médico e com o enfermeiro, o que de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil, este profissional pode acompanhar integralmente o pré-natal de uma gestante de baixo risco (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

O enfermeiro, durante o pré-natal, se configura como quem busca ou deve buscar contribuir para a promoção da saúde da mãe e do bebê, através de informações e reflexões em relação à experiência da maternidade, as mudanças do corpo trazidas por ela e também pela adoção de práticas para manutenção da saúde e mudanças de hábitos para solucionar problemas ocasionados pela gestação, o que envolve toda a parte de prevenção e promoção da saúde que este profissional deve realizar (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

O profissional de enfermagem é quem realiza tarefas que favorecem o aprendizado contínuo, exercendo seu papel de profissional e educador em saúde da gestante trabalhando na construção da qualidade do cuidado ao pré-natal. As gestantes se constituem como o foco principal do processo de aprendizagem, porém o enfermeiro não pode deixar de atuar, igualmente, entre os companheiros e familiares, uma vez que conforme já citado, a gestação se configura como um processo de amplas transformações onde todos os elementos e

variáveis trazidos por este processo devem articular juntos para que esta assistência se efetue do melhor modo possível (TEIXEIRA; AMARAL; MAGALHÃES, 2010).

A consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se quase sempre na realidade brasileira como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas, o que pode ser visto nos altos índices de morte materno-infantil em toda a América Latina, surge assim à necessidade de avaliar a qualidade deste serviço e considerar o que pode ser melhorado do ponto de vista assistencial da consulta pré – natal realizada pelo enfermeiro (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Segundo Landerdahl et al. (2007), é necessário que os profissionais de saúde busquem subsídios para o planejamento, implementação e avaliação da assistência no pré-natal, com o intuito qualificar o atendimento fortalecendo a assistência.

O cuidado pré-natal apresenta como objetivo primordial acolher a mulher desde o início da gravidez proporcionando como resultado final o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno. O que se efetivará através de uma assistência ao pré-natal humanizada, capacitada e holística por parte de todos os profissionais.

MÉTODO

Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa.

Participantes do estudo

As participantes do estudo foram 30 gestantes, que se encontravam ao final do segundo ou no terceiro trimestre gestacional, acima de 18 anos, independentemente do estado civil, escolaridade e etnia, atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Florianópolis - SC, residentes do bairro Itacorubi e do Bairro Saco Grande. O encerramento da coleta se deu pela saturação dos dados.

Amostragem por saturação é usada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes, quando os dados obtidos passam a apresentar certa redundância ou repetição, não sendo considerado relevante persistir na coleta de dados. (FONTANELLA, RICAS, TURATO; 2008).

Os critérios de inclusão determinaram a participação de mulheres com idade maior ou

igual há 18 anos pela dificuldade em obter assinaturas no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) dos responsáveis pelas menores, uma vez que as gestantes não compareciam a consulta com a responsável legal.

Foram incluídas mulheres que aceitaram a participação voluntária, que não apresentavam qualquer tipo de deficiência cognitiva, nem sinais de desequilíbrio físico ou emocional que pudesse enviesar ou não fornecer fidedignidade aos dados coletados. Os encontros para a realização da entrevista aconteciam em um espaço reservado das Unidades Básicas de Saúde.

Todas assinaram o TCLE, algumas aceitaram a gravação de suas vozes em gravador digital ou ainda quando não, concordaram em registrar a sua opinião com anotações gráficas, realizadas pelas próprias pesquisadoras principais.

Nossos critérios de exclusão, conforme já mencionado foram as gestantes menores de 18 anos, aquelas que também não se encontravam em seu terceiro trimestre gestacional, ou ainda que haviam realizado um número inferior a 4 consultas pré-natal.

Período de realização do estudo

De março a junho de 2013.

Local e contexto do estudo

O estudo foi realizado nas Unidades Básicas de Saúde dos bairros Itacorubi e Saco Grande da cidade de Florianópolis - SC. Estas unidades se encontram sob o apoio matricial do NASF e se inserem na rede pública dos serviços de saúde do referido município, que está estruturado em cinco Distritos Sanitários e conta atualmente com 70 unidades de saúde, sendo 50 unidades básicas, quatro policlínicas, duas unidades de pronto atendimento, dois centros de especialidades odontológicas, um centro de controle de zoonoses, um laboratório de saúde pública e meio ambiente, quatro centros de atenção psicossocial, quatro bases do SAMU, uma farmácia popular e um centro de referência em saúde do trabalhador.

Procedimentos de coleta de dados

A coleta de dados foi realizada através de um roteiro semiestruturado, sendo formado por três partes, a saber: identificação, antecedentes obstétricos e percepção da gestante acerca do cuidado recebido no pré-natal, que foi concluída quando ocorreu a saturação teórica dos dados. O contato inicial com a gestante se deu na sala de espera ou mesmo durante as

consultas, convidando-as para participarem do estudo. Após a autorização da gestante, iniciamos a entrevista em algum espaço físico das próprias Unidades Básicas de Saúde que estava disponível no momento da abordagem.

As entrevistas foram gravadas e transcritas ou ainda registradas mediante relato verbal da paciente e posteriormente submetidas à categorização e análise.

Procedimentos de análise dos dados

Os dados foram analisados concomitantes com a sua coleta de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin (1979), que organiza o processo de análise em três etapas cronológicas, sendo estas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados para realização das inferências e interpretações do conteúdo apreendido. Assim, os passos que se seguiram foram:

Primeiramente houve a leitura de todos os dados obtidos ainda nos roteiros semiestruturados após a digitação em documento do Word, para que houvesse compreensão do que essencialmente havia sido encontrado.

Posteriormente realizou-se a apreensão das unidades de sentido e criação de duas grandes categorias: Aspectos positivos e negativos, cada uma com suas subcategorias. A categoria dos aspectos positivos agrupou as seguintes subcategorias: satisfação e segurança no cuidado recebido no pré-natal; comparação do cuidado recebido quanto aos locais do parto, gestações anteriores e quanto ao local de atendimento; compreensão das informações recebidas no pré-natal; Lei do Acompanhante: segurança na presença do companheiro e Interesse e participação do parceiro no processo gestacional. A categoria dos aspectos negativos agrupou as subcategorias de Primeira gestação: dúvidas, anseios e inseguranças; Dificuldades e obstáculos para o acesso a atenção no pré-natal; Lei do Acompanhante: Desconhecimento; Desinformação quanto as rotinas de atendimento. Seguiu-se para o agrupamento dos trechos das falas, em busca de aspectos significativos comuns (através da criação de subcategorias, dentre os aspectos positivos e negativos).

Análise resultante do agrupamento dos trechos, tendo como base a interpretação de Análise de Conteúdo de Bardin (BARDIN, 1979).

Para a análise dos resultados encontrados, as gestantes foram organizadas de acordo com a inicial G, representativo da palavra gestante, seguida do número de ordem de sua participação na pesquisa, assim sendo G1 até G30. Também foi registrado o seu nível de escolaridade, estado civil e idade. Também criou-se uma segunda planilha para que fosse possível

caracterizar os antecedentes obstétricos, com os seguintes dados: a idade gestacional no início do pré-natal, históricos de gestações anteriores ou abortos, idade gestacional no dia da entrevista e o número de consultas realizadas até o momento da entrevista.

Componentes éticos do estudo

Para a realização do estudo foram consideradas as prerrogativas exigidas pela Resolução n. 196/1996 (BRASIL, 1996). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo aprovado sob o Parecer n°.302.189. Da mesma forma, este também recebeu autorização por parte da Prefeitura Municipal de Florianópolis, para que ocorresse a investigação em duas de suas Unidades Básicas de Saúde, onde ocorreu a coleta dos dados da pesquisa.

