



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM**



**ANDRESSA ARRAES SILVA**

**PRÉ-NATAL DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL: potencialidades e  
fragilidades na consulta.**

**SÃO LUÍS**

**2018**

**ANDRESSA ARRAES SILVA**

**PRÉ-NATAL DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL: potencialidades e fragilidades na consulta.**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>ª</sup>. Dr<sup>ª</sup>. Lena Maria Barros Fonseca

**SÃO LUÍS**

**2018**

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada à fonte.

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).  
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Arraes Silva, Andressa.

PRÉ-NATAL DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL :  
potencialidades e fragilidades na consulta / Andressa  
Arraes Silva. - 2018.  
110 p.

Orientador(a): Lena Maria Barros Fonseca.

Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-graduação em  
Enfermagem/ccbs, Universidade Federal do Maranhão, São  
Luís, 2018.

1. Cuidado Pré-Natal. 2. Enfermagem no Consultório.  
3. Humanização da Assistência. I. Barros Fonseca, Lena  
Maria. II. Título.

ANDRESSA ARRAES SILVA

PRÉ-NATAL DA GESTANTE DE RISCO HABITUAL: potencialidades e fragilidades na consulta.

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão – UFMA para obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Área de concentração: Enfermagem, Cuidado e Saúde.

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Saúde e Enfermagem

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Lena Maria Barros Fonseca

Aprovada em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### COMISSÃO EXAMINADORA

---

Prof<sup>a</sup>. Lena Maria Barros Fonseca (Presidente/Orientadora)  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

Prof<sup>a</sup>. Claudia Teresa Frias Rios – 1º Membro  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

Prof<sup>a</sup>. Liberata Campos Coimbra – 2º Membro  
Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão – UFMA

---

Prof<sup>a</sup>. Poliana Pereira Costa Rabêlo – 1º Suplente  
Doutora em Saúde Pública  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo –  
EERP/USP

---

Prof<sup>a</sup>. Rita da Graça Carvalho Frazão Corrêa – 2º Suplente  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Estadual do Ceará – UECE

*Dedico esta Dissertação  
a todas as gestantes, que  
buscam dos serviços de  
saúde uma assistência pré-  
natal humanizada e de  
qualidade.*

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço primeiramente a Deus, a Ele toda a honra e glória por ter me ajudado a conquistar este sonho, sem Ele nada seria possível.

À Universidade Federal do Maranhão - UFMA, pelo ensino público exemplar e de excelência.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, por ter me proporcionado a oportunidade de vislumbrar novas experiências no âmbito da Enfermagem.

Agradeço em especial à Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pela bolsa de estudo concedida, a qual contribuiu significativamente na minha trajetória acadêmica.

Agradeço a minha orientadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lena Maria Barros Fonseca, por ter guiado meus passos até aqui e por ter mostrado que a(o) Enfermeira(o) pode ser melhor em tudo que faz, se tiver conhecimento e atitude.

A todos os docentes deste Programa, por terem sido exemplos em nossas vidas e por todos os conhecimentos compartilhados em sala de aula.

Agradeço aos meus amigos da turma mais linda do Mestrado, pelo companheirismo e pela troca de experiências ao longo dessa caminhada, jamais esquecerei nenhum momento em que estivemos juntos.

Agradeço especialmente aos coordenadores da Unidade Mista Itaqui-Bacanga, Unidade de Saúde da Família Vila Embratel, do Centro de Saúde Embrião Vila Bacanga e da Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) por terem nos acolhido de braços abertos e por terem nos oportunizado espaço para a realização da pesquisa “Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luis”.

Agradeço particularmente às gestantes pelas valiosas contribuições concedidas para a execução deste estudo.

Agradeço imensamente aos meus pais, meus heróis, meus exemplos de vida, Ocimar Araújo da Silva e Risalva Gomes Arraes Silva, pelo constante incentivo aos estudos, por terem contribuído na luta pelo tão desejado Mestrado.

Agradeço imensuravelmente ao meu irmão, meu orgulho, Anderson Arraes Silva, por ter me acompanhado nos estudos desde a infância. Obrigada por ter confiado em mim em todos os momentos que precisei trocar teus curativos, retirar os pontos dos teus machucados, pelas vezes em que eu precisei treinar a

aferição da pressão arterial, administrar uma medicação ou até mesmo te acompanhar nas consultas e por ter despertado em mim o amor pela docência. Minha eterna gratidão por ter contribuído para o aperfeiçoamento da minha profissão.

Agradeço a toda minha família, que sempre acreditou nas minhas escolhas e sempre me deram esforços, para que eu nunca desistisse dessa árdua jornada acadêmica.

Em especial agradeço aos meus primos Camilla Gomes Arraiz e Cícero Alves Pereira Arraiz Filho, por terem me acolhido em seu lar e pela doce companhia ao longo desse tempo, a vocês minha eterna gratidão.

Agradeço também à minha prima/irmã Mara Julyete Arraes Jardim, por ter embarcado comigo ao mundo da Enfermagem e por ter me ajudado a acreditar que tudo é realizado no tempo de Deus, obrigada por ser espelho de fé na minha vida e na nossa profissão.

Agradeço ao meu namorado, Francisco Junyor Santiago Lima, por ser meu incentivo e apoio constante em todos os momentos das nossas vidas, principalmente por ter sido meu ombro amigo durante os dias difíceis em que precisei desabafar.

Agradeço a todos que contribuíram diretamente ou indiretamente nesta linda conquista.

*“Se uma Mulher não  
parecer uma Deusa  
durante o parto, alguém  
não a está tratando como  
deveria”.*  
(Ina May Gaskin)



SILVA, A.A. **Pré-natal da gestante de risco habitual: potencialidades e fragilidades na consulta**. 2018.p. 109. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, Brasil, 2018.

## RESUMO

A assistência pré-natal tem como princípio assegurar um atendimento integral à saúde da gestante e de seu conceito, sendo que a organização da rotina e dos procedimentos a serem desenvolvidos durante o pré-natal envolve a disponibilidade de vários recursos que abrangem desde a presença dos profissionais até o acesso aos materiais necessários para a realização da consulta de pré-natal. A consulta, que é parte integrante da assistência pré-natal deve ser desenvolvida mediante condutas que busquem favorecer a qualidade de vida da mulher e de seu conceito durante a gestação. A pesquisa teve como objetivo conhecer as potencialidades e fragilidades na operacionalização da consulta pré-natal às gestantes de risco habitual. Foi realizado um estudo descritivo, com abordagem qualitativa no período de julho a setembro de 2017, com vinte gestantes e seis profissionais que realizaram pré-natal em um distrito sanitário de São Luís – Maranhão. Este estudo está vinculado à pesquisa Retratando a Assistência Pré-natal em São Luís, aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão. Para coleta de dados foi utilizado um instrumento adaptado em forma de *check list*, um questionário e uma entrevista semiestruturada. Os dados foram descritos e organizados em categorias temáticas de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin e analisadas à luz dos dispositivos legais do Ministério da Saúde, referentes à assistência pré-natal. Foi possível abstrair três categorias temáticas: *as potencialidades que humanizam a assistência pré-natal; as fragilidades encontradas na trajetória; fatores que contribuem para a satisfação x insatisfação da gestante*. Apesar de a maioria das gestantes estarem satisfeitas com o pré-natal realizado, o distrito em estudo deixa a desejar em diversos aspectos que concerne aos parâmetros de adequação do pré-natal, preconizados pelo Ministério da Saúde, uma vez que as fragilidades apontadas sobressaíram-se às potencialidades.

**Descritores:** Cuidado Pré-Natal. Humanização da Assistência. Enfermagem no Consultório.

SILVA, A.A. **Prenatal care of habitual risk pregnant women: potentials and weaknesses in the consultation.** 2018.p. 109. Dissertation (Masters). PostGraduate Program in Nursing, Federal University of Maranhão, São Luís, Brazil, 2018.

### **ABSTRACT**

Prenatal care has as principle to ensure a complete care to the pregnant woman's health and her baby, and the organization of routine and procedures to be developed during prenatal care involves the availability of various resources that range from the presence of professionals to the access to the materials needed for the prenatal consultation. The consultation, which is part of prenatal care, should be developed through methods that seek to promote a woman and the baby quality of life during pregnancy. The research had as objective to know the potentialities and weaknesses in the operationalization of the prenatal consultation to the pregnant women of habitual risk. A descriptive study was carried out with a qualitative approach from July to September 2017, with twenty pregnant women and six professionals who performed prenatal care in a sanitary district of São Luís - Maranhão. This study is linked to the research Retraining Prenatal Care in São Luís, approved by the Research Ethics Committee of the Federal University of Maranhão. For data collection, an instrument was used as a check list, a questionnaire and a semi-structured interview. The data were described and organized into thematic categories according to the Bardin Content Analysis and analyzed in the legal provisions of the Ministry of Health regarding prenatal care. It was possible to abstract three thematic categories: the potentialities that humanize prenatal care; the weaknesses found in the trajectory; factors that contribute to the satisfaction x dissatisfaction of the pregnant woman. Although the majority of the pregnant women are satisfied with the prenatal care, the studied district is unsatisfactory in several aspects related to the parameters of prenatal adequacy, recommended by the Ministry of Health, since the weaknesses pointed stood out the potentialities.

**Keywords:** Prenatal Care. Humanization of Assistance. Nursing in the Office.

## LISTA DE SIGLAS

ABS – Atenção Básica de Saúde  
ACS – Agente Comunitário de Saúde  
BCF – Batimento Cardíaco Fetal  
CEP – Comitê de Ética em Pesquisa  
DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único e Saúde  
DPP – Data Provável do Parto  
DST – Doença Sexualmente transmissível  
EAS - Exame de Elementos e Sedimentos Anormais  
FC – Frequência Cardíaca  
HIV – Human Immunodeficiency Vírus  
IMC – Índice de Massa Corporal  
MS – Ministério da Saúde  
MMII – Membros inferiores  
NASF – Núcleo de Apoio à Saúde da Família  
NEPESM – Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher  
NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde  
NOB – Norma Operacional Básica  
OMS – Organização Mundial de Saúde  
ONU – Organização das Nações Unidas  
PA – Pressão Arterial  
PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher  
PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento  
PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
PNDS – Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde  
PNH – Política Nacional de Humanização  
RAS – Redes de atenção à Saúde  
RC – Rede Cegonha  
SEMUS – Secretaria Municipal de Saúde  
SISPRENATAL – Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-Natal e Puerpério  
SUS – Sistema Único de Saúde  
TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
UBS – Unidade Básica de Saúde

UBSF – Unidade Básica de Saúde da Família

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

USG – Ultrassonografia

VDRL – Venereal Disease Research Laboratory

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA.....</b>	<b>13</b>
1.1 Justificando o estudo.....	18
<b>2 DEFININDO O OBJETIVO.....</b>	<b>21</b>
<b>3 APRESENTANDO A REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>23</b>
3.1 Programas e políticas de atenção à saúde da mulher.....	23
3.2 A origem da assistência pré-natal.....	26
3.3 As atribuições do enfermeiro na assistência pré-natal.....	28
<b>4 DESCREVENDO A METODOLOGIA.....</b>	<b>31</b>
4.1 Definindo o tipo de pesquisa.....	31
4.2 Caracterizando o local e o período do estudo.....	31
4.3 Selecionando as participantes da pesquisa .....	33
4.4 Construindo estratégias para coleta dos dados.....	33
4.5 Estabelecendo o processo de análise dos dados .....	35
4.6 Aspectos éticos .....	35
<b>5. APRESENTANDO OS RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>37</b>
5.1 Conhecendo as gestantes deste estudo.....	37
5.2 Descrevendo o passo a passo da consulta observada.....	39
5.3 Conhecendo as opiniões das profissionais de saúde.....	45
5.4 Compreendendo as falas das gestantes.....	46
5.4.1 As Potencialidades que humanizam a assistência pré-natal.....	46
5.4.2 As fragilidades encontradas na trajetória.....	59
5.4.3 Fatores que contribuem para a satisfação x insatisfação das gestantes.....	65
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>73</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>77</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>89</b>

## **1 INTRODUZINDO A TEMÁTICA**

A gestação e o parto constituem um processo fisiológico na vida da mulher. Esse período é caracterizado pelo desenvolvimento de várias alterações físicas, psicológicas, sociais e emocionais que são particulares a cada gestante e requerem um acompanhamento contínuo de uma equipe multiprofissional e dos próprios familiares. A qualidade e a quantidade das orientações fornecidas pelos profissionais, associadas a uma adequada assistência tanto da família quanto da equipe de saúde são fatores essenciais para diminuição dos riscos comuns na gravidez (RIBEIRO et al., 2016).

Visando contribuir para o cuidado da mulher grávida, a assistência pré-natal pode ser compreendida como um momento oportuno para o desenvolvimento de medidas destinadas à mulher durante o período gestacional e tem como princípios assegurar atendimento integral à saúde da gestante e de seu concepto. A assistência à gestante deve ser realizada de forma individualizada e coletiva, por meio da compreensão do contexto em que essa gestante está inserida e do significado que ela atribui à gravidez, priorizando sempre estratégias que qualifiquem o processo desse cuidado (BARRETO et al., 2013).

A consulta, que é parte integrante da assistência pré-natal deve ser desenvolvida mediante condutas que busquem favorecer a qualidade de vida da mulher e do concepto durante a gestação. Essa conduta caracteriza-se em uma atenção preventiva que abrange desde a concepção até o início do trabalho de parto. Os principais objetivos são: identificar, tratar e controlar doenças, prevenir complicações ao longo do período gestacional até o nascimento do bebê, assegurar boa saúde materna assim como promover desenvolvimento fetal sadio, reduzir os índices de morbimortalidade materna e neonatal, além de orientar o pai e a mãe a exercerem a paternidade de maneira mais tranquila (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011).

Apesar da qualidade da assistência pré-natal estar diretamente associada ao menor grau de morbimortalidade materno-infantil, ainda permanece a preocupação mundial, principalmente nos países em desenvolvimento, com a frequência de morte materna e neonatal em decorrência da gravidez e do parto (OKOROH et al., 2012). Essa realidade ainda permanece nos dias atuais, demonstrando fragilidade na assistência pré-natal.

De fato houve a redução das taxas de mortalidade materna, infantil e neonatal em todo o mundo, porém os esforços para diminuição das taxas de mortalidades materna e infantil, relacionados aos Objetivos do Desenvolvimento do Milênio lançado no ano de 2000 pela Organização das Nações Unidas (ONU), que seria a redução de 75% dessas taxas de mortalidade para o ano de 2015, não foram alcançadas, resultando apenas em uma redução de 45% da taxa de mortalidade materna e um pouco mais de 50% da mortalidade neonatal e infantil. A maioria desses óbitos poderia ser evitada com a implementação de intervenções comprovadamente eficazes durante a assistência pré-natal (ALKEMA et al., 2016).

Tomando como base a realidade brasileira e sendo conhecedor da importância do pré-natal para os indicadores de saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu no mês de Junho do ano de 2000, por meio da portaria GM nº 569, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN). O objetivo proposto era de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas (número mínimo de seis consultas na gestação e uma no puerpério), promover pacote mínimo de exames (hematócrito/hemoglobina, glicemia de jejum, exame de sífilis, tipo sanguíneo, exame simples de urina e anti-HIV), atividades educativas, classificação de risco e vínculos institucionais (BRASIL, 2000a).