RESULTADOS

No que se refere ao perfil sociodemográfico, a população deste estudo resultou em certa homogenia social, econômica e educacional. A começar pela faixa etária das gestantes participantes do estudo, que variou de 18 até 32 anos, com prevalência dos 20-25 anos (56%), caracterizando um público de jovens adultos.

De acordo com o Relatório Preliminar de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), cujo objetivo geral era avaliar a implementação da Rede Cegonha nos estados brasileiros, considerando o olhar de uma amostra representativa de 83.875 mães que tiveram parto pelo Sistema Único de Saúde e com um de seus objetivos específicos a avaliação da qualidade Do cuidado no pré-natal. A faixa etária onde se concentra o maior percentual de mulheres pesquisadas foi de 20 a 29 anos, seguida da faixa etária de 30 a 39 anos. O que indica que atualmente muitas mulheres estão começando a engravidar mais tarde e assim alterando todo o perfil sociodemográfico.

Em relação ao estado civil, a maioria das participantes da pesquisa não apresentava a relação oficializada, sendo destinado o título de união estável, correspondendo a 53 % do total de participantes do estudo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) através do mesmo relatório, afirma que quase 40% das mulheres entrevistadas e que realizaram parto pelo SUS se declararam solteiras, seguidas das casadas com 34,3% e em terceiro lugar estava o estado civil de união estável com 23,1 %.

No que tange à escolaridade, o Relatório Preliminar de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013) nos traz que 39,4% das entrevistadas possuem o nível médio completo, 25,1% o fundamental incompleto e 17,3% o nível médio incompleto.

Quanto ao nível de escolaridade observou-se que nenhuma das participantes apresentava ensino superior completo, sendo que o 2º Grau incompleto foi a categoria que mais prevaleceu com 33,3%, seguido do 2º Grau completo, correspondendo a 25 % do total das entrevistadas.

Dentre as trinta gestantes, sete delas haviam iniciado o pré-natal já no segundo trimestre (23,3 %), sendo preconizado, segundo o Ministério da Saúde brasileiro que este se realize ainda no primeiro trimestre gestacional, este também estabelece que ao todo seja realizado um mínimo de seis consultas durante toda a assistência pré-natal. Todas as participantes da pesquisa já haviam realizado pelo menos quatro consultas e seguindo o programado até o momento do parto este é um quesito que poderá ser preenchido em 100 % dos casos (BRASIL, 2005).

Em relação aos antecedentes gestacionais, observou-se que gestantes que estavam em sua 2ª ou 3ª gestação, caracterizavam a menor faixa etária do grupo, variando entre 18 – 23 anos, um correspondente de 40 % de todas as participantes. Sendo que destas 66,6 % já apresentavam antecedentes obstétricos/ginecológicos.

Sendo que o número de gestações apresentou-se de maneira inversamente proporcional ao nível de escolaridade, ou seja, as participantes que tinham ensino fundamental completo/incompleto eram aquelas que mais apresentavam antecedentes obstétricos (gestações, abortos).

Dentre as 30 participantes, 7 destas (23,3 %) apresentavam menor grau de escolaridade (ensino fundamental completo/incompleto). Destas sete, apenas uma estava na 1ª gestação, ou seja, 85,7% já apresentavam antecedentes gestacionais. Sendo que 50% delas já se encontravam na 3ª gestação, 33,3% na 3ª e 16,6% no 5ª gestação. Isso se deu em virtude de ter descoberto de maneira tardia a gestação ou ainda em virtude das gestantes estarem recém-instaladas na cidade de Florianópolis e se adequando as transformações advindas do processo de mudança.

Da análise dos dados referentes às percepções das gestantes acerca do cuidado recebido no pré-natal, emergiram duas grandes categorias, cada qual com suas subcategorias. Uma primeira categoria, relacionada a aspectos positivos a qual agrupou as seguintes subcategorias: Satisfação e segurança no cuidado recebido no pré-natal; comparação do

cuidado recebido quanto aos locais do parto, gestações anteriores e quanto ao local de atendimento; compreensão das informações recebidas no pré-natal; Lei do acompanhante: segurança na presença do companheiro e interesse e participação do parceiro no processo gestacional. E uma segunda categoria relacionada aos aspectos negativos agrupou as seguintes subcategorias: Primeira gestação: dúvidas, anseios e inseguranças; Dificuldades e obstáculos para o acesso a atenção no pré-natal; Lei do acompanhante: desconhecimento; desinformação quanto as rotinas de atendimento

Quanto aos aspectos positivos verificou-se que as gestantes entrevistadas encontram-se satisfeitas com o serviço ofertado, tendo sido coletada apenas uma opinião de insatisfação quanto ao serviço. Emergiram desta subcategoria, os seguintes relatos: G2: - *“Gosto de todos os profissionais que me atendem aqui, inclusive os estudantes”*. Um outro relato, ainda afirmava: G17: - *“Gosto muito do cuidado recebido aqui, mas acho que poderia sugerir um médico obstetra, caso acontecesse alguma emergência.”* - G21: - *“Gosto muito do lugar e da equipe, não tenho do que reclamar”*. Ou ainda: G23 - *“Não tenho do que reclamar. Quando chego aqui sou sempre atendida”*.

Resultados bastante significativos surgiram quanto à subcategoria de comparação. Obtivemos destaque com comparações em relação ao cuidado recebido no local do parto; comparações quanto a gestações anteriores e ainda, comparações quanto ao local de atendimento.

Em relação aos locais do parto, foi observado que esta questão surgia de modo a apresentar instituições privadas caracterizando-as como locais que traziam mais segurança e organização. Conforme segue nesta afirmação: G10 - *“Mesmo sendo caro, nós estamos mais seguros lá, e mesmo particular eu quero o parto normal”*.

Quando as gestantes já possuíam antecedentes obstétricos (gestações anteriores), foi visto que elas frequentemente relacionavam os conhecimentos prévios para a gestação atual, de modo que falas como: G1: - *“Não tenho mais dúvidas, por que não é minha primeira gestação”*, ou ainda: G7: - *“Ah, na primeira gestação a gente tem muitas dúvidas! Mas na segunda é mais tranquilo, a gente já imagina como vai fazer, mesmo que uma gestação não seja igual a outra?!”*, apareceram com frequência

Quanto aos locais de atendimento, as gestantes que tinham procedência de outros estados, sempre caracterizaram de maneira bastante positiva o atendimento realizado em Florianópolis-SC quando relacionado às experiências passadas nas outras instituições de saúde dos municípios de origem. Conforme o seguinte relato: G15 - *“Em Maceió é bem*

complicado, é péssimo, aqui eu vou ter no HU, se fosse em Maceió “ Meu Deus”, eu teria que pagar”.

Com relação à subcategoria de compreensão das informações recebidas no pré-natal, as gestantes relataram que: G7: - *Sim, consigo compreender tudo tanto na consulta com o médico, como com a enfermeira.* Ou ainda: G23: - *“Sim, consigo entender tudo que me passam”.* Ou: G 30: - *“Consigo entender tudo nas consultas”.*

A Lei do acompanhante é a de número 11.108/2005 (lei ordinária) de 07/04/2005 que surge em alteração da lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde de SUS (PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA, 2013).