Para que haja a contemplação de todos os objetivos sugeridos pelo MS a partir do PHPN é indispensável que a rotina dos serviços de saúde seja organizada constantemente e que estes serviços estejam sistematizados em princípios éticos, que assegurem privacidade, autonomia e troca de conhecimento entre profissional, gestante e família (BRASIL, 2005a). A organização da rotina e dos procedimentos a serem desenvolvidos durante o pré-natal de risco habitual envolve a disponibilidade de vários recursos que abrangem desde a presença dos profissionais até o acesso aos materiais necessários para a realização da consulta (BRASIL, 2012a). Todas essas medidas tomadas para a adequabilidade da assistência podem representar potencialidades que configuram a qualidade do pré-natal.

Potencialidades e fragilidades encontradas nos serviços de saúde são temas atualmente discutidos no âmbito da Estratégia da Saúde da Família, com vistas ao ordenamento do trabalho dos profissionais, de modo especial na área da Saúde da Mulher. As potencialidades podem ser vistas como um fator determinante para uma assistência ofertada de forma sistematizada, articulada e resolutive,

garantindo os princípios de integralidade e humanização. Entende-se por potencialidades o que é relativo à potência, o que é potente, que tem vigor, força, poderio ou importância (FERREIRA, 2010).

O acompanhamento pré-natal de risco habitual é caracterizado pelo atendimento à gestação que não apresenta fatores de risco individual, sociodemográficos e relacionados à história obstétrica anterior, doença ou agravo que possam interferir negativamente na evolução da gravidez, podendo ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). As UBS são consideradas locais de atenção estratégica à saúde de toda população, portanto deve ser a porta de entrada para as gestantes aos serviços de pré-natal. Essas unidades demandam de uma rede organizada de serviços que garantam atender determinados indicadores de qualidade para que a assistência pré-natal seja de fato considerada satisfatória (BRASIL, 2012a).

A humanização da assistência pré-natal em UBS conveniadas ao Sistema Único de Saúde (SUS) constitui o direcionamento de ações norteadas por valores que determinam garantir o acesso a todas as mulheres, atrair precocemente as gestantes aos serviços de saúde, informar com antecedência o local onde poderá ter seu filho e quanto ao direito de ter um acompanhante durante toda a assistência, orientar a respeito da participação da gestante nas decisões de condutas a serem empregadas. Essas ações baseadas em diálogo e negociação de procedimentos são pertinentes para a melhoria da relação entre profissional da saúde e a gestante durante as consultas (FUJITA, SHIMO, 2014).

O período pré-natal se fundamenta em um momento de muito aprendizado, pois envolve a preparação tanto para o nascimento da criança quanto para o desenvolvimento da maternidade. Esse momento se torna oportuno aos profissionais de saúde assumirem a condição de educadores, envolvendo troca e compartilhamento de saberes com a finalidade de estimular na mulher sua autoestima e autoconfiança para viver da melhor forma a gestação o parto e o puerpério (período que vai desde a expulsão da placenta até 6 a 8 semanas após o parto, com o retorno do corpo ao seu estado normal) (RIBEIRO et al., 2016).

De acordo com os dados mais recentes do Programa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) publicado no ano de 2009, o acesso à assistência pré-natal foi ampliado consideravelmente em todas as regiões do Brasil, uma vez que 80,9% das mulheres entrevistadas realizaram pelo menos seis consultas pré-natais



assim como recomendado pelo MS no ano de 2000. No entanto, apesar do acesso ao pré-natal ter avançado, alguns problemas permaneceram no período de referência do PNDS, como por exemplo, cerca de 30% das gestantes não receberam nenhuma dose da vacina antitetânica, dado esse que evidencia fragilidade na realização dos cuidados básicos no pré-natal (BRASIL, 2009).

As fragilidades referentes à assistência pré-natal consistem na determinação de um cuidado pouco resolutivo devido à permanência da adoção de práticas fragmentadas durante as consultas de pré-natal. Entende-se como fragilidade ao que é frágil, pouco sólido ou pouco resistente, fraco, pouco vigoroso ou pouco durável (FERREIRA, 2010).

Estudos de abrangência nacional tem mostrado que houve melhora na prática rotineira da assistência pré-natal no Brasil. Quase a totalidade das gestantes brasileiras realizou alguma consulta pré-natal, desse universo 73% realizou seis ou mais consultas em 2012. Pesquisa recente sobre qualidade do pré-natal mostrou que somente 15% das gestantes entrevistadas receberam uma atenção de qualidade (TOMASI et al, 2017). A Estratégia Saúde da Família (ESF), responsável pela cobertura do pré-natal, alcançou em julho de 2015 mais de 40 mil equipes e uma cobertura populacional de cerca de 65%. Concorda-se com os autores que destacam, “seria esperado que quanto mais ESF mais qualidade na atenção à gestante” (VIELLAS et al., 2014; TOMASI et al., 2017).

O estado do Maranhão é uma região de alta cobertura pré-natal, sendo registrada uma taxa de 85,6% das mulheres pesquisadas em 30 municípios que realizaram as consultas durante o período de 2007 a 2011 (COSTA et al., 2013). No entanto, apesar dessa cobertura está acima de 80%, somente 43,4% foi considerada adequada segundo os critérios do PHPN. Isso evidencia que a qualidade da assistência do pré-natal no Maranhão, encontrou-se insuficiente (COSTA et al., 2010).

Referente aos procedimentos realizados na assistência pré-natal de São Luis - MA foi observada uma alta taxa de inadequação (60,2%). As gestantes associadas a esse estudo foram caracterizadas como de baixa classe econômica, trabalho não qualificado/desempregada, baixa escolaridade, uso de álcool durante a gravidez, ausência de religião e que realizam o pré-natal em serviço público de saúde. De modo geral, foi constatado que a assistência pré-natal nessa cidade ainda

apresenta-se insatisfatória no que diz respeito à utilização dos critérios de qualidade recomendados pelo PHPN (GOUDARD et al., 2016).

Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio de condutas acolhedoras, que garantem apenas intervenções necessárias ao bem-estar materno e fetal, e do fácil acesso aos serviços de saúde que integrem ações de promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do bebê em todos os níveis de atenção, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco. A capacitação dos profissionais envolvidos nessa assistência também é fundamental para o alcance da qualidade desses serviços (BRASIL, 2005a).

Aos poucos o Brasil vem avançando na busca pela melhoria da estrutura e da assistência ao parto e nascimento, no âmbito do SUS. A Rede Cegonha (RC) constituída pelo MS, veio para assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis, tem como princípio organizar a Rede de Atenção a Saúde Materna e Infantil, garantindo acesso, acolhimento e redução da mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2011a).

A RC prevê ainda a qualificação de todos os profissionais de saúde responsáveis pela assistência à mulher, possibilitando assim um atendimento integral, holístico, que garanta todos os quesitos fundamentais para o desenvolvimento de uma assistência individualizada e focada na humanização, durante a gravidez, parto e puerpério (BRASIL, 2011a).

A preocupação com a saúde da mulher no período da gravidez e pós-parto vem mobilizando tanto a sociedade civil quanto o sistema governamental na perspectiva de reduzir os índices de mortalidade advindos da gestação. Essas preocupações estão baseadas no conhecimento acerca das taxas de mortalidade materna e neonatal no Brasil e na certeza de que esses problemas são reflexos da qualidade da assistência prestada às gestantes durante o pré-natal, parto e nascimento. Acredita-se que uma assistência de início precoce, precisa e adequada pode evitar vários casos de óbitos (DUARTE, MAMEDE, 2012).

Visando garantir uma assistência que atenda todas as necessidades da mulher desde a gestação até o parto, é necessário que os cuidados sejam mediados por uma equipe de saúde constituída por profissionais que tenham atitudes

humanizadas e que sejam conscientes do papel que desempenham. Nessa perspectiva, é preciso que essa assistência, de modo especial a consulta no pré-natal seja avaliada constantemente pelos profissionais de saúde e pelas gestantes e que os resultados sejam discutidos a fim de garantir a promoção de transformações que atinjam tanto os profissionais, os recursos materiais e físicos, quanto à própria gestante.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Que potencialidades e fragilidades são encontradas na consulta de pré-natal à gestante de risco habitual, na Atenção Básica de Saúde (ABS)? O pré-natal de risco habitual, no distrito sanitário do estudo, está sendo desenvolvido de acordo com os parâmetros de adequação da assistência preconizados pelo MS?

Tendo por base essas e outras possíveis indagações, tomou-se como objeto de estudo a consulta pré-natal de risco habitual.

Este estudo parte do pressuposto que, as fragilidades da consulta de pré-natal se sobressaem às potencialidades, pela conduta inadequada dos profissionais de saúde.

### **1.1 Justificando o estudo**

A avaliação da assistência à saúde antigamente era baseada apenas nas práticas dos profissionais e nos recursos financeiros envolvidos, estes eram quem definiam a qualidade da assistência. No decorrer dos anos, a percepção dos usuários quanto ao serviço oferecido tornou-se também um dos aspectos indispensáveis para se avaliar o cuidado recebido (RODRIGUEZ et al., 2013).

Acredita-se que para melhor compreender a assistência pré-natal e para possivelmente melhorar a qualidade dos serviços é necessário conhecer a opinião das gestantes a respeito dessa assistência, bem como a importância e entendimento dos cuidados, percebidos por elas, condizentes a esta prática de saúde desenvolvida nas UBS (BARRETO et al., 2013).

Para que haja a melhoria da realidade da atenção à saúde da gestante, deve ser levada em consideração a voz dessas mulheres. Os profissionais devem estar dispostos a ouvir seus sentimentos, medos, preocupações e inseguranças que fazem parte da gravidez, aspectos estes que poderão contribuir para a detecção

precoce de riscos durante a gestação e que muitas vezes não é dada a devida importância durante as consultas de pré-natal (SILVA et al., 2013a).

O interesse em realizar este estudo teve origem durante as práticas de estágio orientado à docência, oferecido pelo programa de mestrado acadêmico em enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA), na área da assistência ao pré-natal desenvolvido nas UBS da cidade de São Luís – MA.

As minhas inquietudes surgiram a partir do momento em que pude observar, durante as consultas de enfermagem, gestantes iniciando o pré-natal no terceiro trimestre da gravidez, com conhecimento deficiente quanto à importância da realização dos exames de rotina, vacinação no período correto, escolha do parto, seus direitos, sinais de trabalho de parto, alimentação adequada, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, dentre outros. Foi observado também carteiras de gestantes preenchidas incorretamente ou até mesmo sem ser preenchidas. Esses aspectos observados ecoaram como fragilidades na consulta do pré-natal. Diante dessas e de outras percepções pode-se inferir que os critérios de qualidade no pré-natal, propostos pelo MS estejam sendo negligenciados na rotina dessas UBS.

A partir dessas experiências surgiu a oportunidade em participar do projeto: Retratando a Assistência Pré-Natal em São Luis. Este projeto faz parte do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher (NEPESM) da UFMA. Durante o período de desenvolvimento do projeto foi possível maior aproximação com o tema e com as problemáticas envolvidas na assistência pré-natal, fato este que me instigou a desenvolver a presente pesquisa.

Acredita-se que estudar a respeito da assistência pré-natal a partir da percepção das gestantes, referentes aos serviços disponibilizados durante o período da gestação, seja um meio favorável para se entender a realidade de como está sendo conduzida a assistência a essas mulheres. Ainda são poucas as avaliações de qualidade mais abrangentes, que envolvam considerações não apenas de servidores, mas também daqueles que estão em busca dos serviços de saúde (SERAPIONI, 2009).

Este estudo poderá contribuir com as Unidades de Saúde para a melhoria da operacionalização da consulta à gestante no pré-natal e nortear as práticas dos profissionais de saúde na realização da consulta de pré-natal, visando uma assistência de qualidade à mulher durante a gravidez, parto e puerpério.



## **2 DEFININDO O OBJETIVO**

Conhecer as potencialidades e fragilidades na operacionalização da consulta pré-natal às gestantes de risco habitual, na Atenção Básica de Saúde.



### **3 APRESENTANDO A REVISÃO DE LITERATURA**

#### **3.1 Programas e políticas de atenção à saúde da mulher**

A saúde materna e infantil esteve presente durante as ações de saúde pública desde o início do século XX com a implantação de vários programas que apresentaram estratégias, baseadas nas necessidades da época, que foram se fortalecendo ao longo dos anos. É válido ressaltar que todos os programas criados tem o mesmo objetivo em comum, desenvolver ações que promovam a diminuição das taxas de mortalidade materna e infantil no Brasil (CASSIANO et al., 2014).

O sistema de saúde brasileiro passou por importantes transformações, sofreu reflexos de políticas governamentais e de movimentos sociais, como o movimento feminista e o movimento que preconizava a reforma sanitária no país, que foram fundamentais para a construção de novas políticas públicas a partir da década de 1980. Desde então foram criadas leis e programas de saúde voltados à atenção materno infantil que ganharam forças em toda a década de 1990 até os anos 2000 (SANTOS NETO et al., 2008).

Com a implantação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) pelo MS no ano de 1984, deram-se início às mudanças das políticas voltadas à área da saúde feminina colocando em destaque a necessidade de se abordar a saúde da mulher em todos os seus ciclos de vida e não apenas no período gestacional. A partir do novo olhar para a saúde das mulheres, o PAISM deu ênfase aos cuidados básicos no que diz respeito à qualidade e humanização no atendimento à população feminina e destacou a importância das práticas educativas, preventivas, de tratamento e recuperação; assistência ginecológica, pré-natal, parto, puerpério e climatério; planejamento familiar, tratamento de doenças sexualmente transmissíveis (DST), câncer cérvico-uterino e de mama (BRASIL, 2010).

O objetivo do PAISM consistiu em aumentar a cobertura e atendimento pré-natal de forma igualitária a toda a população, visando a melhoria da qualidade da assistência ao parto, a diminuição dos números de partos cesáreos desnecessários e aumento dos índices de aleitamento materno. O programa objetivou também, com a implementação do planejamento familiar, o desenvolvimento de atividades de regulação da fertilidade humana, prevenindo a



gravidez indesejada e conseqüentemente evitando o aborto provocado (BRASIL, 1984).

O processo de implantação e implementação do PAISM apresentou especificidade nas décadas de 80 e 90, sofrendo grande influência positiva a partir da proposição do SUS, tendo como base os princípios e diretrizes da Constituição de 1988, Lei nº 8.080, as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) e as Normas Básicas (NOB) regulamentadas pelo MS (BRASIL, 2004a).

O MS, em 1984, implantou os comitês estaduais de mortalidade materna como estratégias do PAISM para diminuir as taxas de morte materna no Brasil. Esses comitês surgiram com o objetivo de analisar todos os óbitos maternos, adotar meios de intervenção para a redução dessas taxas de mortalidade, acompanhar e avaliar permanentemente as políticas de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2007a). Já em 2004 com a necessidade de se reduzir também as taxas de morte infantil criou-se o Manual dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil e Fetal com o objetivo de estruturar a vigilância desses óbitos em todo o Brasil (BRASIL, 2004b).