A respeito da subcategoria Lei do Acompanhante: segurança na presença do companheiro, surgiram relatos como: G1: - *“Acho isso muito importante a lei do acompanhante, porque aí meu companheiro fica perto de mim e pode me ajudar quando eu precisar.”.* Ou ainda: G4: *“Com certeza quero ter meu companheiro perto de mim na hora do parto, ainda mais por saber que é um direito meu.* Ou G13: - *“Me sinto segura com ele, e sei que ele não sairá de perto de mim, nem para fazer xixi (risos)”.*

Por fim, temos a subcategoria Interesse e participação do parceiro no processo gestacional, que contemplou tais falas: G2: - *Ele sempre pergunta sobre tudo, sempre foi muito interessado e cuidadoso em todas as minhas gestações.* Ou: G11: - *Ele sempre pergunta como foi, como está o desenvolvimento do bebê.* Ou ainda: G14: - *Ele tem mesmo interesse em estar vindo por ele mesmo, não só por mim.*

Em relação a grande categoria dos aspectos negativos, emergiram, conforme já citado, quatro subcategorias, a constar: Primeira gestação: dúvidas, anseios e inseguranças; Dificuldades e obstáculos para o acesso à atenção no pré-natal; Lei do Acompanhante: Desconhecimento; Desinformação quanto às rotinas de atendimento.

Em relação a Primeira gestação: dúvidas, anseios e inseguranças, grande parte das gestantes entrevistadas apresentava interesse aumentado quando se tratava da primeira gestação, onde todas as dúvidas eram mais acentuadas e elas frequentemente afirmaram recorrer a fontes eletrônicas de informação. Obtiveram-se relatos como: G10 : - *“Por ser a minha primeira gestação, eu sempre vou com perguntas e dúvidas perguntava sobre o parto, amamentação”.* Ou: G13: - *Estou bastante ansiosa para ver se vou sentir muita dor na hora no parto, pois tenho muito medo de não conseguir aguentar o parto normal.* Ou ainda: G24: -

Estou bastante insegura quanto ao local qual farei meu parto, pois escuto várias opiniões sobre as maternidades daqui.

A respeito da categoria dificuldades e obstáculos para o acesso a atenção no pré-natal, verificou-se que o parceiro das gestantes que estavam dentre as participantes da pesquisa não se encontravam presentes na maioria das entrevistas devido ao horário do local de trabalho, apresentando este como o maior obstáculo ou desafio para o acompanhamento nas consultas. Emergiram destas categoria a seguinte fala: G5: - *“Meu marido gostaria muito de estar aqui comigo agora, mas ele precisa trabalhar e não pode faltar”*. Ou ainda: G8: - *“Não consigo participar do grupo de gestantes, pois trabalho e preciso ganhar este dinheiro todo mês”*. Com relação a dificuldades de acesso a unidade devido às condições da localização da residência, constatamos a seguinte afirmação: G19: - *“ Só consigo descer as escadas aqui de casa quando tem sol, pois quando chove fica muito escorregadio e tenho medo de cair e assim perder o bebê”*.

Tratando-se da subcategoria Lei do Acompanhante: Desconhecimento, verificou-se que parte das participantes informaram saber sobre a possibilidade de ter um acompanhante, porém sem o conhecimento de que era uma lei e quando indagado sobre o que pensavam a respeito, elas foram unânimes em afirmar que é algo muito benéfico e importante e que traz mais segurança saber que agora elas apresentam este direito assegurado por lei, de modo que assim não ficarão sozinhas no momento do parto. G9: - *“Acho muito importante ter alguém alguém ao meu lado na hora do parto, mas não sabia que isso era um direito”*. Ou: G27: - *“Eu não sabia que isso era uma Lei, pois na minha gestação anterior não pode me acompanhar na hora do parto”*. Ou ainda: G3: - *“Eu não sabia que isto era uma lei, obrigada por me informar”*.

Por fim, como última subcategoria dos aspectos negativos temos a Desinformação quanto as rotinas de atendimento e as informações fornecidas através dele. Em relação ao aleitamento materno, outro item abordado na entrevista, foi identificado que as participantes recebem orientações na maioria das vezes no grupo de gestantes e ainda nas consultas. Sendo que seis gestantes (20%) relataram não ter recebido quaisquer orientações quanto ao tema. G4: - *“Eu ainda não recebi nenhuma orientação sobre a amamentação, pois não consegui participar do grupo de gestantes, mas estou pesquisando na internet”*. Surgiram relatos também de dúvidas em relação a periodicidade dos exames, como por exemplo na seguinte fala: G4: - *“Eu não sabia que deveria realizar uma “bateria” de exames a cada trimestre”*.

Ou ainda: G25:- “Quando é que vou realizar o meu próximo ultrassom obstétrico, pois só realizei um até agora.

DISCUSSÃO

A Rede Cegonha (BRASIL, 2011) é uma estratégia do Ministério da Saúde brasileiro, operacionalizada pelo SUS e fundamentada nos princípios da humanização e assistência. Esta rede assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, o cuidado humanizado à gravidez, parto e puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Tem como uma de suas principais ações a atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em vista as particularidades culturais e de gênero, assim como a diversidade da população.

A proposta da Rede Cegonha foi elaborada nesta lógica das Redes de Atenção à Saúde, ou seja, sempre considerando a importância de se trabalhar regionalmente de forma a garantir o acesso com qualidade à atenção à saúde materna e infantil (BRASIL, 2011).

Foi observado durante a coleta dos dados, que fatores como a escolaridade, bem como a idade gestacional com o qual a gestante iniciou o pré-natal (que se relaciona ao número de consultas), foram dois fatores fortemente significativos que influenciaram na análise posterior dos resultados, o que demonstra e reforça a importância de que a rede Cegonha seja uma rede de assistência centrada no indivíduo e no contexto sociocultural qual ele se encontra.

Segundo Zampieri e Erdmann (2010), a maior parte das gestantes compreendem a importância do pré-natal precoce, mas não atribuem o mesmo valor de importância na pré-concepção, iniciando muitas vezes o pré-natal tardiamente. O cuidado no pré-natal é fundamental para a diminuição da morbimortalidade fetal e materna, além de contribuir de forma significativa na preparação para a maternidade, paternidade e para um nascimento seguro e saudável.

O que caracteriza a importância do profissional de saúde que recebe esta gestante de estar informando e orientando-a sobre os riscos que podem ser acarretados em relação as gestações que não são precocemente acompanhadas, como conforme citado acima, as gestantes que estavam se mudando advindas de outros estados ou ainda aquelas que não identificaram os sinais e sintomas decorrentes do processo gestacional

Ainda foi evidenciado que em situações onde a gestação foi não-planejada ou mesmo indesejada, parecia não haver um interesse realmente significativo na atenção pré-natal e na importância em realizá-lo.

Estes dados levantam questionamento se a usuária está realmente satisfeita com o serviço, ou se ela desconhece as informações que deveriam estar sendo passadas para ela. Foi visto também que em situações onde a gestação não foi planejada ou era mais extrema (até mesmo não desejada) observou-se que não havia um interesse no serviço oferecido durante o pré-natal. Questionamentos básicos, como por exemplo: sua importância, o porquê de ele ser realizado, o objetivo dos exames solicitados, tampouco pareciam ter relevância.

Então se observou que a falha no serviço talvez esteja muito mais além do que propriamente a atenção que elas recebem, e sim a importância que todo o processo gestacional requer que a ele seja dado.

Foi identificado que o grupo de gestantes se configura como um importante espaço de educação em saúde, porém a participação nele parece ainda não ter o alcance esperado e que decorre sempre dos mesmos motivos, o trabalho, o horário não acessível e muitas vezes até a presença de outra criança qual a gestante é mãe.

De acordo com o Relatório Preliminar de Pesquisa do Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), já mencionado anteriormente, temos a informação de que das 83.875 mulheres participantes, apenas 25,8% participaram de atividades educativas em grupo. Zampieri e Erdmann (2010) estão de acordo ao afirmar que para a maioria das gestantes, o cuidado no pré-natal se limita à consulta de enfermagem ou médica. No entanto este processo inclui não somente as consultas, mas também visitas domiciliares, ações educativas, grupos de saúde e conversas com outros profissionais como nutricionistas ou psicólogos e trocas de experiências com outras gestantes.

Do ponto de vista de alguns profissionais, deveria ser realizado encontros terapêuticos educativos e interdisciplinares, pois este abrangeria boa parte das necessidades da gestante e do casal grávido, promovendo comportamentos saudáveis, evitando riscos e tratando agravos desde o início (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Um detalhe importante que surge como reflexo de uma nova política de promoção à Saúde do Homem é a participação deles nas consultas de pré-natal e também no próprio grupo de gestantes. Surge uma cumplicidade e também uma inclusão do pai como sujeito protagonista no processo de gestação.

Ainda que pouco comum, a figura masculina é cada vez mais presente nesse ambiente que até então se configurava apenas pelas gestantes. Eles estão se interagindo de todo o processo e também deixando as companheiras mais seguras e amparadas segundo os relatos das entrevistadas.

A Rede Cegonha (BRASIL, 2011) nos traz que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência sexual e reprodutiva de homens e mulheres. Este é um processo singular, uma experiência especial para a mulher e seu parceiro, envolvendo também suas famílias e a comunidade. A gestação, o parto e o puerpério constituem uma experiência humana das mais significativas, com forte potencial positivo e enriquecedora para todos os envolvidos.

Outra questão importante foi em relação ao modo de comunicação informal, a busca por informações através do uso de internet, jornais, revistas e até mesmo por outros familiares é uma questão bastante significativa, pois ao mesmo tempo em que a gestante apresenta um interesse aumentado pelas informações e tem curiosidade sobre ele. O profissional deve estar ali a todo o momento presente para preencher suas dúvidas e questionamentos a fim de evitar informações contraditórias ou mesmo errôneas quando em comparação aquelas passadas durante as consultas.

Em relação ao local do parto, ainda parece haver muitas incógnitas sobre onde será e se realmente elas apresentam algum conhecimento sobre o local. Na maioria das vezes a escolha do local fica por parte de informações que os familiares e conhecidos passam, assim como também critérios de exclusão para outros locais, sem que ela por si só, tenha tido a oportunidade de conhecer realmente o serviço ofertado por cada um dos locais.

O Relatório Preliminar de Pesquisa (BRASIL, 2013) nos traz que 60,9% das mulheres que fizeram pré-natal pelo SUS foram informadas sobre o local onde deveriam fazer o parto. Destas, 41,6% visitaram o local e 85,7% realizaram o procedimento no local indicado.

Foi visto que as especialidades médicas, ainda parecem ter seu papel no que diz respeito à segurança das gestantes. O que configura a falta de informação e orientação em relação ao serviço, uma vez que em situações onde a gestação é de baixo risco, o acompanhamento na unidade de saúde é inteiramente capaz de suprir todas as necessidades que o pré-natal pode vir a apresentar.

De acordo com Zampieri e Erdmann (2010), as gestantes ainda enfatizam sua credibilidade no atendimento especializado. Este fator confirma a cultura biomédica em que vivemos. Esta fragmentação do saber reduz o indivíduo à doença e ao sofrimento

manifestado, em contrapartida à atenção integral à saúde engloba as dimensões familiar, social e comunitária, ampliando a visão de saúde e buscando compreender as necessidades apresentadas pelos indivíduos. Como barreira para o cuidado integral e humanitário, há a formação assistencial dos profissionais, ainda dentro de uma lógica hospitalocêntrica. O trabalho e o aprendizado ficam centrados na produtividade, resultando em atendimentos superficiais, e não interdisciplinados.

Dentre os questionamentos que surgiram, pode-se refletir sobre o fato de que mesmo estando no terceiro trimestre, as gestantes ainda apresentam muitas dúvidas em relação a assuntos triviais e que já foram ou deveriam estar claros com a proximidade do parto, por exemplo, as dúvidas relacionadas aos exames, para que são feitos, a importância da periodicidade trimestral, como é realizado e qual a finalidade do Ultrassom Obstétrico, pois evidencia-se que nas próprias respostas coletadas, ainda tínhamos dúvidas evidenciadas.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2004), a promoção da saúde, a ampliação do acesso aos serviços, a humanização e a melhoria da qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação da população e no reconhecimento de direitos.

Assim, temos o parecer de satisfação das gestantes, a solicitação dos exames, mas talvez ainda torne-se necessário reavaliar qual o direcionamento que esta assistência está apresentando do ponto de vista da própria orientação e educação em saúde desta usuária, algo tão particular da profissão do Enfermeiro.

De acordo com o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002), a humanização compreende dois aspectos fundamentais. O primeiro se refere à questão de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Exigindo uma atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente agradável e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro aspecto se refere à adoção de medidas e procedimentos benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizada, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, além de causarem possíveis riscos para ambos.

Segundo Zampieri e Erdmann (2010), a promoção de saúde busca capacitar os indivíduos e conseqüentemente comunidades inteiras, fortalecendo sua autonomia responsável

nos seus determinantes de saúde. Para esse processo, é necessário que aconteça um trabalho em rede, com a implementação de políticas públicas favoráveis, juntamente com a sociedade.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Concluiu-se ao término deste estudo, que o cuidado pré-natal segundo as percepções das gestantes, apresenta-se como espaço onde as mesmas conseguem se inteirar melhor sobre o que é o processo gestacional e também acompanhar o desenvolvimento do bebê e as mudanças fisiológicas acarretadas pelo processo gestacional.

Os resultados do estudo evidenciam o quanto incipientes e subjetivas podem ser as percepções das gestantes quanto ao cuidado recebido no pré-natal, uma vez que elas mostraram-se satisfeitas com o serviço, no entanto não conseguindo descrevê-lo com muita facilidade.

Foi possível observar que o trabalho realizado nas consultas de enfermagem parece se tratar do espaço que a gestante tem para poder realmente aprender com o profissional e fazer seus questionamentos.

O grupo de gestantes se apresenta como um momento onde as experiências são compartilhadas. Do ponto de vista relatado por elas, é realmente importante e interessante participar do grupo uma vez que lá elas conseguem aprender sobre vários assuntos que nem sempre podem ser abordados nas consultas.

Em relação aos questionamentos realizados nas consultas de enfermagem e na consulta médica, predominantemente não existe divergência quanto às informações que elas buscam em cada uma das consultas. Porém foi afirmado em algumas falas que durante a consulta médica as pacientes optavam por ver como estava o desenvolvimento da criança, os riscos do processo gestacional, enquanto a consulta de enfermagem, apresentava uma característica mais informativa, relacionada ao processo de amamentação, cuidados com o bebê, o que levar no momento do parto.

O que conclui que ainda pode haver um estigma relacionado com o fato de que a enfermagem faz um trabalho mais destinado a orientar e a cuidar, do que a prevenir e mesmo tratar, limitando assim o nosso poder resolutivo, de acordo com a percepção de 6,6 % das entrevistadas. O que caracteriza uma necessidade importante de reavaliar a conduta passada à gestante e o modo como às orientações acontecem.

O grau de escolaridade da usuária parece ser um fator fortemente envolvido para o melhor desenvolvimento da atenção prestada neste serviço, uma vez que gestantes com maior

grau de instrução, iniciavam mais cedo o atendimento pré-natal e também conseguiam realizar um acompanhamento mais efetivo.