Duas décadas após a instituição do PAISM, o MS instituiu no ano de 2004 a Política Nacional de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), tendo como princípios norteadores o enfoque na questão de gênero, integralidade e promoção da saúde. Foram necessárias várias discussões desde a instituição do PAISM até a implementação do PNAISM para que a sociedade em geral compreendesse o conceito da mulher contemporânea, livre e capaz de exercer suas funções nos vários contextos sociais, com direito de vivenciar sua sexualidade e escolher a não maternidade (BRASIL, 2004a).

Ao longo da década de 1990 o MS vinha rompendo com a ideia de uma única política e um único programa para abranger às complexidades envolvendo a saúde das mulheres e passou a fragmentá-la em diferentes programas (MALHEIROS et al., 2012). Com objetivo de melhorar a qualidade da assistência pré-natal e diminuir a mortalidade materna neonatal, foi instituída a Portaria nº569/GM que estabeleceu princípios e diretrizes norteadores do PHPN com base na humanização do cuidado e padronização de medidas visando proporcionar atendimento mais adequado à gestante e aos recém-nascidos (BRASIL, 2000a).

Ainda no ano de 2000 foi disponibilizada a primeira edição do Manual Técnico de Assistência Pré-Natal, tendo como objetivo de divulgar, ampliar e

promover a capacitação dos profissionais de saúde que atuam na atenção básica no atendimento às gestantes (BRASIL, 2000c). Com a finalidade de organizar a rede de assistência e normatizar as práticas de saúde no período gravídico-puerperal, em 2005 foi publicado o Manual Técnico Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada, sendo republicado em 2006 (BRASIL, 2005a).

Para registro e acompanhamento das ações específicas preconizadas pelo PHPN, o Departamento de Informática e Informação do Sistema Único de Saúde (DATASUS) disponibilizou um software chamado de Sistema de Monitoramento e Avaliação do Pré-natal e Puerpério (SISPRENATAL). Esse sistema contém fichas de cadastro da gestante e o mapa de registro diário do atendimento, cada profissional que realiza a consulta à mulher deve preenchê-lo e encaminhar para processamento, possibilitando assim a avaliação permanente dos indicadores (BRASIL, 2011b).

Apesar dos esforços contínuos, da implantação e implementação de ações e programas, a atenção à saúde da mulher chega ao final da primeira década do século XXI pouco resolutiva, frágil no que diz respeito à identificação das necessidades relacionadas ao ciclo gravídico puerperal e apresentando dificuldades de acesso e vínculo com os serviços de saúde (BRASIL, 2012c).

Por meio da Portaria GM nº 4.279/2010, houve a instituição das Redes de Atenção à Saúde (RAS) substituindo o modelo de sistemas piramidais e hierárquicos vigente. A principal finalidade dessas RAS é promover a integração das ações e instituições de saúde, prover assistência de forma contínua, integral, de qualidade e humanizada, consolidando-se aos princípios do SUS (MENDES, 2014).

Dentro das perspectivas das RAS, em 2011 o MS implantou a RC que se caracteriza como uma estratégia inovadora visando implementar uma rede de cuidados voltados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, assistência humanizada durante a gestação, parto e puerpério, e às crianças o nascimento, crescimento e desenvolvimento seguro e saudáveis (BRASIL, 2011a).

A RC é estruturada a partir de quatro componentes, sendo o primeiro o pré-natal, que consiste no primeiro passo para o parto e nascimento saudáveis por meio do acompanhamento adequado da gestação. O segundo, Parto e nascimento, que devem estar voltados para boas práticas de atenção centrada na mulher, criança, pai e família. O terceiro, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança,

compreendendo a importância da consulta pós-parto para a mulher e para a criança. O quarto, Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação), como forma de garantir o transporte adequado para cada situação solicitada de acordo com a gravidade de cada caso (BRASIL, 2013).

A atenção básica consiste no local ideal para o desenvolvimento das propostas trazidas pela RC, sendo possível neste ambiente articular ações direcionadas para o acolhimento e avaliação de risco das gestantes, realizar consultas de pré-natal e assistência à saúde da criança. Na Atenção Básica de Saúde (ABS) é possível oferecer ações educativas voltadas ao estímulo e preparação para o parto normal e ampliação do conhecimento do direito reprodutivo (PIO E OLIVEIRA, 2014).

Apesar das positivas contribuições trazidas com a criação das políticas e programas de saúde voltados para a assistência à mulher em todo o seu ciclo de vida a melhoria desses serviços ainda constitui um grande desafio, pois ainda há falhas quanto à cobertura, qualidade e continuidade da assistência, na disponibilidade de recursos, no acesso igualitário independente de onde a mulher reside ou de sua situação socioeconômica.

### **3.2 A origem da assistência pré-natal**

A história revela que os cuidados relacionados ao período gestacional são remetidos a um processo natural desprovido de técnicas rigorosas, destinada à gestante e ao seu conceito. Os cuidados com a gravidez eram relacionados apenas aos hábitos alimentares da gestante sem que tivessem conhecimento científico quanto aos efeitos da má alimentação para o desenvolvimento intrauterino (COUTINHO et al., 2003).

As mulheres vivenciaram, por várias décadas, o momento da gestação e do parto acompanhadas por parteiras, comadres, religiosas ou pelas mulheres mais experientes da família (PERROT, 2003). Os aspectos históricos sobre as ações realizadas no pré-natal se assemelham com a história da obstetrícia, pois apesar de abrangerem períodos distintos, ambas caracterizando-se pela proteção da mulher grávida, pelo reconhecimento da pertinência da patologia obstétrica e pela prioridade

na prevenção de doenças e prevenção da mortalidade materna e fetal (CRUZ et al.; 2014).

A evolução do pré-natal ao longo da história pode ser analisada em três principais fases. A primeira fase corresponde às orientações relacionadas aos medos e emoções originados na gestação e à prática de alimentação saudável durante a gravidez. Nessa primeira fase já existia a preocupação com as gestantes abandonadas, desprovidas de ajuda, e para ampará-las foi criado por uma enfermeira o primeiro abrigo para gestantes desprotegidas denominado de Centro de proteção Madame Becquet (CECATTI, SERRUYA, 2005).

As gestantes que residiam no centro de proteção eram acompanhadas pelo obstetra Pinard que enquanto realizava as consultas a essas mulheres desenvolvia seus estudos a respeito de importantes anomalias da apresentação fetal e nas suas implicações para a saúde da mãe e do feto. Esse estudo o levou a concluir sobre a importância da realização de exames abdominais de rotina durante a gestação, sendo essa prática a primeira referência para a consulta pré-natal (CECATTI, SERRUYA, 2005).

A segunda fase do período histórico da assistência pré-natal teve início em 1901 nos Estados Unidos quando o *Boston Lying-in-Hospital* passou a prestar cuidados às gestantes por meio de internações e a desenvolver a prática de visitas domiciliares. Ainda nesse ano foi sistematizado por John William Ballantyne, em Edimburgo, capital da Escócia, o primeiro programa de assistência à gestante e foi solicitada também aos governantes a construção de novas maternidades (PEIXOTO, 1981).

No ano de 1910 foi criada na Itália a primeira clínica especializada em atendimento pré-natal, os procedimentos desenvolvidos foram embasados nas propostas de Ballantyne, que estavam fundamentadas na redução do medo e ansiedade entre as gestantes e puérperas, no diagnóstico e tratamento precoce de doenças e na redução da mortalidade perinatal. Tomando como base essas propostas a assistência pré-natal foi instituída, nos países desenvolvidos, em todos os serviços hospitalares que continham maternidade (CECATTI, SERRUYA, 2005).

O primeiro serviço destinado à assistência pré-natal no Brasil foi criado em 1925 por Raul Briquet, nomeado a professor na Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (USP) (NEME, 2006). Os conhecimentos relacionados à obstetrícia foram introduzidos no Brasil na Escola Médico-Cirúrgico do Rio de

Janeiro, pelo professor Joaquim da Rocha Mazarém, durante o governo de D. João VI em meio às altas taxas de mortalidade no país no período de 1809 a 1813. A primeira mulher formada pela Escola de Medicina do Rio de Janeiro na área da obstetrícia foi Maria Josefina Durocher em 1834, destacando-se pelo desenvolvimento de seu trabalho com as gestantes (REZENDE, 1962).

A terceira fase do pré-natal originou-se na segunda metade do século XX (1950-1960). Essa fase foi caracterizada pela crescente valorização do conceito e pelo surgimento das práticas obstétricas. Destaca-se na década de 1970 a descoberta da ultrassonografia, o que proporcionou uma inovação tecnológica significativa e foi favorável para a melhoria do atendimento às gestantes (FESCINA, BELITZKY, 1992).

### **3.3 As atribuições do enfermeiro na consulta pré-natal**

Tendo em vista que todas as mulheres grávidas necessitam de atendimento integral, organizado, com meios e recursos adequados durante a gestação e o puerpério, o SUS pressupõe o desenvolvimento de ações que priorizam a promoção, prevenção e acompanhamento da gestante e do recém-nascido durante toda sua gravidez e após o nascimento da criança, nos diferentes níveis de atenção, desde o atendimento básico ao atendimento hospitalar (BRASIL, 2005).

No que se refere à assistência integral à saúde da mulher é pertinente destacar que a consulta de enfermagem, por ser uma ciência de domínio científico, foi aprovada pelo Conselho Federal de Enfermagem por meio da Resolução N° 159/1993 que confere total autonomia aos enfermeiros para realização de todas as condutas relacionadas à assistência pré-natal de baixo risco preconizada pelas políticas públicas e programas referentes à saúde da mulher em que prevê a Lei do Exercício Profissional de Enfermagem (COFEN, 1993).

Para organização das condutas realizadas na atenção ao pré-natal faz-se necessário a adoção de fichas clínicas para registro de todas as ações prestadas à mulher a fim de sistematizar as etapas do pré-natal, incluindo a gestação, o parto, o recém-nascido e o puerpério. Essas fichas de atendimento devem contemplar todos os itens que assegurem assistência completa e seja sinal de alerta para os profissionais quanto à presença de riscos, favorecendo assim para a adoção

precoce de medidas que possam contribuir na redução da mortalidade materna e perinatal (DUARTE, MAMEDE, 2013).

Segundo as diretrizes do manual técnico de Pré-Natal e Puerpério do Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas tanto pelo enfermeiro quanto pelo médico na Atenção Básica (BRASIL, 2005a). Compete ao enfermeiro na atenção pré-natal: cadastrar a gestante no SISPRENATAL; fornecer e preencher o cartão da gestante (verificar e atualizar a cada consulta); realizar consulta de gestação de baixo risco (deve ser intercalada com o médico); solicitar exames; realizar testes rápidos; prescrever medicamento padronizado pelo programa pré-natal; realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo uterino; orientar quanto à importância do pré-natal, amamentação, vacinação, fatores de risco, vulnerabilidade e periodicidade das consultas; identificar gestante com sinal de risco e encaminhá-la para consulta médica ou serviço de referência; desenvolver atividades educativas em grupo ou individuais; realizar busca ativa das gestantes faltosas; realizar visitas domiciliares durante a gravidez e após o parto; acompanhar o processo de aleitamento; orientar a mulher/companheiro sobre planejamento familiar (BRASIL, 2012a).

O enfermeiro além de ter responsabilidade de prestar assistência à mulher na gravidez deve prestar assistência também à criança ao longo do seu desenvolvimento. A mãe deve receber informações quanto aos tipos e escolha do parto, ao acompanhamento no puerpério e puericultura, promovendo sempre relações saudáveis e satisfatórias entre profissional/gestante para que ela consiga melhor se adaptar fisicamente e emocionalmente na passagem da condição de grávida para a condição de mãe (RODRIGUES, NASCIMENTO, ARAÚJO, 2011).

É direito de todo indivíduo receber assistência à saúde com qualidade, essa qualidade depende de inúmeros componentes que devem ser oferecidos pelos serviços de saúde como, por exemplo, efetividade, eficácia, eficiência e segurança na atenção, com foco no protagonista, respeito aos seus direitos, acessibilidade, equidade, legitimidade e satisfação do usuário em todos os momentos do cuidado (ANVISA, 2013).

A qualidade da assistência pré-natal, além da presença dos componentes supracitados, está relacionada também à atuação de profissionais capacitados, estrutura física adequada com salas próprias para o desenvolvimento das consultas e em boas condições de higiene, recursos materiais e aparelhos em perfeito estado

de funcionamento. A distribuição dos medicamentos essenciais na gestação deve ser garantida, os exames devem ser realizados em tempo oportuno (VASCONCELO et al., 2014).

Toda mulher tem direito de ser acolhida de forma satisfatória nos serviços de saúde em que possa ser garantido a ela, segurança e bem-estar em sua gestação. É necessário que o enfermeiro seja capaz de ouvir e compreender todas as dúvidas, medos e ansiedades geradas ao longo do período gestacional, respeitando sempre as crenças e os valores particulares a cada uma (MATOS, RODRIGUES, RODRIGUES, 2013).

O acolhimento durante o pré-natal é a parte fundamental na assistência à gestante, pois consiste na recepção da mulher, desde a sua entrada na instituição de saúde, na compreensão dos múltiplos significados da gestação atribuídos por ela e sua família, na atenção e escuta resolutiva, articulação com outros serviços de referência, sempre que necessário, para a continuidade adequada dos cuidados à gestante (PEREIRA, FRANCO, BALDIN, 2011).

Deve ser garantido também o acolhimento ao acompanhante de escolha da mulher grávida. A participação do acompanhante durante a assistência pré-natal é essencial, uma vez que por ser alguém que convive com a gestante no dia a dia por maior tempo, poderá expor informações valiosas a respeito da saúde dessa mãe. A história de vida de cada uma deve ser acolhida integralmente a partir dos seus relatos e dos relatos do seu acompanhante (CABRAL, HIRT, VAN DER SAND, 2013).

O processo de acolher a gestante fundamenta-se nos princípios do cuidado humanizado em saúde. Entende-se por humanização do cuidado a valorização dos diferentes indivíduos envolvidos no processo de cuidado à saúde, sejam usuários (as), trabalhadores (as) e gestores (as); estímulo à autonomia e protagonismo feminino; a corresponsabilidade entre os envolvidos; a criação de vínculos e participação coletiva no processo de gestão; a responsabilidade com o ambiente das instituições, com o desenvolvimento de melhores condições de trabalho e de assistência (BRASIL, 2005a).

## 4 DESCREVENDO A METODOLOGIA

### 4.1 Definindo o tipo de pesquisa

Trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa. Segundo Flick (2009) a pesquisa qualitativa parte da construção social das realidades em estudo, está focada nas perspectivas dos participantes em suas práticas diárias e em seu conhecimento cotidiano em relação à temática pesquisada. Sendo estes, os principais fatores trabalhados nesta pesquisa.

Esta pesquisa está inserida no projeto maior intitulado “Retratando a Assistência do Pré-Natal em São Luís - MA”, vinculada ao Núcleo de Estudo e Pesquisa em Saúde da Mulher – NEPEM, da Universidade Federal do Maranhão – UFMA que tem como objetivo geral avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas na Atenção Básica de Saúde em São Luís - Maranhão.