Em situações onde a gravidez havia sido devidamente planejada, era possível perceber um maior interesse e engajamento da gestante no processo pré-natal, onde na situação reversa é notável a pouca participação ou interesse, inclusive caracterizado pelo déficit de conhecimento sobre as questões relacionadas a essa assistência.

Os exames realizados durante a gestação parece ainda ser um ponto bastante frágil, pois em diversos casos as gestantes conseguem listar os exames ou ainda mencionar que são importantes, porém em raras situações conseguem correlacionar a necessidade de realizar cada um deles, inclusive não conseguindo identificar o propósito dos mesmos. O que pode significar uma não adesão da gestante, uma vez que a importância dos exames não está elucidada.

Fica evidenciada a necessidade de um olhar amplo e que consiga englobar o contexto qual a gestante e sua família estão inseridos, pois só assim o cuidado no pré-natal se efetuará de maneira exclusiva e de acordo com as necessidades que ela apresenta, tendo como resultado final, gestantes instruídas, um parto seguro e bem sucedido e o nascimento de uma criança saudável.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Maria Cristina. **Metodologia do trabalho científico**. Disponível em: <http://portal.virtual.ufpb.br/biblioteca-virtual/files/pub_1291081139.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2012.

BARDIN, Laurence. (1979). **Análise de conteúdo** (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos**. Brasília: O Conselho, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Relatório Preliminar de Pesquisa Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa**. Departamento de Ouvidoria Geral do SUS. Ano 2013. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/iii_video_01.pdf>. Acesso em: 28 jun 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Boletim 1/2012 - Mortalidade materna no Brasil**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil>. Acesso em: 15 dez 2012.

_____. **Manual prático para implementação da rede cegonha**, 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 19 set. 2012.

_____. **Programa humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012

_____. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Plano de ação 2004/2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

CESAR, A. Juraci, et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, Nov. 2012. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 nov. de 2012.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500007>>. Acesso: 28 out. 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.p>. Acesso em 04 jun. 2013.

HERNÁNDEZ, Maria de Jesus. **Percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério à luz das políticas públicas peruanas**. 2012. 114p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,

Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

LANDERDAHL, Maria. Celeste, et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1 mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

LEAL, Maria do Carmo. Estar grávida no Brasil, **Jornal O Globo**, 09 jun. 2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/saude/estar-gravida-no-brasil-5134956>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

PEIXOTO, Catharina Rocha, et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-291, abr./jun. 2010 .

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm> - Acesso em 07 jun. 2013.

SALVADOR, Bianka Caliman, et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **Rev. Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 167-174, 2008.

TEIXEIRA, Ivonete Rosânia; AMARAL, Renata Mônica Silva; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Rev. e-Scientia**. Belo Horizonte, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em <<http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166/96>> Acesso em 17 de Jun

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jun 2013

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Fica registrada aqui a importância de realizar um estudo que permita que um serviço seja avaliado por quem o recebe, pois é assim onde verdadeiramente conseguimos apreender a forma qual ele está sendo recebido e o quanto de sua missão está sendo realmente cumprida.

Ainda existem muitos dados a serem melhor explorados no que diz respeito à assistência pré-natal, e compreendemos isto como uma limitação do estudo realizado, mas também reconhecemos a sua importância e as descobertas trazidas por ele.

Percebemos que ainda temos uma visão que julga a especialidade e que ainda precisa reconhecer o valor e a importância da atenção básica, como um espaço privilegiado de promoção à saúde, orientação e de acompanhamento de todo este processo e que desde que ele aconteça como o esperado, a Unidade Básica é o local onde ela deve acontecer.

Percebemos um aumento da participação do pai, ainda que de maneira discreta nos grupos, nas consultas e na realização dos exames mais complexos, o que indica o quanto é valioso e fornece segurança para a gestante.

Vimos também que as informações estão sendo transmitidas cada vez de modo informal, e que os recursos tecnológicos são cada vez mais utilizados, de modo que a internet esta surgindo como uma grande aliada, porém é fundamental que o profissional que está ali na ponta, saiba determinar e sanar as dúvidas da gestante para que informações errôneas não sejam transmitidas a elas.

Este último trabalho foi fundamental como um exercício para o desenvolvimento e aprimoramento das habilidades de pesquisadores, foi uma tarefa exaustiva, porém compensadora, pois observamos o quanto é importante se dedicar a um assunto a fim de fornecer contribuições para que ele se torne o melhor e mais efetivo possível.

Chegamos ao término do último estágio da graduação com a sensação de missão cumprida. Nada nunca é tão bom que não pode ser melhorado ou superado, porém este estágio foi particularmente intenso e muito engrandecedor para nós enquanto futuras enfermeiras.

Visto que o Estágio Supervisionado II caracteriza-se pela inserção total do acadêmico no campo de estágio, é através das vivencias dele que podemos compreender o dia-a-dia da instituição e da população dependente dela. Nos transformamos em profissionais da unidade, colegas dos servidores e amigos acolhedores, ao menos assim esperamos, de nossos clientes/usuários diários.

Conseguimos compreender a importância de ver o cliente/usuário com um olhar holístico, traçar as características da comunidade onde ele se encontra e quais são as

dificuldades que ele apresenta para poder ir à unidade, para compreender as orientações e para aderir ao tratamento recomendado.

Em diversas situações a criatividade precisou estar presente, para o desdobramento das mais diversas situações, o “jogo de cintura”, o manejo e o ombro amigo nas situações complicadas e angustiantes também precisou estar constantemente presente.

Em associação a todo o nosso novo olhar, agora mais autônomo e independente, pois não éramos apenas acadêmicas de enfermagem e sim formandas do curso de graduação, futuras enfermeiras, ainda tínhamos a dedicação “extra-estágio” para com o nosso último trabalho, o Trabalho de Conclusão de Curso, qual necessitou de grande empenho e companheirismo de nossa parte e que nos fez assumir a função de pesquisadoras, algo até então não explorado particularmente por nenhuma de nós, mas o que com o auxílio de nossa orientadora e a compreensão de nosso sempre presente supervisor transcorreu da maneira mais harmônica possível e desejável.

Fica a saudade, o “gostinho de quero mais” pela oportunidade de ter trabalhado com uma equipe tão acolhedora, educada e sensível as nossas necessidades e que nos oportunizou um ótimo campo de estágio.

REFERÊNCIAS

ASSIS, Maria Cristina. **Metodologia do trabalho científico**. Disponível em: <http://portal.virtual.ufpb.br/biblioteca-virtual/files/pub_1291081139.pdf>. Acesso em: 06 nov. 2012.

BARDIN, Laurence. (1979). **Análise de conteúdo** (L. A. Reto & A. Pinheiro, Trad.). São Paulo: Edições 70, Livraria Martins Fontes (Obra original publicada em 1977).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos/equipe de colaboração**. 3º ed. - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde, 2000.

_____. **Manual prático para implementação da rede cegonha**, 2011. Disponível em: <www.saude.mt.gov.br/arquivo/3062>. Acesso em: 19 set. 2012.

_____. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde da criança**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher: Plano de ação 2004/2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. **Boletim 1/2012 - Mortalidade materna no Brasil**. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/index.cfm?portal=pagina.visualizarTexto&codConteudo=6403&codModuloArea=783&chamada=boletim-1/2012-_-mortalidade-materna-no-%20%20brasil>. Acesso em: 15 dez 2012.

_____. **Painel de Monitoramento de Mortalidade Materna**. Disponível em: <<http://svs.aids.gov.br/dashboard/mortalidade/materna.show.mtw>> Acesso em 08 jul 2013.

_____. **Programa humanização do parto: humanização do pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acesso em: 19 set. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. **Pré-natal humanizado: um olhar para além das divergências e congruências.** 2004. Projeto de qualificação (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Pós-Graduação de Enfermagem, Florianópolis, 2004b.

_____. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos. Brasília: O Conselho, 1996.

CESAR, A. Juraci, et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 1, Nov. 2012. <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2012001100010&script=sci_arttext>. Acesso em: 08 nov. de 2012.

DOTTO, Leila Maria Geromel; MOULIN, Nelly de Mendonça; MAMEDE, Marli Villela. Assistência pré-natal: dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 14, n. 5, out. 2006. Disponível em <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692006000500007>>. Acesso: 28 out. 2012.

FONTANELLA, Bruno José Barcellos; RICAS, Janete; TURATO, Egberto Ribeiro. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 17-27, jan. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/02.p>. Acesso em 04 jun. 2013.

FUMEC. **Modelo básico para elaboração do termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE)**. Disponível em: <www.fumec.br/anexos/pesquisa/roteiro_basico_TCLE.pdf>. Acesso em: 10 dez. 2012.

HERNÁNDEZ, Maria de Jesus. **Percepção de mulheres HIV-positivo acerca do cuidado recebido no pré-natal, parto e puerpério à luz das políticas públicas peruanas.** 2012. 114p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2012.

LANDERDAHL, Maria. Celeste, et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery R Enferm**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1 mar. 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v11n1/v11n1a15.pdf>>. Acesso em: 05 nov. 2012.

LEAL, Maria do Carmo. Estar grávida no Brasil, **Jornal O Globo**, 09 jun. 2012. Disponível em: <<http://oglobo.globo.com/saude/estar-gravida-no-brasil-5134956>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

PEIXOTO, Catharina Rocha, et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-291, abr./jun. 2010 .

PRESIDÊNCIA DA REPÚBLICA – **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005**. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/111108.htm> - Acesso em 07 de jun de 2013.

SALVADOR, Bianka Caliman, et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. **Rev. Médica de Minas Gerais**. Belo Horizonte, v. 18, n. 3, p. 167-174, 2008.

TEIXEIRA, Ivonete Rosânia; AMARAL, Renata Mônica Silva; MAGALHÃES, Sérgio Ricardo. Assistência de enfermagem ao pré-natal: reflexão sobre a atuação do enfermeiro para o processo educativo na saúde gestacional da mulher. **Rev. e-Scientia**. Belo Horizonte, v. 3, n. 2, 2010. Disponível em <<http://revistas.unibh.br/index.php/dcbas/article/view/166/96>> Acesso em 17 de Jun 2013.

UNICEF. **Mortes maternas caem um terço em todo o mundo**. Disponível em: <http://www.unicef.org/brazil/pt/media_18811.htm>. Acesso em: 15 dez 2012

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. Atenção pré-natal. In: VERDI, Marta; BOEHS, Astrid Eggert; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Enfermagem na atenção primária de saúde – Atenção ao pré-natal**. Textos Fundamentais. v.1. Cap. 16. Saúde Coletiva e Saúde da Criança. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005, p. 361-432.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000300009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 17 Jun 2013.

ANEXOS

Anexo A

Quadro 7 - Orientações para a gestante de acordo com sua semana de gestação

1 a 12 semanas – orientar em relação à importância de realizar mensalmente o pré-natal; à dieta alimentar e frequência da mesma; à hidratação necessária à gestante; ao perigo da automedicação; ao uso de drogas e RX; ao sono e repouso; aos exercícios e relaxamento; à importância da participação do companheiro e dos familiares durante o processo de gestação, ao tratamento dentário; aos cuidados com o corpo e a sexualidade; aos exames laboratoriais; as transformações psíquicas, sociais, culturais, gravídicas relativas a esse período e cuidados necessários; à importância de realizar o preventivo de câncer de colo uterino; ao desenvolvimento fetal e; à importância de elaborar um “diário de gravidez”.

13 a 25 semanas – reforçar a orientação sobre: a importância da participação do companheiro e dos familiares durante o processo de gestação; o sono e repouso, exercícios e relaxamento; a sexualidade e lazer. Orientar sobre: a importância do aleitamento materno e preparo da mama para a amamentação; a higiene, vestuário e trabalho; a dieta alimentar; a importância da vacina antitetânica e necessidade de realizá-la; as modificações e distúrbios gravídicos relativos a este período e cuidados necessários; o desenvolvimento e crescimento fetal; sobre a maternidade e paternidade; os exercícios respiratórios e abdominais e; e participação em grupos de gestantes e casais grávidos.

22 a 33 semanas – reforçar a orientação sobre: a sexualidade; os exercícios respiratórios, abdominais e cuidados com a postura. Orientar sobre: a atividade física; a capacidade de o bebê perceber as sensações auditivas; os cuidados com o recém-nascido; os sinais de trabalho de parto e sinais de perigo; a importância da participação do companheiro e dos familiares durante o processo de gestação, parto e pós-parto; o enxoval, se for de interesse da gestante e; a contracepção no pós-parto.

34 a 41 semanas - orientar sobre: os exercícios respiratórios (relaxamento entre as contrações e expulsão); as rotinas da maternidade e documentação necessária para a internação obstétrica; a sexualidade neste período; a necessidade de reduzir o espaçamento entre as consultas; a importância de visitar a maternidade; o que levar para a maternidade (roupas para si e para o bebê, material de higiene, etc); os sinais de trabalho de parto aos familiares para que possam saber o momento de levar a gestante à maternidade e para ajudarem a gestante em relação aos outros filhos; o retorno após 10 dias ao posto de saúde para acompanhamento do RN, teste do pezinho, exame auditivo, amamentação; retorno da gestante à ULS para realizar a consulta pós-parto e sobre a imunização.

OBSERVAÇÃO: enfatizamos que sempre devemos estar atentos às prioridades levantadas na consulta, sendo que estas orientações deverão ser flexíveis, de acordo com a necessidade de cada mulher, servindo para auxiliar no planejamento das ações.

Anexo B

Atribuições da Rede de Atenção à Saúde:

1. População e território definidos com amplo conhecimento de suas necessidades e preferências que determinam a oferta de serviços de saúde;
2. Extensa gama de estabelecimentos de saúde que presta serviços de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, gestão de casos, reabilitação e cuidados paliativos e integra os programas focalizados em doenças, riscos e populações específicas, os serviços de saúde individuais e os coletivos;
3. Atenção Básica em saúde estruturada como primeiro nível de atenção e porta de entrada do sistema, constituída de equipe multidisciplinar que cobre toda a população, integrando, coordenando o cuidado, e atendendo as suas necessidades de saúde;
4. Prestação de serviços especializados em lugar adequado;
5. Existência de mecanismos de coordenação, continuidade do cuidado e integração assistencial por todo o contínuo da atenção;
6. Atenção à saúde centrada no indivíduo, na família e na comunidade, tendo em conta as particularidades culturais, gênero, assim como a diversidade da população;
7. Sistema de governança único para toda a rede com o propósito de criar uma missão, visão e estratégias nas organizações que compõem a região de saúde; definir objetivos e metas que devam ser cumpridos no curto, médio e longo prazo; articular as políticas institucionais; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e das organizações;
8. Participação social ampla;
9. Gestão integrada dos sistemas de apoio administrativo, clínico e logístico;
10. Recursos humanos suficientes, competentes, comprometidos e com incentivos pelo alcance de metas da rede;
11. Sistema de informação integrado que vincula todos os membros da rede, com identificação de dados por sexo, idade, lugar de residência, origem étnica e outras variáveis pertinentes;
12. Financiamento tripartite, garantido e suficiente, alinhado com as metas da rede
13. Ação intersetorial e abordagem dos determinantes da saúde e da equidade em saúde;
14. Gestão baseada em resultado.