### 4.2 Caracterizando o local e período do estudo

Esta pesquisa foi realizada na cidade de São Luís, capital do Estado do Maranhão no período de julho a setembro de 2017. Esta cidade foi fundada no dia 8 de setembro de 1612, está localizada na ilha de Upaon-Açu (denominação dada pelos índios tupinambás que significa “Ilha Grande”), no Atlântico Sul, entre as Baías de São Marcos e São José de Ribamar. É a única cidade do Brasil que foi fundada pelos franceses, e está entre as três capitais brasileiras localizadas em ilhas (SEMIT, 2015).

São Luís ocupa uma área de 828,01 Km<sup>2</sup> e está localizado no Nordeste do Brasil, estando a 24 metros acima do nível do mar. De acordo com o último censo demográfico a estimativa da população do município de São Luís foi de 1.073.893 habitantes (IBGE, 2010). Segundo a Secretaria Municipal de Saúde (SEMUS) este município está dividido em sete Distritos Sanitários: Bequimão; Centro; Cohab; Coroadinho; Itaqui-Bacanga; Tirirical e Vila Esperança. Cada distrito é composto por várias unidades de atendimento onde são desenvolvidas as consultas de pré-natal (ANEXO A).



Os dados desta pesquisa se referem apenas ao distrito sanitário Itaquí-Bacanga, devido ao tempo exíguo para realização da pesquisa em todos os distritos sanitários, como previsto no projeto maior.

O distrito Itaquí-Bacanga compreende três unidades: a Unidade Mista Itaquí-Bacanga, o Centro de Saúde Vila Bacanga Embrião e a Unidade de Saúde da Família Vila Embratel. Dentre os serviços disponíveis nestas unidades incluem o Programa de Atenção à Mulher com a realização de consulta médica e de enfermagem no pré-natal, consulta ginecológica, preventivo de câncer cérvico uterino e de mama, imunização e planejamento familiar; programa de Atenção à saúde da criança, do adolescente e do adulto; programa de controle de tuberculose, hanseníase, saúde bucal e doenças sexualmente transmissíveis (DST's/AIDS).

A Unidade Mista Itaquí-Bacanga fica situada na Avenida dos Portugueses, s/n, no bairro Vila Izabel, uma das áreas mais populosas da capital. É referência no serviço de urgência 24 horas, na região. Conta com atendimento ambulatorial nas áreas de cardiologia, pediatria, angiologia, clínica geral, endocrinologia, ginecologia e enfermagem. A unidade possui laboratório para realização de exames clínicos de emergência, testes rápidos de HIV e dengue, exames radiológicos funcionando 24 horas. Outro importante benefício é a Central de Marcação de Consultas que fica localizada dentro da unidade facilitando o agendamento de procedimentos.

O Centro de Saúde Vila Bacanga Embrião, localiza-se na Avenida dos Portugueses, s/n, bairro Vila Bacanga. São disponibilizados serviços de saúde à criança, ao adulto e à mulher, controle da tuberculose, hanseníase, saúde bucal, DST/AIDS, vacinação e entrega de medicamentos. O atendimento prestado à população é do tipo ambulatorial e por demanda espontânea.

A Unidade de Saúde da Família Vila Embratel, situa-se na rua 14, s/n, na Vila Embratel é referência na área Itaquí – Bacanga por disponibilizar o Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), com quatro equipes de saúde da família. Os serviços oferecidos são os de clínica geral, odontologia, fisioterapia, ambulatório voltado às DST's/AIDS, vacinação e entregas de medicamentos por meio da Farmácia Básica.

#### 4.3 Selecionando as participantes da pesquisa

Esta pesquisa teve como participantes as gestantes que realizaram pré-natal nas unidades selecionadas, de acordo com os critérios de inclusão: a partir de 30 semanas de gravidez que tenha realizado no mínimo três consultas de pré-natal, sendo as duas últimas com o mesmo profissional (acredita-se que seja um número suficiente para que elas consigam dialogar acerca da assistência recebida); gestantes de risco habitual (incluindo menores de 18 anos e maiores de 35 anos, por ter grande número de mulheres nessa faixa etária utilizando dos serviços de pré-natal nas UBS); gestantes que gozem de boa faculdade mental e de comunicação, portando caderneta da gestante.

Participaram também desta pesquisa, profissionais de saúde que realizaram as consultas de pré-natal, obedecendo ao seguinte critério de inclusão: no mínimo seis meses ininterruptos lotados na Unidade de Saúde.

#### 4.4 Construindo estratégias para coleta dos dados

Inicialmente foi realizada uma visita nas unidades de saúde para apresentar o projeto de pesquisa e solicitar a anuência do gestor para a coleta de dados. No momento foi apresentada, além do projeto, a autorização da SEMUS permitindo a execução da pesquisa (ANEXO B). Em seguida foi solicitada a escala dos profissionais de saúde que realizam a consulta pré-natal com os dias e horários. A coleta de dados se deu durante um mês em cada unidade, de acordo com a rotina das consultas de pré-natal.

Antes de iniciar a coleta de dados a profissional de saúde era convidada a participar da pesquisa com os devidos esclarecimentos e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, seguindo-se as três etapas da coleta de dados. A primeira etapa consistiu na aplicação de um questionário aos profissionais de saúde, referente às potencialidades e fragilidades da consulta de pré-natal (ANEXO C).

A segunda etapa consistiu na observação sistemática e não participativa da consulta da gestante pelo profissional de saúde. Foi observada a consulta da primeira gestante de cada profissional, a qual também foi submetida à entrevista logo após a consulta observada. Essa decisão baseou-se no fato de que os

procedimentos realizados pelo profissional de saúde nas consultas subseqüentes pouco se diversificam de uma gestante para a outra.

As consultas foram observadas mediante a autorização da gestante e da profissional de saúde. Essa etapa foi conduzida com auxílio de um roteiro na forma de *checklist* (ANEXO D) constando de dados sobre acolhimento, consulta subsequente, solicitação de exames, orientações e outros, com a finalidade de identificar os procedimentos desenvolvidos pelas profissionais de saúde durante a consulta pré-natal. O instrumento utilizado foi adaptado às necessidades deste estudo baseado no instrumento de Duarte (2010) já validado, cujo conteúdo está fundamentado nos critérios de qualidade estabelecido pelo MS.

A terceira etapa consistiu na realização de uma entrevista semiestruturada com as gestantes logo após a sua consulta pré-natal. Foi utilizado um instrumento elaborado e testado previamente (ANEXO E), contendo duas partes: a primeira com questões objetivas referentes aos dados sociodemográfico, econômico e obstétrico, a segunda parte contém questões referentes a opiniões das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizada.

As entrevistas das gestantes foram conduzidas individualmente e gravadas com o auxílio de um dispositivo gravador de voz com prévia autorização da gestante a qual foi dada a oportunidade de escutar a sua gravação para posterior validação. As entrevistas foram desenvolvidas em um local reservado, em cada UBS, com duração média de 30 minutos.

Antes de iniciar a entrevista com as gestantes e profissionais foi realizado um momento de apresentação entre pesquisadora e participantes para facilitar a interação entre elas e favorecer o diálogo entre ambas.

O encerramento da coleta de dados se deu ao completar um mês de coleta de dados, de forma contínua em cada unidade, seguindo as escalas de consulta de cada profissional, consistindo na determinação do tamanho final da amostra em estudo, que resultou em 20 gestantes e seis profissionais de saúde, sendo uma médica e cinco enfermeiras.

#### 4.5 Estabelecendo o processo de análise dos dados

Os resultados obtidos foram transcritos na íntegra e posteriormente organizados em categorias de acordo a Análise de Conteúdo de Bardin (2009), mas precisamente a Análise Temática. Primeiramente, os dados foram organizados em unidades de registro e unidade de contexto, posteriormente seguiu-se a fase de pré-análise e análise. A unidade de registro é a fase da construção do eixo central da pesquisa incluindo as características definidoras e específicas do estudo. A unidade de contexto é a parte mais ampla e importante da análise, consiste na compreensão dos textos e interpretação dos depoimentos dos participantes. Após a organização dessas unidades iniciou-se a fase da pré-análise onde a pesquisadora fez leituras até a compreensão total das falas. Em seguida, na análise dos depoimentos ocorreu a definição das categorias temáticas.

Os resultados foram analisados com base nos parâmetros de adequação da assistência pré-natal preconizados pelo Ministério da Saúde, levando em consideração os aspectos que tratam dos procedimentos básicos, exames laboratoriais, vacina, realização de atividades educativas, orientações técnicas, dentre outros aspectos relacionados aos direitos das gestantes (BRASIL, 2000a; 2005a; 2011a; 2012a; 2013; 2014b).

A caracterização das gestantes, a observação das consultas e as opiniões das profissionais foram apresentadas de forma descritiva.

#### 4.6 Aspectos éticos

A pesquisa obedeceu às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012b), cuja coleta de dados só ocorreu após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMA sob o parecer número 1.999.550 (ANEXO F), e autorização formal da SEMUS e anuência dos gestores dos estabelecimentos de saúde para execução da pesquisa.

Todas as gestantes e profissionais de saúde foram informadas sobre os objetivos e demais aspectos da pesquisa. As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (ANEXO G) ou Termo de Assentimento da Adolescente (ANEXO H) juntamente com a autorização do responsável (ANEXO I), assegurando uma participação voluntária, o direito de retirar a autorização em

qualquer fase da pesquisa, sem penalizações e mantendo a privacidade quanto aos dados fornecidos durante a pesquisa. Para garantir o anonimato, as gestantes foram identificadas pela abreviatura da palavra gestante (GESTA.) seguida de um número correspondente à ordem em que cada gestante foi entrevistada, como por exemplo: GESTA.01.

## 5 APRESENTANDO OS RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 5.1 Conhecendo as gestantes deste estudo

A partir da análise das características sociodemográficas das vinte gestantes entrevistadas destacou-se que dez estavam na faixa etária de 26 a 35 anos e oito gestantes encontrava-se na faixa etária de 18 a 25 anos. É válido ressaltar que duas dessas mulheres estavam na faixa etária menor que 18 anos. De acordo com o MS, idade menor do que 15 anos e maior do que 35 anos são considerados fatores de risco para a gravidez (BRASIL, 2012a).

Há mais de quatro décadas a gravidez na adolescência é considerada um problema de saúde pública devido às consequências biológicas, psicológicas, econômicas, educacionais e familiares sobre os indicadores de saúde e socioeconômicos de uma região. Essas consequências tem se traduzido em elevado nível de estresse emocional, abandono escolar redução no rendimento acadêmico, desinteresse em investir na carreira profissional, dificuldade no relacionamento conjugal e maior probabilidade de separação (UNFPA, 2013; CHANDRA-MOULI, CAMACHO, MICHAUD, 2013; KINGSTON et al., 2012; ROSAND et al., 2014).

Quanto ao estado civil, dez gestantes disseram estar em uma união estável, cinco relataram ser casadas e cinco solteiras. O resultado desta pesquisa diverge do estudo de Pereira, Guimarães e Lanza (2013) realizado no município de Divinópolis com 23 mulheres que fizeram o pré-natal em uma UBS pública, pois neste estudo foi destacado que 56,5% dessas mulheres eram casadas e apenas 1% vivia em uma união estável.

É de grande importância a presença do parceiro durante todo o período gestacional da sua mulher principalmente quando se trata de acompanhá-la nas consultas de pré-natal. As grávidas solteiras e sem apoio social tendem a apresentar maior risco para adoecimento, estresse psicológico elevado e ansiedade relacionada à maternidade devido à ausência de um parceiro, presença de relações familiares frágeis e das próprias alterações gravídicas, ocasionando em maior possibilidade de desenvolverem partos prematuros (BRASIL, 2012a).

Em relação à raça a maioria se declarou parda, aproximando-se aos dados da pesquisa de Costa et al (2013) em que houve predominância de mulheres

pardas que realizavam pré-natal na rede de atenção básica em saúde do município de Goiânia.

O estudo de Teixeira et al (2012) apontou que as mulheres de cor preta e parda tinham 5,13 e 1,68 vezes mais chances, respectivamente, de morrer por morte materna quando comparadas às mulheres brancas no estado de Mato Grosso, sendo que a maioria dessas mortes estava relacionada a transtornos hipertensivos ocorridos na gravidez, no parto e puerpério. Segundo o MS as gestantes pardas/negras estão mais propensas a adquirir hipertensão arterial e diabetes devido à sua predisposição biológica (BRASIL, 2012a).

Em se tratando da renda familiar de cada gestante treze delas disseram sobreviverem com um a dois salários mínimos, três com mais de dois salários, três com menos de um e apenas uma diz não ter renda fixa. Essa realidade encontrada no presente estudo difere da realidade das gestantes atendidas em uma maternidade pública da cidade de Imperatriz - MA onde a maioria delas afirmou sobreviver com menos de um salário mínimo por mês (MAIA et al, 2014).

É imprescindível que os profissionais de saúde estejam atentos às condições socioeconômicas de seus pacientes e aos possíveis riscos de saúde advindos da baixa renda familiar (PEIXOTO et al., 2012). Considera-se a baixa renda familiar como um fator de risco para o baixo peso do recém-nascido, partos prematuros, dentre outras complicações durante o período gravídico (SANTOS et al., 2015).

Quando questionadas a respeito de sua escolaridade a maioria relatou ter terminado o ensino médio, três disseram ter encerrado os estudos após concluir o ensino fundamental, uma estava terminando o ensino fundamental, duas estavam concluindo o ensino médio e uma concluiu o ensino superior. Em se tratando do ensino superior o achado deste estudo assemelha-se aos dados de uma pesquisa sobre avaliação da assistência pré-natal no Brasil em que foi verificada que apenas uma pequena parcela, 8,9%, das mulheres tinha ensino superior (VIELLAS et al, 2014).

A escolaridade materna é um fator determinante para o comportamento das gestantes, portanto é de grande importância a investigação deste fator durante as consultas de pré-natal. O baixo grau de escolaridade associado ao baixo nível socioeconômico favorece ao início tardio do pré-natal, elevado nível de absenteísmo

e à adoção de hábitos inadequados durante o período gestacional (SANTOS et al., 2015; RODRIGUES et al., 2012a).

Após a análise dos dados obstétricos das gestantes foi possível perceber que a maioria estava na sua primeira gestação, cinco estavam na segunda gravidez duas estavam na terceira e duas encontravam-se na quarta gestação. Contrapondo aos dados desta pesquisa, o estudo nacional de base hospitalar desenvolvido por Domingues et al (2015) destacou que a maioria das puérperas entrevistadas era múltipara (teve mais de um filho).

Dos partos já vivenciados pelas gestantes deste estudo a maioria foi de forma natural e três foram partos cesarianos. Segundo o MS um dos critérios para a efetividade da assistência pré-natal estar relacionado com o incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária (BRASIL, 2012a). Em se tratando da escolha do tipo de parto o enfermeiro é responsável por disseminar, durante o pré-natal, os benefícios e as vantagens relacionadas ao parto normal, uma vez que esse tipo de parto faz parte de um processo fisiológico com baixos índices de infecção quando comparados a um parto cesário (RIBEIRO et al., 2016).

Quando questionado às gestantes que estavam na segunda ou mais gestação se elas haviam realizado o pré-natal na gestação anterior, todas disseram ter feito pré-natal. Dentre elas oito realizaram pré-natal com enfermeiro intercalado com médico e uma diz ter feito todo o pré-natal apenas com o médico. Estes resultados estão em concordância com as recomendações do MS, pois as consultas de pré-natal de risco habitual devem ser realizadas tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro. É válido destacar que as consultas de enfermagem devem ser intercaladas com as consultas médica durante o pré-natal (BRASIL, 2012a).

## **5.2 Descrevendo o passo a passo da consulta observada**

Foram observadas seis consultas subsequentes de pré-natal, sendo cinco consultas de enfermagem e uma médica, todas integrantes das equipes de saúde das UBS pesquisadas.

Verificou-se que todas as UBS pertencentes ao distrito em estudo atendem pré-natal uma ou duas vezes por semana sendo a maioria durante o turno matutino e apenas uma no turno matutino e vespertino, iniciando pela manhã às 8 e



finalizando às 12 horas e pela tarde das 13 às 17 horas. A seguir serão detalhadas as etapas da observação, a partir do Check List:

- Ação na pré-consulta

A observação iniciou-se a partir da chegada das gestantes às UBS. Algumas chegavam aos serviços de saúde, referenciadas pelos agentes comunitários de saúde (ACS), outras por demanda espontânea com agendamento prévio da consulta seguindo o número de 10 a 12 atendimentos permitidos por dia. O atendimento em cada UBS era organizado por ordem de chegada das gestantes que procuravam a assistência, visando cumprir o calendário de consultas agendado no início do pré-natal.

Precedia-se o seguimento da observação na pré-consulta que era realizado pelas técnicas de enfermagem. Em duas das unidades observadas esse atendimento era feito em uma sala contendo uma balança, aparelho para aferição da pressão arterial e mesa com cadeira; já na outra unidade não havia sala apropriada para a pré-consulta, esta era feita na sala de espera.

Observou-se que em todas as unidades a pré-consulta constou-se de: aferição da altura da gestante e aferição do peso e da pressão arterial. Os prontuários das gestantes eram colocados na mesa de acordo com a ordem de chegada dessas mulheres sendo garantida a organização para as consultas.

Após a pré-consulta foi observado que o tempo de espera para a consulta variou de 15 minutos a duas horas. De acordo com o MS a longa espera para receber atendimento muitas vezes gera incômodo e pode resultar em empecilho para a continuidade do pré-natal pela gestante. Todo serviço de saúde de qualidade deve estabelecer meios para evitar as longas esperas e priorizar atendimento das grávidas nas filas, garantindo o direito de cidadania (BRASIL, 2005).

Na observação, constatou-se que nenhuma das gestantes estava acompanhada, embora a presença do acompanhante durante as consultas de pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no SUS seja assegurada pela Lei Federal nº 11.108/2005. A gestante é livre para escolher a pessoa que irá lhe acompanhar em cada momento, podendo ser o mesmo acompanhante, ou não, para cada situação (BRASIL, 2005b).

Observou-se que em apenas uma das UBS em estudo ocorreram palestras para as gestantes, antes das consultas de pré-natal, em todas as vezes que a pesquisadora esteve presente. As temáticas abordadas nas palestras foram relacionadas à amamentação e cuidados com o recém-nascido. Segundo Anversa et al (2012) as ações educativas podem ser desenvolvidas durante o pré-natal nas UBS, em salas reservadas, por meio de grupos de gestantes, no momento de espera, ou individualmente. Essa estratégia de serviço constitui-se em um momento de acolhida, escuta ativa, vínculo entre profissionais e gestantes, troca de experiências, aprendizagem e esclarecimento de dúvidas.

- Infraestrutura para a realização da consulta

Na observação constatou-se que as consultas eram realizadas em um consultório para o atendimento pré-natal, porém não era específico para a consulta de enfermagem. Em todos os consultórios havia mesa, cadeiras, maca, pia para lavagem das mãos, armário, materiais para registros profissionais e para realização de exame físico, com exceção da fita métrica para medir a altura uterina e do Sonar Dopler para auscultar os batimentos cardíacos fetais (BCF), que não eram encontrados em alguns consultórios, sendo necessário, a profissional ir buscá-los em outro consultório, ou seja, eram instrumentos de uso compartilhado. Enfatiza-se que os recursos materiais encontravam-se bastante desgastados.

De acordo com Brasil (2012a) “Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal”, consiste o 2º passo entre os dez passos fundamentais para se alcançar a qualidade do pré-natal oferecido na ABS.

- Registros dos dados das gestantes durante a consulta

Observou-se que o tempo empregado em cada consulta variou de 15 a 30 minutos. As anotações das profissionais foram feitas em todos os serviços de saúde apenas no prontuário e na caderneta da gestante. A ficha perinatal não foi observada em nenhuma unidade pesquisada. Recomenda-se que após o

diagnóstico de gravidez o acompanhamento pré-natal deve ser iniciado com o cadastramento da gestante no SISPRENATAL (inexistente nas UBS).

Todas as condutas e diagnóstico médico e de enfermagem instituídos nas consultas devem ser anotadas na ficha perinatal e no cartão da gestante (BRASIL, 2005). Segundo o PHPN o repasse dos incentivos financeiros para cada município depende do preenchimento da ficha de cadastramento da gestante e da alimentação do SISPRENATAL (BRASIL, 2000a).

- Acolhimento da gestante

Na observação verificou-se que o acolhimento das grávidas era feito apenas no momento da consulta. É pertinente destacar que o acolhimento é um fator indispensável para a qualidade do pré-natal, ele deve ser desenvolvido desde a chegada da gestante na recepção da unidade até a saída da mesma do consultório (GUERREIRO et al, 2012).

- A realização da consulta

Foi observado que as consultas foram realizadas em sua totalidade por profissionais do sexo feminino. O primeiro contato entre profissional e gestante foi marcado pelo questionamento sobre as queixas relacionadas à gravidez. Quatro das profissionais observadas iniciaram sua assistência investigando possíveis problemas ocasionados na gestação. A maioria analisaram resultados de exames anteriores, destas todas explicaram quanto aos resultados encontrados. O segundo momento desenvolvido por todas foi a revisão e atualização do prontuário e das cadernetas das gestantes. O cálculo da idade gestacional foi feito por cinco profissionais, já o cálculo da data provável do parto (DPP) foi realizado por apenas duas, este dado se deve provavelmente por se tratar de consulta subsequente.

Após realizarem as anotações iniciais todas as seis profissionais solicitaram à gestante se posicionar na maca em decúbito dorsal para realização do exame físico obstétrico. Observou-se que a primeira ação realizada por cinco profissionais consistiu na ausculta dos batimentos cardíacos fetais com a utilização do aparelho Sonar Doppler, sendo que em uma das UBS esse procedimento foi marcado por estresse das profissionais e gestantes pelo fato de haver apenas um

aparelho na unidade e estava sendo utilizado em outros atendimentos ao mesmo tempo.

Nenhuma delas executou a manobra de Leopold, para verificação da relação útero fetal e apenas um verificou a presença de movimentos fetais. Quatro mediram a altura uterina, mas não anotaram no gráfico da caderneta, as outras duas que não mediram relataram ter sido por falta da fita métrica na US. O valor do índice da massa corporal (IMC) foi calculado por apenas duas profissionais, sendo que só uma fez a atualização do gráfico de acompanhamento nutricional, disponível na caderneta da gestante.

A determinação do IMC e a medida da altura uterina devem ser verificadas e registradas nos gráficos contidos na caderneta da gestante, possibilitando a avaliação do desenvolvimento desses índices a cada consulta. Esses procedimentos fazem parte de um roteiro determinado pelo MS para controles maternos, sendo recomendado realiza-los em toda consulta subsequente de pré-natal (BRASIL, 2005).

Quanto à inspeção da pele e mucosas e quanto à presença de edema nos membros inferiores (MMII), foi verificado por duas profissionais. É válido ressaltar que nenhuma delas fez o exame clínico das mamas das gestantes. Em um estudo de revisão integrativa da literatura sobre o rastreamento e diagnóstico precoce do câncer de mama no Brasil foi enfatizado que o enfermeiro tem papel fundamental no processo educativo no que diz respeito à orientação do autoexame das mamas, no entanto observou-se que esse profissional pouco executa o exame clínico durante suas consultas e quando o realiza não faz de forma correta (CAVALCANTE et al, 2013).

Os exames laboratoriais e a quantidade de profissionais que os solicitaram foram respectivamente: hemograma, 3; hepatite B, 3; exame de urina, 3; Human Immunodeficiency Virus (HIV), 2; cultura de urina, 2; ultrassom obstétrico, 1; parasitológico de fezes, 1; glicemia em jejum, 1; toxoplasmose, 1; Venereal Disease Research Laboratory (VDRL), 1. Os motivos para solicitação desses exames foram explicados por todas as profissionais. Como se trata de gestantes de terceiro trimestre, não foi preciso solicitar exames para algumas das entrevistadas pelo fato de já terem sido realizados em consultas anteriores referentes ao último trimestre de gestação.

Das três profissionais que fizeram prescrição de sulfato ferroso e ácido fólico, apenas uma explicou como usa-los. Todas verificaram a situação vacinal na caderneta da gestante sendo que uma gestante precisou ser encaminhada para a sala de vacina, mas não foi explicado a ela o porquê e a importância da vacinação. Presume-se que em consultas anteriores já tenha sido abordado essa temática.

Quanto às orientações, observou-se que todas foram feitas no momento final da consulta. Com relação à importância da alimentação saudável apenas três profissionais orientaram, três explicaram a respeito da maternidade de referência para o parto, duas falaram sobre aleitamento materno exclusivo até os seis meses, duas explicaram quais os sinais de trabalho de parto, uma destacou a importância de se ter sono/repouso satisfatório todos os dias, uma orientou quanto à lubrificação dos mamilos com o próprio colostro, uma orientou quanto à prevenção de edemas dos MMII, uma informou a respeito dos grupos para gestante desenvolvidos na UBS e duas orientaram quanto ao procedimento a ser feito para autorização de laqueadura de trompa.

Dentre as gestantes cujas consultas foram observadas, apenas uma foi encaminhada para atendimento médico. Observou-se que cinco profissionais agendaram na caderneta da gestante a próxima consulta e o respectivo profissional (médico ou enfermeiro), apenas uma não fez o devido agendamento da consulta de retorno, apesar da necessidade do retorno da gestante.

Observou-se também no momento da consulta a limitação de uma profissional com relação à interação profissional/mulher grávida, referente à comunicação entre elas. O tom de voz dessa profissional ao longo da consulta era quase que inaudível, prejudicando a compreensão da gestante sobre o que estava sendo relatado e conseqüentemente inibindo a vontade dessas mulheres de tirar alguma dúvida ou manter uma conversa mais aberta.

Essa limitação na comunicação não se deve ao fato da presença da pesquisadora durante a consulta, uma vez que os relatos posteriores das gestantes estavam de acordo com a impressão da observadora. O diálogo e o vínculo entre profissional e gestante são de grande importância durante a assistência pré-natal, pois podem favorecer a redução do medo e da ansiedade advindos do estado gravídico. Uma boa comunicação e interação entre os envolvidos no pré-natal possibilitam maior abertura para a mulher relatar suas necessidades e esclarecer

suas dúvidas com mais confiança, contribuindo para satisfação da assistência prestada (SILVA, ANDRADE, BOSI, 2014a).

### **5.3 Conhecendo as opiniões das profissionais de saúde**

Na entrevista com os profissionais de saúde foi possível identificar claramente os fatores que influenciam positivamente na qualidade da consulta, ou seja, as potencialidades que contribuem para a qualidade da consulta pré-natal, assim como as fragilidades que influenciam negativamente nas consultas.

- Fatores que influenciam positivamente na consulta de pré-natal nas UBS

Dentre os fatores descritos e a quantidade de profissional que os descreveram estão: boa estrutura física da UBS, 2; recursos humanos qualificados, 1; qualidade da assistência de enfermagem, 2; recursos materiais, 2; acesso aos exames via RC, 3; Boa participação dos ACS, 1; atividades educativas, incluindo o parceiro, 2; boa procura das gestantes para atendimento, 1; cursos de qualificação para os profissionais, 1; consulta de puerpério, 1.

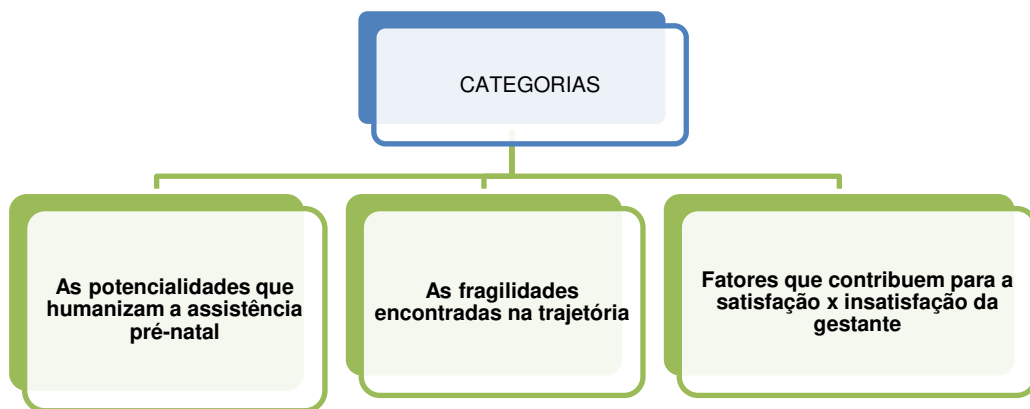
- Fatores que influenciam negativamente na consulta de pré-natal nas UBS

Dentre os fatores que interferem negativamente na consulta de pré-natal os quais se constituem em fragilidades da assistência, descritos pelas profissionais de saúde, estão: falta de recursos materiais, como fita métrica, gel, estetoscópio, balança, aparelho para auscultar os BCF's, 3; falta de sulfato ferroso e ácido fólico, 2; gestantes não participativas, 1; atraso dos profissionais, 1; falta de encaminhamento da gestante pelo ACS, 1; dificuldade para referenciar gestantes de alto risco, 1; péssima estrutura física, 2; baixa escolaridade da gestante, 1; baixa renda da gestante, 1; muitas gestantes adolescentes, 1; aderência tardia ao pré-natal, 1; recursos humanos escassos, 1; dificuldade na marcação do ultrassom obstétrico, 1; resistência e pouca adesão ao pré-natal por parte dos parceiros, 2; não realização do pré-natal do parceiro, 1; falta de palestras focadas nas adolescentes, 1.

## 5.4 Compreendendo as falas das gestantes

A partir da análise das mensagens emitidas pelas gestantes deste estudo, tomando como base os parâmetros de adequação da assistência pré-natal, preconizados pelo MS, foi possível abstrair três categorias temáticas a respeito da assistência pré-natal com foco nas potencialidades e fragilidades encontradas na operacionalização da consulta, segundo a percepção das gestantes. Como podem ser vistas no esquema representativo (figura 1).

Figura 1 – Representação das categorias e subcategorias depreendidas dos depoimentos das gestantes.



Fonte: A autora (2017).

A seguir serão analisadas as categorias temáticas depreendidas dos depoimentos das participantes do estudo:

### 5.4.1 As Potencialidades que humanizam a assistência pré-natal

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelece que, toda gestante assistida pelo Sistema Único de Saúde tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade durante a sua gestação, parto e puerpério. Essa assistência deve ser realizada de forma humanizada, organizada e segura. É obrigação de toda unidade de saúde receber com dignidade a gestante por meio de condutas acolhedoras (BRASIL, 2000a).