(BRASIL, 2011, p. 5).

Anexo C



Prefeitura Municipal de Florianópolis
Secretaria Municipal de Saúde
Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em
Saúde

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos - CEPESH, e como representante legal da Instituição, tomei conhecimento do projeto de pesquisa: **"PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DA ATENÇÃO RECEBIDA NO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE"** da pesquisadora responsável Prof^a Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos e cumprirei os termos da Resolução CNS 196/96 e suas complementares, e como esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos, condicionando seu início à apresentação do parecer favorável do CEPESH.

Florianópolis, 23/01/2013

Márcia Sueli Del Castanhele
Membro da Comissão de Acompanhamento dos Projetos de Pesquisa em
Saúde / SMS / PMF

Anexo D

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DA ATENÇÃO RECEBIDA NO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

Pesquisador: Evanguella Kotzias Atherino dos Santos

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 12939013.7.0000.0121

Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Catarina

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 302.189

Data da Relatoria: 10/06/2013

Apresentação do Projeto:

O projeto de pesquisa intitulado "PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DA ATENÇÃO RECEBIDA NO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE" se trata de um projeto de TCC (Trabalho de Conclusão de Curso) do Curso de Enfermagem da UFSC, desenvolvido na área de concentração "Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem", dentro da linha de pesquisa "O Cuidado à Saúde da mulher e ao recém-nascido". O estudo propõe uma pesquisa qualitativa que visa "avaliar o atendimento pré-natal em Unidade básica de saúde sob a perspectiva das gestantes". O estudo será realizado com 50 "gestantes de terceiro trimestre atendidas em uma Unidade Básica de Saúde da cidade de Florianópolis, SC, residentes do bairro Itacorubi, que se encontrarem no terceiro trimestre gestacional, independentemente da idade, estado civil, escolaridade e raça". Os dados serão coletados "através de um roteiro semiestruturado, que é formado por três partes, sendo estas: Identificação, Antecedentes obstétricos e Percepção da gestante acerca do cuidado recebido no pré-natal, que será concluída quando ocorrer a saturação teórica dos dados". Serão também utilizadas as informações contidas nos "prontuários eletrônicos das gestantes participantes da pesquisa, para verificar se os exames solicitados foram realizados, bem como para detectar alguma intercorrência importante de saúde, tais como ganho excessivo de peso, pressão arterial, índice glicêmico".

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima

Bairro: Trindade

CEP: 88.040-900

UF: SC

Município: FLORIANÓPOLIS

Telefone: (48)3721-0206

Fax: (48)3721-0606

E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 302-109

Objetivo da Pesquisa:

- Compreender as percepções de gestantes acerca da atenção em saúde recebida no pré-natal, no âmbito da atenção básica.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Afirma-se que o estudo "não oferece qualquer tipo de risco aos participantes, por se tratar apenas de entrevistas com as gestantes" e que "serão consideradas as prerrogativas exigidas pela Resolução n. 196/1996", estando as informações sobre a natureza voluntária da participação, preservação do anonimato, confidencialidade dos dados, e possibilidade de desistência a qualquer momento, sem qualquer prejuízo às participantes, garantidas no TCLE. Foi previsto também a anuência dos responsáveis legais nos casos em que as normas se aplicam para as menores de idade.

Em relação aos benefícios advindos do estudo ressalta-se a possibilidade deste "promover uma melhora no atendimento e atenção às gestantes" e de "oferecer um retorno às Unidades Básicas de Saúde com relação ao atendimento do pré-natal".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

"Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratório-descritiva, com abordagem qualitativa, que tem como objetivo identificar as percepções de gestantes acerca da atenção recebida no pré-natal". Os dados serão coletados "através de entrevista semiestruturada e será concluída quando ocorrer a saturação teórica. As entrevistas serão gravadas e transcritas, para posteriormente serem submetidas à análise. Os dados serão organizados de acordo com o método de análise de conteúdo temática de Bardin (1979), que inclui as etapas: pré-análise com exploração do material, tratamento dos resultados, inferência e interpretação. A coleta de dados será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina e aprovada pelo Departamento de Integração Ensino-Serviço da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, SC. Para a realização do estudo serão consideradas as prerrogativas exigidas pela Resolução n. 196/1996 (BRASIL, 1996)".

O estudo é relevante uma vez que poderá trazer resultados que provoquem reflexões e ações que mudem o cenário da mortalidade materno-infantil.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os documentos necessários ao processo estão disponíveis na Plataforma Brasil e todos estão de acordo com a legislação vigente: 1) Folha de rosto; 2) Projeto de pesquisa (formulário devidamente

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Parecer: 302-109

preenchido e o projeto completo anexado); 3) Menção de realização do projeto com recursos próprios; 4) Anuência da Instituição através de declaração da Secretária Municipal da Saúde de Florianópolis, datada de 23/01/2013; 5) Em relação ao TCLE, o mesmo foi revisado e contempla todos os aspectos necessários para que atenda à legislação vigente: (a) Utilização de linguagem compreensível e acessível às participantes; (b) Inclusão das informações de contato, telefone(s) e email da pesquisadora responsável pela pesquisa; (c) Previsão da solicitação de permissão para acesso às informações dos prontuários eletrônicos das gestantes; (d) Previsão da anuência dos responsáveis legais nos casos em que as normas se aplicam para as menores de idade, faltando corrigir no TCLE o local da assinatura do responsável pela menor, quando for o caso.

Recomendações:

No primeiro relatório apresentar o TCLE corrigido. Na verdade, devem ser feitos dois TCLE, um para as maiores de idade e outro para as menores de idade. No TCLE para as menores de idade, no mesmo documento, as menores fazem o assentimento através de seu nome e assinatura e, mais abaixo, seus responsáveis legais assinam (nome e assinatura).

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

De acordo com o exposto nesse parecer, o projeto de pesquisa "PERCEPÇÕES DE GESTANTES ACERCA DA ATENÇÃO RECEBIDA NO PRÉ-NATAL EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE" deve ser considerado APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
 Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
 UF: SC Município: FLORIANÓPOLIS
 Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0606 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA CATARINA - UFSC



Continuação do Processo: 202.109

FLORIANOPOLIS, 12 de Junho de 2013

Assinador por:
Washington Portela de Souza
(Coordenador)

Endereço: Campus Universitário Reitor João David Ferreira Lima
Bairro: Trindade CEP: 88.040-900
UF: SC Município: FLORIANOPOLIS
Telefone: (48)3721-0208 Fax: (48)3721-0696 E-mail: cep@reitoria.ufsc.br

APÊNDICES

Apêndice A



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM



Projeto: **Percepções de gestantes acerca da atenção recebida no pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde.**

Pesquisadora Coordenadora

Prof^ª. Dr^ª. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos.

Pesquisadores participantes

Ana Paula Machado do Nascimento, Helena Doege e Marina Monte Barardi.

Instituição de ensino

Curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina/ UFSC.