Para que o processo de humanização da assistência se concretize nos serviços de saúde é imprescindível a participação de uma equipe multidisciplinar que reúna competências técnica-científica aos preceitos éticos, levando em

consideração a individualidade de cada gestante. O planejamento da assistência deve está voltada à valorização do ser humano, em que consiste atender as suas especificidades e necessidades (BRASIL, 2014a; GAMA et al., 2014; SILVA et al., 2013b).

Uma assistência pré-natal de qualidade deve ser construída por meio de práticas articuladas que envolvam a dimensão subjetiva, social, econômica e cultural das gestantes e seus familiares. É de fundamental importância que a equipe multidisciplinar desenvolva o cuidado à gestante desde a descoberta da gravidez até o período puerperal, de forma integral. Essa articulação de saberes multidisciplinar tende a despertar novos olhares para as práticas de acompanhamento pré-natal, o que potencializa a assistência (SANTIAGO et al., 2016).

Tomando como base a humanização do pré-natal e as potencialidades para a operacionalização da consulta pré-natal, nesta categoria foi possível conhecer as percepções das gestantes a respeito da consulta desenvolvida nas UBS em estudo. Percebeu-se que o bom atendimento dos profissionais configura-se como potencialidade para o relacionamento interpessoal, como pode ser visto nas seguintes falas:

*Toda minha consulta eu sou bem recebida, nunca fui ignorada, nunca fui maltratada, nem pelos funcionários, nem pelas médicas, nem pelos enfermeiros (GESTA.15; GESTA.06; GESTA.03).*

*Tenho nada o que reclamar, até porque é uma unidade pequena, mas eu acho assim que tem muito atendimento bom (GESTA.20).*

Os depoimentos acima demonstram que as gestantes estão satisfeitas com o acolhimento que está sendo proporcionado pelo profissional de saúde nas consultas de pré-natal, caracterizando uma potencialidade dessa consulta. Essa percepção da gestante foi confirmada pela observação feita durante a consulta, porém o acolhimento estava presente somente no momento da consulta, enquanto que o MS enfatiza que o acolhimento à gestante deve ser feito desde a chegada da mesma à UBS até a sua saída, por todos os profissionais (GUERREIRO et al, 2012).

Percebeu-se que essa potencialidade da assistência pré-natal, apreendidas pela pesquisadora e pelas gestantes deste estudo, está diretamente associada com a forma de tratamento prestado a elas no momento da consulta. Grande parte das gestantes entrevistadas relatou ter tido um ótimo pré-natal pelo simples fato de ter sido bem acolhida, pela atenção e cuidado dispensados pelas



enfermeiras. A consulta de enfermagem também foi considerada pelas profissionais de saúde como fator que potencializa a assistência pré-natal.

Os resultados encontrados no estudo de Guerreiro et al (2012) destacam que a qualidade do pré-natal, de acordo com as gestantes, está associada à assistência integral do enfermeiro. Esta assistência deve ser prestada de forma humanizada por meio da escuta, do olhar, do toque e da conversa sobre a saúde da gestante e do seu bebê, fornecendo informações necessárias para que ela se sinta segura e tire todas as suas dúvidas.

A escuta ativa da mulher e de seus acompanhantes durante a consulta pré-natal, o esclarecimento de dúvidas e a informação quanto às condutas a serem adotadas neste atendimento consistem em potencialidades que, de acordo com o MS, devem ser disponibilizados pelos serviços de saúde para garantia da conformidade da atenção pré-natal (BRASIL, 2005a).

Os depoimentos acima estão em conformidade com os dados de um estudo realizado com puérperas de uma maternidade pública do estado de Goiânia, onde foi evidenciado que a maior parte delas considerou a assistência, durante o pré-natal e o trabalho de parto, satisfatória devido à forma atenciosa que foram tratadas pela equipe de saúde ao longo da gestação e do pós-parto e devido às informações e orientações prestadas (LUZ, ASSIS, REZENDE, 2015).

A adesão das gestantes aos serviços de saúde que oferecem a consulta de pré-natal é influenciada principalmente pela empatia que elas sentem pelos profissionais e pela UBS. O apoio e a escuta ativa são compreendidos pelas grávidas como algo que potencializa, qualifica e torna empático o atendimento recebido, devendo ser fornecidos em toda assistência pré-natal. O cuidado humanizado e o acolhimento estão diretamente relacionados à construção de vínculos, possibilitando o acompanhamento adequado da gestação. Os profissionais envolvidos nesse cuidado devem estar preparados para garantir a integralidade da assistência, amparados pelo bom relacionamento interpessoal (CAMPOS et al., 2016).

Algumas das gestantes entrevistadas relataram ter escolhido a UBS para realizarem seu pré-natal devido à facilidade na marcação das consultas, ao fácil acesso à UBS. Esses dados foram caracterizados como potencialidades encontradas na assistência pré-natal, de acordo com as seguintes falas:

*O atendimento é rápido a gente marca e sempre dar certo, os médicos não faltam (GESTA.17).*

*Aqui é mais perto da minha casa, é mais fácil da gente marcar a consulta, e a gente é bem atendida (GESTA.18; GESTA.02; GESTA.10; GESTA.09).*

*Pra algumas pessoas a visão de atendimento de um posto é totalmente diferente da visão do atendimento de uma maternidade, mas pra mim não mudou em nada porque o atendimento continua o mesmo, a educação deles são ótimas, tanto da parte dos funcionários como enfermeiro (GESTA.15).*

*Esse negócio novo do exame, da rede cegonha, que a gente faz sem pagar ficou ótimo (GESTA.05).*

O fácil acesso aos serviços de saúde, relatado pelas gestantes, é um determinante potencializador para a adesão da gestante ao pré-natal. É pertinente destacar que, assim como relatado, durante a observação foi possível constatar que as UBS em estudo garantiam de fato a facilidade no acesso aos serviços, como por exemplo: disponibilizando atendimento pré-natal nos dois turnos e realizando agendamento prévio das consultas, seja pela gestante ou pelo ACS.

Esses depoimentos estão em consonância ao que é preconizado com o MS, que diz que toda gestante deve ser atendida em sua área de abrangência. As equipes de saúde são responsáveis por assegurar a continuidade do atendimento pré-natal de todas as gestantes, da área de abrangência da unidade de saúde, que realizam o pré-natal (BRASIL, 2012a).

Divergindo dos dados encontrados nesta pesquisa, em um estudo desenvolvido no Rio Grande do Sul, a dificuldade no acesso foi destacada pelas gestantes como um problema encontrado ao procurarem as UBS. Diante dessa dificuldade muitas vezes há a necessidade de buscar por outras opções de atendimento, o que pode acarretar em início tardio do pré-natal (SANTOS et al., 2015).

Percebe-se por meio da fala acima que a RC é uma das estratégias que favorecem a assistência pré-natal. É válido destacar também que o acesso aos exames via RC foi considerado pelas profissionais, que realizaram as consultas de pré-natal das gestantes entrevistadas, como uma potencialidade que influencia na qualidade da assistência. De acordo com a Portaria nº 1.459/2011 que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha, em seu componente I, compreende uma das ações de atenção à saúde no pré-natal: a realização dos exames solicitados pelos

profissionais no momento da consulta e acesso aos resultados em tempo oportuno. Essas ações devem ser garantidas pelas UBS (BRASIL, 2011a).

Considerando os parâmetros de qualidade do pré-natal introduzidos pela RC, acredita-se que a realização de exames pelo SUS seja uma das principais intervenções que contribui diretamente para a melhoria e para potencializar a qualidade da consulta. Em se tratando de solicitação de exames foi observado pela pesquisadora que, a maioria das profissionais solicitou, quando necessário, os exames de rotina a serem realizados no pré-natal.

As gestantes deste estudo, que usufruíram das atividades nos grupos de gestantes, consideraram fundamental a sua participação no grupo durante a assistência pré-natal. Segundo elas, nos grupos são discutidos vários assuntos que não foram abordados pelo profissional durante a consulta, como por exemplo: os direitos das gestantes, maternidade de referência para o parto, acompanhamento odontológico e amamentação, que foram destacados como potencialidades nas falas abaixo:

*Eu acho o grupo importante a gente troca conhecimento, e tira dúvidas, fica sabendo de muita coisa que a gente não sabia. Elas aconselharam a gente a ler a caderneta da gestante, que fala muita coisa sobre nossos direitos (GESTA.14; GESTA.12).*

*Eu participo de um grupo de gestantes, lá eles são bem pontual, a gente faz um círculo... ela (enfermeira) tava falando sobre se a pessoa já sabe onde vai ter a criança se ela já tem tudo organizado (GESTA.02).*

*Nas palestras eu aprendi muita coisa porque teve a dentista teve a fonoaudióloga teve as enfermeiras. Hoje que eu participei foi sobre amamentação gostei e incentivo as outras a participarem também (GESTA.20; GESTA.14).*

Como pode ser percebido nos depoimentos acima, a participação das mulheres em grupos de gestantes possibilita a aproximação e o fortalecimento do vínculo com a UBS e permite que o profissional de saúde desenvolva o seu papel de educador. As falas assemelham-se ao que foi observado e ao que foi descrito pelas profissionais, pois os grupos de gestantes foram determinantes potencializadores da assistência pré-natal, devido às temáticas abordadas pelos profissionais.

Esses encontros de gestantes têm como objetivo orientar suas ações, levantar discussões e sanar as dúvidas durante o período gestacional, a fim de contemplar suas necessidades. Além de ser um momento de troca de experiência, o

grupo de gestantes permite que essas mulheres sejam multiplicadoras de conhecimentos (FELICIANO, PRADEBON, LIMA, 2013).

A partir do momento em que essas mulheres são inseridas em uma atividade educativa que lhe traga benefícios elas passam a ser motivadoras na vida de outras mulheres, como relatado anteriormente. Esse ato motivador consiste em uma estratégia importante para a promoção da gestação saudável e incentivo à constante melhoria e fortalecimento da assistência pré-natal.

Alguns depoimento destacam a importância da Caderneta da Gestante enfatizando os vários assuntos relacionados à gravidez, parto, pós-parto e cuidados com o recém-nascido, de grande importância para o esclarecimento de dúvidas. Dentre os temas tratados na caderneta estão, os direitos de todas as mulheres grávidas: direitos trabalhistas, direitos sociais, direitos estudantis, direitos nos serviços de saúde, direito de ser informada e de visitar antes do parto a maternidade de referência, direito a acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto, no SUS (BRASIL, 2014b).

Ressalta-se a importância dada pelas gestantes ao uso orientado da Caderneta da Gestante, como instrumento facilitador e potencializador para o bom acompanhamento pré-natal. Os depoimentos deixam claro que o profissional de saúde pouco orienta a gestante, no momento da consulta, sobre a importância de se ler cada conteúdo abordado na caderneta e que a acesso à orientação só foi possível com sua participação no grupo, tornando evidente a contribuição desses grupos para potencializar a qualidade do pré-natal. Essa dificuldade na orientação pode estar relacionada ao número elevado de gestantes, que é incompatível com o número de profissional.

Para que a gestante conheça o caminho a ser trilhado para o sucesso do pré-natal é de extrema importância as orientações fornecidas pelos profissionais de saúde, quer seja durante a consulta de pré-natal ou nas atividades de grupo. Dentre as orientações detectadas nos depoimentos das gestantes estão o aleitamento materno, a nutrição da gestante, uso de medicação, exames de rotina e sinais de trabalho de parto.

A melhor forma de conhecer e aprender sobre o período gestacional, o parto e o nascimento é por meio de orientações fornecidas adequadamente pelas profissionais de saúde. Ressalta-se que a enfermeira possui importante participação no que diz respeito à prática de orientar/potencializar as gestantes, quanto a todos

os aspectos que abrangem a gravidez, o parto e o puerpério, durante as consultas de pré-natal. Observou-se que as orientações não tiveram a abrangência necessária, por ter faltado outras orientações importantes como vacinação da gestante e do bebê, escolha orientada do tipo de parto, primeiros cuidados com o recém-nascido, dentre outras.

A partir dos depoimentos emitidos pelas gestantes analisou-se que estas receberam informações sobre a importância do aleitamento materno, no entanto não verbalizaram ter tido orientações de como se preparar para a amamentação, ou seja, como posicionar o bebê, sobre a pega correta do mamilo e os cuidados com os seios. Como pode ser visto abaixo:

*A enfermeira ela orienta bastante, já falou sobre a importância do aleitamento, sobre até que a amamentação é um momento de amor, de cuidado (GESTA.14; GESTA.15).*

*Sobre o cuidado do bebê na hora do banho (GESTA.13, GESTA.16).*

Os depoimentos não deixam claro que as orientações sobre a amamentação foi completa, no entanto foi evidenciada na observação da consulta a incompletude das orientações sobre o aleitamento materno. As orientações se limitaram somente à importância da amamentação para o bebê. Considera-se fundamental que as mulheres sejam orientadas ao longo das consultas de pré-natal sobre a importância da amamentação, tanto para a saúde da mulher quanto para a saúde da criança. Essas informações devem ser transmitidas por meio de uma conversa aberta entre profissional e gestante, em que ela possa tirar todas as suas dúvidas. Dentre as primeiras orientações na consulta de pré-natal no terceiro trimestre, deve ser enfatizado o manejo correto da amamentação e os primeiros cuidados com o recém-nascido (BRASIL, 2012a).

As orientações dos profissionais de saúde como caminho a ser trilhado para o sucesso do pré-natal deve privilegiar o incentivo às práticas de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno, tendo como foco a orientação sobre o manejo da amamentação, que envolve desde a forma correta de posicionar o bebê para amamentar até a preparação psicológica da mulher para este momento (NASCIMENTO et al., 2013). A importância dessas boas práticas é confirmada pelo depoimento de uma gestante que se referiu à amamentação como um momento

prazeroso, que deve ser desenvolvido com amor e de forma carinhosa para que seja alcançada a potencialidade deste processo.

Quanto à nutrição da mulher grávida, esta orientação é de fundamental importância para o prognóstico da gestação, uma vez que o prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno. Uma alimentação inadequada da gestante afeta o crescimento e desenvolvimento do bebê. As necessidades nutricionais são elevadas durante o período gravídico devido aos ajustes fisiológicos da mulher e a necessidade de nutrientes para o crescimento saudável do feto. Diante desses aspectos é necessário que a profissional de saúde saiba orientar e motivar as gestantes a ter hábitos alimentares saudáveis durante essa fase (BRASIL, 2012a).

Durante esta pesquisa verificou-se que, a orientação sobre a alimentação adequada foi repassada para todas as gestantes. Percebeu-se que as orientações foram referentes à introdução de alimentos saudáveis na rotina alimentar, como destacaram as gestantes:

*Geralmente é o básico que eles orientam, a questão de alimentação, o que pode comer e o que não pode comer (GESTA.01. GESTA.17).*

*Comer bastante salada, comer bastante fruta, verdura, se alimentar na hora certinha (GESTA.04; GESTA.05; GESTA.08; GESTA.04).*

*Elas me orientaram sobre alimentação do bebê, sobre estresse, inchaço nos pés, esforço físico (GESTA.20; GESTA.19).*

Nos depoimentos acima além das orientações a respeito da alimentação adequada, as gestantes foram contempladas também com outras orientações como: alimentação do bebê, estresse, edema nos membros inferiores, evitar esforços físicos demais, que são de fundamental importância para empoderamento da gestante.

A alimentação saudável e em intervalos regulares foi destaque nas falas das gestantes, assim como é apontada na caderneta da gestante, a qual deixa claro que o uso de uma alimentação rica em vitaminas, proteínas, carboidratos, ferro e cálcio durante a gravidez é fundamental para o bem – estar da gestante, para a formação e crescimento adequado do feto, assim como ao consumo regular de água (BRASIL, 2014b).

Quanto ao uso da medicação na gravidez, sendo uma das orientações recebidas pelas gestantes, de acordo com a diretriz estabelecida pelo MS sobre a suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes, é recomendada durante a consulta pré-natal a prescrição desses medicamentos na gestação com o objetivo de reduzir o risco de baixo peso ao nascer, anemia materna e deficiência de ferro nesse período (OMS, 2013; BRASIL, 2012).

Percebe-se nos depoimentos, que elas foram orientadas quanto ao uso da suplementação, apesar de não ser sempre garantido o acesso, em algumas unidades do distrito em estudo:

*Fui orientada pra tomar os remédios, o sulfato ferroso e o ácido fólico, tomar vitamina, e pra mim pegar sol por causa da mama (GESTA.06; GESTA.05; GESTA.11).*

*Me orientou sobre os exames que ela pedia (GESTA.08; GESTA.02).*

É imprescindível que, a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso sejam garantidos pelas UBS, a fim de promover uma gravidez livre de Intercorrecias ocasionadas pela falta desses suplementos. Portanto, o acesso a essas suplementações deve ser facilitado a todas as mulheres que recebem atendimento pré-natal no nível de atenção primária, secundária e terciária (COSTA et al., 2016).

É perceptível que o profissional de saúde está exercendo seu papel de educador durante as consultas de pré-natal. No início da gestação o foco das orientações está na prevenção dos agravos, como a anemia, com o uso da suplementação de ferro e ácido fólico, bem como a realização de exames de rotina e uma alimentação saudável. Já na metade até o final da gravidez o foco das orientações deve estar voltado para o tipo de parto, dando ênfase na importância do parto normal e sobre o reconhecimento dos sinais de trabalho de parto.

A relevância dessas orientações consiste em potencializar e proporcionar às gestantes, a possibilidade de vivenciarem o trabalho de parto e o parto como uma experiência positiva e como um processo natural da vida (RIBEIRO et al., 2016). Acredita-se que as mulheres no terceiro trimestre de gestação já devam estar cientes quanto a essas orientações, principalmente quanto aos sinais de trabalho de parto e o tipo de parto.

Os depoimentos a seguir revelam que uma pequena parcela das gestantes foi orientada quanto aos sinais de trabalho de parto e tipo de parto:

*O parto ta previsto pra ser normal, mas tudo pode acontecer, elas disseram que o normal vai sentir muita dor e o cesariano a pessoa tem que ter muito cuidado (GESTA.16).*

*Falaram se eu tiver sangrando ou então quando a bolsa estourar, se descesse tipo um catarro e sentir dor é pra mim ir pro hospital (GESTA.11; GESTA.20).*

*Falaram sobre as posições que eu quiser ter no parto, que eu tenho que escolher sobre o tipo de parto (GESTA.10).*

A partir dos depoimentos verifica-se que poucas gestantes mencionaram ter conhecimentos relacionados ao trabalho de parto e parto. Somente uma demonstrou ter recebido orientações sobre a escolha das posições e o tipo de parto. A escolha das posições na hora do parto é legalmente garantida às mulheres. As diretrizes nacionais de assistência ao parto normal, as quais foram aprovadas pela Portaria nº 353 de 14 de fevereiro de 2017, tratam da adoção das posições na hora do parto, como medida de rotina a ser estimulada nos serviços de saúde (BRASIL, 2017a). É válido ressaltar que várias são as posições que a mulher pode assumir durante o parto, é necessário que a profissional oriente essa mulher quanto às possibilidades e proporcione liberdade de escolha à gestante (OMS, 2000; BRASIL, 2017b).

Dentre as posições, a gestante pode escolher ficar apoiada em seu(sua) acompanhante, assumir a posição de cócoras, sentar-se na bola, ficar agachada, de joelhos ou de quatro, as quais podem facilitar o parto, aliviar a dor e ajudar o bebê a encaixar melhor favorecendo a sua saída. Cada gestante deve escolher a posição adequada às suas particularidades (BRASIL, 2014b).

É possível perceber nos depoimentos acima, que as orientações fornecidas pelos profissionais sobre os sinais de trabalho de parto, são fundamentais para que a mulher saiba distinguir o momento certo de ir para a maternidade, podendo assim amenizar seus anseios e temores relacionados ao parto.

Segundo o MS (2014b), o trabalho de parto pode durar em média de 8 a 12 horas. É preciso que a mulher esteja tranquila e confiante para vivenciar esse momento. Para que se sinta segura ela precisa saber identificar os sinais que indicam o início do trabalho de parto, que são eles: endurecimento da barriga a cada



cinco minutos, por trinta segundos ou mais, por mais de uma hora; perda do tampão mucoso amarelado como uma clara de ovo e com rajadas de sangue pela vagina. É válido destacar que mesmo havendo apenas a perda do líquido sem a presença das contrações, a gestante deve ir à maternidade para ser avaliada por um profissional.

O tipo de parto é algo que deve ser conversado durante todo o processo gestacional, a fim de proporcionar autonomia à gestante e empoderá-la quanto à escolha orientada do tipo de parto, visando à garantia da escolha consciente do parto natural (JARDIM, 2017).

Constatou-se a partir das falas das gestantes, que as orientações feitas pelas profissionais de saúde basearam-se principalmente na alimentação ideal durante a gravidez, amamentação, sinais de trabalho de parto, suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso e exames de rotina.

Essas orientações estão em consonância com o que foi observado pela pesquisadora. Observaram-se também outras orientações que não foram relatadas pelas gestantes, como por exemplo, quanto à maternidade de referência para o parto, sono/repouso satisfatório, lubrificação dos mamilos com o próprio colostro e quanto ao procedimento para autorização de laqueadura de trompas. Esses achados assemelham-se ao estudo de Guerreiro et al (2012) onde foi analisado que os enfermeiros, durante a consulta pré-natal, realizaram as mesmas orientações recebidas pelas gestantes deste estudo.

A qualidade da consulta pré-natal está diretamente relacionada com o cuidado desenvolvido pelos profissionais de saúde. A enfermeira é uma das profissionais responsáveis pela qualidade da atenção à mulher em seu período gestacional. Os cursos de capacitação profissional foram descritos pelas profissionais deste estudo, como uma das formas de potencializar as consultas de pré-natal (Ver página 42). Diante dessa responsabilidade faz-se necessário a busca constante por conhecimentos para que se possa desenvolver um trabalho de excelência (SILVA et al., 2016).

No estudo de Silva et al (2016) foi enfatizado a satisfação das gestantes e puérperas com a atenção desenvolvida pela enfermeira e a importância dessa profissional para a adequabilidade da assistência conforme os parâmetros preconizados pelo MS. Nas falas abaixo pode ser percebida também, a satisfação das gestantes quanto à consulta realizada pelas enfermeiras:

*A consulta de hoje foi melhor que a anterior, porque ele (médico) não me deu tanta atenção quanto ela (enfermeira) me dá, ela é uma ótima enfermeira, é atenciosa, conversa bastante (GESTA.14; GESTA.15; GESTA.16).*

*A consulta dela (enfermeira) foi melhor, porque ela te examina melhor, ela te faz perguntas e o médico não. O médico faz as coisas muito rápido, te examina muito rápido, te dar diagnóstico muito rápido, e ele pode ta certo no diagnóstico né, mas a atenção dele deveria ser melhor (GESTA.12).*

Observa-se nos depoimentos acima que as avaliações das gestantes foram realizadas baseadas na consulta do profissional médico e da enfermeira. A satisfação quanto ao atendimento fundamenta-se na duração e peculiaridade da atenção prestada. Em se tratando de duração da consulta, foi observado que o tempo variou entre 15 a 30 minutos. Subentende-se que, apesar das inúmeras atribuições da enfermeira na UBS, esta ainda tem a capacidade de desenvolver a consulta pré-natal com mais dedicação, paciência e disponibilidade em comunicar-se mais facilmente.

Foi possível identificar nas falas, a distinção na condução do exame físico de enfermagem e médico. Essa distinção de condutas também foi observada pela pesquisadora. Quanto às condutas referentes ao exame físico da gestante, foi observado que as profissionais restringiram-se à ausculta dos BCF's e aferição da altura uterina.

Esse achados estão de acordo com o estudo de Tomasi et al (2017), onde menos de um quarto das gestantes que realizaram seu pré-natal na UBS recebeu exame físico adequado, no entanto mais da metade receberam todas as orientações preconizadas pelo MS. Considera-se que essas ações dependem quase que exclusivamente das atitudes dos profissionais que prestam assistência pré-natal, tornando-se atualmente um desafio compreender os motivos pelas quais essas ações não estão sendo prestadas às gestantes.

Concorda-se com Lima et al (2014), que a realização do exame físico da gestante de forma completa e detalhada, pelo menos na primeira consulta de pré-natal, servirá como parâmetro para identificação de possíveis diagnósticos e intervenções de enfermagem, que podem ser trabalhados ao longo do pré-natal, minimizando os riscos à saúde da mãe e do bebê.

Os depoimentos abaixo demonstram que, quando se trata da consulta pré-natal algumas mulheres têm a preferência em realizar com profissionais do sexo feminino. A maioria das gestantes deste estudo foi atendida por médicas e

enfermeiras, com exceção de uma gestante que teve uma consulta realizada por um médico, a qual não a satisfiz, pelo fato de não ter conseguido ficar à vontade:

*A consulta de hoje eu avalio como foi boa, não foi de pressa, eu só não gostei logo no começo que foi o doutor, eu não gosto de consultar com homem só com mulher porque eu me sinto mais a vontade pra falar (GESTA.13).*

*A consulta anterior foi melhor porque a enfermeira fez três tipos de teste rápido, foi de HIV, de Sífilis e de Hepatite (GESTA.19).*

*Essa consulta foi muito boa porque ela (enfermeira) conseguiu tirar minhas dúvidas, ela me ouviu e eu consegui ouvir ela (GESTA.05; GESTA.07; GESTA.08; GESTA10).*

De acordo com os depoimentos das gestantes, percebe-se que a avaliação da consulta de pré-natal variou conforme a conduta de cada profissional. Algumas gestantes valorizaram as práticas de saúde humanizadas no acolhimento, embora uma tenha valorizado as práticas tecnicistas.

Em se tratando da realização de testes rápidos, de suma importância para evidenciar o status sorológico da gestante, segundo o MS, a efetividade de uma assistência pré-natal também está associada à garantia da “realização de testes rápidos para sífilis e HIV na UBS, assim como apoio laboratorial”. Deve ser garantida também a realização dos exames laboratoriais de rotina como fortalecimento da qualidade da assistência pré-natal, sustentado pelo PHPN, o qual está fundamentado no princípio de que a Humanização da Assistência Obstétrica e Neonatal é a condição necessária para que o acompanhamento pré-natal e puerpério sejam de fato considerados adequados (BRASIL, 2002; 2012a).

As técnicas humanizadas de acolhimento, no momento da consulta, foram bastante enfatizadas como potencializadoras para a qualidade da consulta. Observou-se que o acolhimento das gestantes foi valorizado somente pelos profissionais que realizaram as consultas. Entretanto, ainda há uma forte tendência na valorização das práticas tecnicistas, como a medicalização e a realização dos testes rápidos, que apareceram como avaliação positiva na consulta pré-natal.

No depoimento das gestantes é possível concluir que a boa comunicação profissional/gestante, contribuiu para a satisfação pela atenção recebida no momento da consulta. Portanto essa comunicação está diretamente relacionada à humanização da assistência e conseqüentemente com a qualidade do pré-natal.

Ficou evidente que as gestantes avaliaram a consulta pré-natal, realizada pela enfermeira, de forma positiva, devido à maneira como foi desenvolvida. Destaca-se então, a importância dessa profissional como potencializadora para a qualidade da assistência durante o período gestacional. As profissionais de saúde também destacaram a importância de se ter recursos humanos qualificados nas UBS.

Nesta categoria foi possível concluir que as potencialidades para a operacionalização da consulta pré-natal foram relacionadas principalmente ao fácil acesso e à boa interação entre profissional e gestante. Segundo as perspectivas das gestantes, as orientações transmitidas pelas enfermeiras quanto à alimentação, medicação, parto, dentre outras, foram fundamentais para potencializar as consultas de pré-natal. As consultas foram consideradas positivas devido ao acolhimento prestado pelas enfermeiras.

#### **5.4.2 As fragilidades encontradas na trajetória**

A partir da análise dos depoimentos, constatou-se nesta categoria que há diversas fragilidades no atendimento pré-natal, dentre elas estão: a falta de organização das UBS para a assistência pré-natal, tais como a falta de consultório específico de enfermagem para atender as gestantes e o tempo prolongado de espera para início das consultas. É válido ressaltar que essas fragilidades também foram observadas pela pesquisadora.

A não garantia e a dificuldade para a realização dos exames complementares, estrutura física insatisfatória e a falta de medicamentos essenciais na gravidez, foram destacadas como fragilidades na assistência pré-natal por grande parte das gestantes e pelas profissionais de saúde, como podem ser vistos abaixo:

*O ruim é porque eles não são organizado, na hora que eu tava na fila eles fizeram uma bagunça porque a sala que tinha lá era só gestante mais tava para várias outras consultas. A pessoa chega aqui 6 horas, 5 horas da manhã e outra pessoa que chega aqui 9 horas eles coloca na frente, aí eles marcam uma consulta pra 7 horas e começa a atender 8 ou 9 hora (GESTA.02; GESTA.08; GESTA.07).*

*A gente precisa fazer um preventivo ai não tem, e quando tem demora uns dois meses pra chegar, precisa de um teste rápido, não tem. Sempre falta alguma coisa, um bebedor, não tem papel higiênico no banheiro, não tem água na descarga. Ela (médica) me passou sulfato ferroso e ácido fólico, aí tem que comprar, sendo que tem uma farmácia dentro do consultório só que*

*nunca tem os medicamentos desde o começo da minha gravidez (GESTA.16; GESTA.10).*

Os depoimentos demonstram insatisfação das gestantes o que caracteriza uma fragilidade na assistência pré-natal, refletindo na falta de pontualidade e assiduidade da gestante na consulta de pré-natal. Esses achados estão contrariando com o que preconiza o MS, que destaca que todos os estados e municípios devem dispor de uma rede de serviços organizada para o desenvolvimento dessa assistência, sendo considerados os seguintes critérios: as unidades que prestam atenção pré-natal devem está vinculada às maternidades/hospitais, de acordo com a definição do gestor local; devem ser garantidos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários para a assistência pré-natal, parto e pós-parto, sendo estabelecidos os critérios mínimos para o funcionamento das UBS e maternidades; garantir atendimento a todas as gestantes que buscam os serviços de saúde; garantir a realização dos exames complementares para a avaliação do estado de saúde das gestantes e de seu concepto (BRASIL, 2005a).