ROTEIRO GUIA – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA PARA ABORDAGEM DA GESTANTE

Parte 1 - Identificação

Iniciais do nome: _____
Idade: _____
Estado civil: _____
Condições do domicílio: Tipo de construção: _____ N° de cômodos: _____
Quais: _____
Renda familiar: _____
Número de pessoas residentes na família: _____
Escolaridade: _____
Profissão/ocupação: _____
Naturalidade: _____
Procedência: _____
Endereço: _____
Telefone para contato: _____
Crença religiosa: _____

Parte 2 – Antecedentes Obstétricos

Número de gestações: _____
 Número de abortos: _____ Espontâneo () Provocado () Curetagem ()
 Número de partos: _____ Domiciliares: _____ Hospitalares: _____
 Tipo de parto: _____
 Idade na 1ª gestação: _____
 Intervalo entre os partos: _____
 Data do último parto: _____
 Número de filhos e idade dos filhos: _____ Pré-termo: _____ Pós-termo: _____
 Baixo peso (menos de 2.500g): _____ Sobre peso (mais de 4kg): _____
 Amamentou os filhos? _____ Quanto tempo? _____
 Houve complicações no pós-parto? _____

Parte 3 – Percepção da gestante acerca do cuidado recebido no pré-natal

1- Como você percebe o cuidado recebido no Pré-Natal? Fale-nos sobre isso.

2- Todas as informações passadas para você são claras, consegue compreender tudo que é passado para você no decorrer do atendimento médico? E no de enfermagem?

3- Quais as necessidades que você busca suprir /esclarecer nas consultas médicas? E nas consultas de enfermagem?

4- Que sugestões você daria melhorar ainda mais este serviço?

5- Com que idade gestacional você iniciou o pré-natal? Quantas consultas você conseguiu realizar até o momento?

6- Você saberia dizer quais exames realizou durante o seu pré-natal até o momento? Foi em algum momento orientada sobre sua importância.

7- Você foi orientada em algum momento sobre os benefícios e vantagens da amamentação? Como recebeu esta orientação? Foi no consultório ou em algum grupo?

8- Você conseguiu participar de algum grupo educativo ou de alguma orientação sobre o processo de gestação durante o seu pré-natal?

9- Você já pensou no local que deseja ter seu parto? Por que escolheu este local? Recebeu alguma orientação/informação sobre ele?

10- Seu parceiro acompanha ou acompanhou você durante algum momento na assistência pré-natal? O que pensa a respeito disso?

11- Você já ouviu falar em algum momento sobre a lei do Acompanhante? Quem você pretende levar para acompanhá-la durante este momento?

Apêndice B



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

O projeto de pesquisa intitulado **“Percepções de gestantes acerca da atenção recebida no Pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde”** tem como objetivo identificar a percepção de gestantes acerca da atenção recebida no pré-natal.

Este projeto de pesquisa faz parte do Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC e é orientado pela Prof^ª. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos (pesquisadora responsável) e desenvolvido pelas acadêmicas Ana Paula Machado do Nascimento, Helena Doege e Marina Monte Barardi nos Centros de Saúde Itacorubi e Saco Grande, no período de abril de 2013 a junho de 2013.

A coleta de dados para o estudo ocorrerá por meio de entrevista com auxílio de um roteiro guia pré-elaborado, que estará sendo gravada ou escrita pelas próprias acadêmicas e posteriormente será transcrita para análise. Solicitamos também a sua permissão para o acesso em seu prontuário eletrônico para consulta a eventuais dados necessários. Os documentos e instrumentos utilizados na coleta de dados serão guardados nos arquivos do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR/UFSC), sendo que só terão acesso as pesquisadoras envolvidas.

A pesquisa não oferece qualquer risco a seres humanos. A mesma se orientará e obedecerá aos cuidados éticos colocados pela Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e será considerado o respeito às participantes e à Instituição participante em todo processo investigativo. Sua participação não envolve riscos físicos, mas poderá se recusar a participar e desistir de sua participação em qualquer tempo, sem qualquer prejuízo. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes das participantes não serão identificados em nenhum momento, a imagem individual e institucional será protegida, assim como, serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos. Os resultados da pesquisa trarão benefícios para a qualificação da atenção às gestantes no pré-natal. O direito de informação e de esclarecimento de dúvidas

relacionadas à pesquisa, lhe é assegurado. Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante o seu desenvolvimento, ou se desejar desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato conosco através das formas de contato informadas no final do documento. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou divulgação em eventos científicos. Em todas as publicações ou divulgações, serão garantidos o sigilo e a confidencialidade dos dados referentes à identificação das participantes da pesquisa.

Gostaríamos de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, solicitamos que preencha o campo abaixo e assine o documento, que terá duas vias, sendo que uma ficará em seu poder e outra com as pesquisadoras.

Eu _____, fui informada, dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima, compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento. Para isso, concordo com a participação no mesmo.

Assinatura da Participante

Documento de Identidade

Assinatura da Pesquisadora Responsável

Florianópolis, ____ de _____ de 2013

Quaisquer informações adicionais sobre a pesquisa poderão ser obtidas através dos endereços abaixo:

- Pesquisadora responsável:

Nome Completo: Prof. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Documento de Identificação: RG:185772

Endereço completo: Rua Presidente Coutinho n 264, Centro – Florianópolis. CEP: 88015-230

Endereço de e-mail: gregos@matrix.com.br

Telefones: (048) 32224682 ou 99690135

- Pesquisadoras principais:

Nome Completo: Ana Paula Machado do Nascimento.

Documento de Identificação: RG: 5.444.131

Endereço Completo: Rua Felisbino da Silva: 1.173. Areias. São José – SC CEP: 88.113-850

Endereço de e-mail: paulinhah_1234@hotmail.com

Telefones: (48) 3257-8515; (48) 8817-3650.

Nome Completo: Helena Doege

Documento de Identificação: RG: 4.429.300

Endereço Completo: Rua Celso Ramos, número: 6.500. Centro. Benedito Novo – SC CEP: 89.124-000

Endereço de e-mail: lenadoege@gmail.com

Telefones: (47) 3385-0104; (47) 9159-4228.

Nome Completo: Marina Monte Barardi

Documento de Identificação: RG: 3.845.482

Endereço Completo: Rua Mané Vicente, número 997, casa 4. Monte Verde. Florianópolis- SC CEP: 88.032-600

Endereço de e-mail: majambarardi@hotmail.com

Telefones: (48) 3338-2672; (48) 91176220

SITUAÇÃO DE PARTICIPANTE MENOR DE IDADE

Eu, _____, sendo menor de idade, declaro, por meio deste termo, que recebi informações sobre a pesquisa intitulada: **“Percepções de gestantes acerca da atenção recebida no Pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde”** e concordei em ser entrevistado (a) para este estudo. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicado (a), poderei contatar a orientadora responsável: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, através do telefone: (48) 99690135 ou e-mail: gregos@matrix.com.br, comunicando-me a qualquer momento que julgar necessário.

Afirmo que aceitei participar deste estudo por vontade própria, sem prejuízo do consentimento de meus responsáveis legais, sem receber qualquer ajuda financeira e só com a finalidade de colaborar para o sucesso da pesquisa, Fui, ainda, informado (a) de que poderei sair desse estudo a qualquer momento, sem ser prejudicado(a) de qualquer maneira. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Assentimento, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura dos pesquisadores principais

Florianópolis, ____ de _____ de 2013.

Eu, _____, responsável pelo (a) menor de idade _____ declaro, por meio deste termo, que concordei que seja entrevistado (a) para a pesquisa intitulada: **“Percepções de gestantes acerca da atenção recebida no Pré-natal em duas Unidades Básicas de Saúde”**. Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou sinta prejudicado (a), poderei contatar a pesquisadora

responsável: Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, através do telefone: (48) 99690135 ou e-mail: gregos@matrix.com.br, comunicando-me a qualquer momento que julgar necessário.

Afirmo que, como responsável pelo (a) menor, concordei com sua participação por vontade própria, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Atesto recebimento de uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informado (a) de que poderei retirar a participação do (a) menor desse estudo a qualquer momento, sem prejuízo de qualquer natureza ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura dos pesquisadores principais

Florianópolis, ____ de _____ de 2013.