Tendo em vista as fragilidades relatadas pelas gestantes, no que diz respeito aos procedimentos realizados pelas profissionais de saúde durante a consulta pré-natal, foram encontradas também outras fragilidades quanto aos insumos necessários para o desenvolvimento da assistência, tais como: o não cumprimento do horário das consultas, a demora e a não realização dos exames, falta de medicamentos e equipamentos de apoio como, por exemplo, o bebedouro.

De acordo com as falas das gestantes, considerou-se como fragilidade a falta ou deficiência de um equipamento essencial para o acompanhamento pré-natal, o Sonar Doppler, que visa acompanhar a vitalidade fetal. Essa fragilidade foi observada pela pesquisadora no momento da consulta e destacada também pelas profissionais de saúde. Apesar de todas as gestantes relatarem que o momento mais esperado e desejado por elas é a hora da ausculta dos batimentos cardíacos do seu bebê, na maioria das vezes elas eram desapontadas por não haver aparelho suficiente ou em perfeito funcionamento nas UBS, o que as impediam de ouvir os BCF's:

*Um ponto bastante negativo é aquele aparelhinho pra escutar o coração da criança, que fica mudando de uma sala pra outra todo tempo (GESTA.14).*

*O ponto negativo é que aqui é rápido (a consulta) nunca me examinaram, a única parte que eles examina é pra saber o coração do bebe e ainda não dar de ouvir porque a máquina não funciona (GESTA.17).*

*O ultrassom é um ponto negativo, porque eles pedem hoje, ai daqui um mês a gente consegue agendar pelo SUS, ai não consegue fazer na data certa, tem que desembolsar o dinheiro pra fazer e eu acho que o governo poderia ta cobrindo isso (GESTA.04).*

Os depoimentos acima retratam a fragilidade na consulta de pré-natal demonstrada pela falta ou deficiência da avaliação da vitalidade fetal, aspecto de extrema importância no acompanhamento da gestante. Essa realidade não é pontual apenas ao local do estudo, mas é uma tendência do sistema de saúde como um todo. Os achados deste estudo igualam-se ao que foi encontrado na pesquisa de Guerreiro et al (2012), realizado no município de Fortaleza – CE, em que foi observado carência de materiais nas UBS para realização do atendimento pré-natal, como por exemplo: Sonar Doppler ou estetoscópio de Pinard que servem para a verificação dos BCFs. As unidades também possuía um único aparelho e este era dividido para todas as equipes.

Outra fragilidade demonstrada nas falas foi o acesso à ultrassonografia obstétrica pelo SUS, uma vez que foi relatada dificuldade para agendamento do exame e a longa espera para entrega dos resultados. Essa dificuldade para a marcação da ultrassonografia obstétrica também foi destacada pelas profissionais. Esse fato impossibilitava à gestante de fazer o exame e ter o resultado em tempo hábil para avaliação na próxima consulta pré-natal.

A ultrassonografia obstétrica, assim como os exames laboratoriais, faz parte da rotina pré-natal preconizada pelo MS. Esses dados são compatíveis com o que foi encontrado nas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF's) do município de Fortaleza, onde foi detectada insatisfação quanto à realização da ultrassonografia obstétrica, pelo fato de ser preciso ir a clínicas particulares para recebimento de resultado imediato, gerando incômodo para as gestantes que utilizam dos serviços públicos de saúde, interferindo assim na qualidade da assistência pré-natal. Problemas como esse não depende do bom desempenho profissional, mas da articulação entre os gestores de saúde e os demais setores envolvidos (GUERREIRO et al., 2012).

A RC certifica que após a adesão dos municípios ao Programa Rede Cegonha é garantido o financiamento de novos exames de ultrassom obstétrico e o

acesso aos resultados em tempo oportuno, a fim de contemplar 100% das gestantes que necessitam dos serviços públicos de saúde. Portanto é necessário o credenciamento do município ao Programa para a resolução dos problemas referente à acessibilidade das gestantes aos serviços de Saúde, principalmente no que se refere à realização de exames (SILVA et al., 2015).

Outras fragilidades detectadas nas falas das gestantes e na análise dos dados obtidos nos questionários das profissionais de saúde, que são imprescindíveis para a operacionalização da assistência pré-natal, foram relacionadas à infraestrutura e ao número insuficiente de profissionais para a realização das consultas, segundo a fala das gestantes:

*O aspecto negativo é em relação á estrutura, eu vejo que tem muitas coisas aqui que não são novas e que já ta degradada, nos consultórios a gente ver que os aparelhos não são bons (GESTA.06).*

*Acho que a estrutura é ponto negativo, não tem assento o suficiente para todas as gestantes e para outras pessoas que precisam de atendimento. Do lado de fora não tem nenhum tipo de ventilação (GESTA.14; GESTA.20; GESTA.13; GESTA.19).*

*Muita gente pra pouca enfermeira as vezes a gente vem no dia e já não tem mais vaga. (GESTA.05; GESTA.18).*

Os depoimentos demonstram as fragilidades nos recursos humanos e materiais para que o trabalho nas UBS seja desenvolvido de forma eficiente. De acordo com a Política Nacional de Humanização (PNH), humanizar a assistência consiste em oferecer atendimento de qualidade proporcionando assim articulação entre os avanços tecnológicos com o acolhimento, com a melhoria dos ambientes de cuidados, com a melhoria das condições de trabalho dos profissionais de saúde e com o quantitativo suficiente de profissionais para atender a demanda nas UBS. Portanto, quando há condições de trabalho insatisfatórias, há também dificuldade para a operacionalização de um cuidado humanizado (BRASIL, 2004c; CHERNICHARO, FREITAS, FERREIRA, 2013).

Segundo o MS, para que a assistência pré-natal seja desenvolvida de forma efetiva os serviços de saúde precisam dispor de área física adequada para atender as gestantes e seus acompanhantes, com condições satisfatórias de higiene e ventilação; equipamento e instrumentos mínimos para acolhimento, escuta e

consulta qualificada, como por exemplo: mesa, cadeiras, mesa ginecológica, fita métrica, *Sonar Doppler*, medicamentos básicos e vacinas (BRASIL, 2012a).

Quando questionadas a respeito das expectativas acerca da assistência pré-natal, as gestantes relataram que procuraram a UBS esperando ser bem acolhida, com atenção, educação e cordialidade pelos profissionais de saúde durante as consultas. As gestantes relataram também, a expectativa de ser bem orientada quanto aos aspectos que envolvem todo o período gravídico, incluindo o parto e o pós-parto.

As gestantes foram unânimes ao dizer que o principal motivo de terem ido à consulta estava em saber se o bebê estava bem, com saúde e crescendo dentro dos parâmetros da normalidade. Esse dado equivale ao estudo de Barreto et al (2013) em que o significado e a importância do pré-natal foram atribuídos à preocupação com o desenvolvimento saudável do bebê e também ao cuidado com a saúde da gestante. No entanto, foi detectado nas falas, que as expectativas das gestantes ao buscarem o serviço de saúde, não foram superadas, conforme os depoimentos abaixo:

*Por ser mãe de primeira viagem eu esperava que eles explicassem melhor. A gente vem pra consulta aí eles passam a vacina, mede a barriga, ver a pressão, mas eles não explicam o que a gente realmente deveria saber que é sobre a hora do parto, os cuidados com o bebê (GESTA.02).*

*A minha expectativa era que eles falassem a questão de como lidar no parto normal, por exemplo, os exercícios que eu poderia fazer para amenizar minha dor, pra aumentar minha dilatação, pra ser mais rápido. Na hora que você tá com aquela dor e você não saber o que fazer pra amenizar aquilo é bem complicado (GESTA.12).*

*Eu esperava que eu fosse orientada sobre a hora do trabalho de parto, porque aqui na caderneta diz algumas coisas, quando tiver sentindo muita dor que posição ficar pra amenizar a dor, pra acelerar o parto, isso eu ainda não tive aqui (GESTA.05; GESTA.10 GESTA.19).*

*Eu até queria saber sobre os meus direitos, porque quando eu tive minha menina eles me deram aquela medicação pra aumentar as contrações aí eu comecei a passar mal, eu gostaria de saber se eu tenho ou não direito de recusar a tomar. E quanto a dipirona porque eu sou alérgica muita das vezes eles nem perguntam (GESTA.04).*

*Eu gostaria que eles tivesse me orientado a como cuidar do recém-nascido, mãe de primeira viagem nunca sabe das coisas o que eu sei é que eu pesquisei na internet, mas a não ser ninguém fala nada (GESTA.17).*

Nota-se que as gestantes não alcançaram o esperado quanto ao atendimento recebido durante as consultas, por fragilidade no que se refere à



orientação das profissionais. Percebeu-se que uma parcela das gestantes não havia recebido orientações quanto aos sinais de trabalho de parto, o momento certo de ir à maternidade, direitos das gestantes e sobre as técnicas não farmacológicas para alívio da dor. Dado preocupante, visto que as entrevistadas já estavam no final da gravidez e já deveriam ter sido orientadas quanto a isso, gerando fragilidade na atenção.

A busca pela qualidade da assistência pré-natal e pela resolubilidade das necessidades são uns dos principais requisitos das gestantes para a escolha do serviço de saúde. Para que a qualidade das consultas de pré-natal seja garantida é necessária a sensibilização de toda a equipe de saúde para a importância da orientação junto à gestante sobre aspectos relacionados à sua saúde e do recém-nascido (ORTIGA, CARVALHO, PELLOSO, 2015).

Frente à necessidade de melhores esclarecimentos das informações passadas durante o pré-natal, completando o pensamento dos autores acima, Luz, Assis e Rezende (2016), estes destacaram que a insegurança vivida pelas primigestas durante a gravidez pode ser amenizada por meio das instruções recebidas pelos profissionais de saúde. Portanto, as expectativas das gestantes deste estudo referem-se à satisfação quanto à maneira de como foram instruídas para vivenciarem a gestação, sendo um fator primordial para a obtenção da qualidade em saúde.

Observa-se que mesmo não sendo orientadas, as gestantes tem o mínimo de conhecimento, seja adquirido pelo contato com outras mulheres que já passaram pela experiência do parto ou por meio de materiais científicos, quanto ao que deve ser feito para aliviar a dor no momento do parto. No entanto essas mulheres não sabem ao certo como colocar esse conhecimento em prática necessitando assim de uma boa orientação profissional, as quais relataram não terem recebido.

Outro aspecto destacado nas falas relacionou-se à falta de orientação quanto aos direitos das gestantes. Dentre o que se esperou no atendimento, foi destacado a necessidade de ter sido abordado a respeito dos direitos gravídicos puerperais a todas as gestantes que utilizaram os serviços de atenção pré-natal em estudo. O cuidado relacionado a processo alérgico medicamentoso é um direito da gestante e deve ser garantido pelos profissionais em todos os níveis de assistência, principalmente na hora do parto, para se evitar complicações.

Nos depoimentos foi detectada a falta de orientação quanto aos cuidados com o recém-nascido, outra realidade preocupante quanto às fragilidades na atenção pré-natal. Por estar no final da gravidez a gestante já deveria ter sido orientada quanto aos cuidados com o recém-nascido, principalmente quando se trata de primigesta (mulher que está na sua primeira gestação). Por não terem sido informadas sobre alguns assuntos essenciais que já deveriam ter sido tratados durante o pré-natal, algumas mulheres recorreram à busca de informações nas redes sociais, pois não conseguiram dialogar com as profissionais no momento das consultas.

O uso da internet como opção de busca por informação sobre a saúde vem sendo cada vez mais utilizada pelas gestantes, devido à facilidade em garantir o acesso a vídeos ilustrativos sobre a gestação e o parto e ao uso de aplicativos que permitem o acompanhamento do crescimento fetal (BARRETO et al., 2013). É responsabilidade dos profissionais de saúde verificar se as gestantes utilizam desse recurso, avaliar os conteúdos apreendidos por elas e orienta-las quanto ao uso de sites confiáveis.

Nesta categoria, segundo os depoimentos das gestantes, foi possível identificar diversas fragilidades nas UBS em que foi realizada a pesquisa, dentre elas estão: a falta de organização, infraestrutura insatisfatória, falta de recursos materiais, a falta de orientação quanto aos direitos gestacionais, aos exercícios para amenizar a dor durante o trabalho de parto e aos cuidados com o recém-nascido. Diante dessas fragilidades, detectou-se que as expectativas das gestantes foram relacionadas às orientações não fornecidas pelos profissionais, uma vez que as orientações quanto ao processo gestacional foram insuficientes.

#### **5.4.3 Fatores que contribuem para a satisfação x insatisfação da gestante**

Apesar de ter aumentado a cobertura da assistência pré-natal no Brasil, somente um quinto das gestantes avaliadas recebe uma atenção baseada nos parâmetros mínimos de qualidade como, por exemplo, número de consultas, solicitação e realização de exames, atividades educativas, vacinação, que são preconizados pelo MS. A qualidade do cuidado está diretamente associada à satisfação das gestantes quanto ao atendimento prestado ao longo do pré-natal (DOMINGUES et al., 2015).

De acordo com Grondahl et al (2013), a satisfação do usuário pode ser definida como “avaliações positivas individuais de distintas dimensões do cuidado à saúde”. Consiste no comportamento do usuário, frente a uma experiência ao utilizar um serviço ou adquirir um produto, baseando-se nas suas expectativas. Contudo, a satisfação fundamenta-se nos padrões de qualidade de um serviço, uma vez que o usuário avalia a qualidade levando em consideração aquilo que se almeja ou espera receber (RODRIGUES et al., 2012b).

A satisfação do usuário, com os serviços de saúde, está diretamente relacionada com o atendimento das suas necessidades e anseios. Desse modo, as instituições de saúde precisam estabelecer vínculo satisfatório com aqueles que usufruem dos seus serviços, visando sempre à qualidade da assistência e a satisfação dos usuários pelos serviços prestados (SILVA, SILVA, 2014b).

A participação da enfermeira na assistência pré-natal trouxe um avanço significativo para a qualidade dos serviços de saúde no decorrer dos anos, contribuindo para a satisfação das gestantes. Sem a presença da enfermeira na equipe de saúde essa assistência provavelmente se limitaria apenas a consultas individualizadas, baseadas nos sinais e sintomas, nas intervenções, solicitação e interpretação de exames obstétricos (BRANDÃO, GODEIRO, MONTEIRO, 2012).

Quanto à consulta pré-natal realizada pelas enfermeiras encontrou-se uma acentuada satisfação por parte das gestantes entrevistada. Mesmo relatando fragilidades nas estruturas das unidades as gestantes se consideram satisfeitas com a atenção prestada pelas enfermeiras durante as consultas, conforme os depoimentos a seguir:

*Tô satisfeita porque eles me deram atenção ao máximo possível (GESTA. 20).*

*Tô satisfeita, por mais que falte estrutura e tudo mais, o atendimento ta sendo muito bom (GESTA.06; GESTA.12).*

*To satisfeita, porque ela é uma boa médica (enfermeira), ela ajuda a gente, se tem alguma dúvida ela responde (GESTA.07; GESTA.08; GESTA.19).*

*Estou sim satisfeita, porque a assistente de saúde vai de rotina lá na minha casa pergunta, marca minhas consulta, eu tenho ideia de tudo que ta acontecendo durante meu pré-natal (GESTA.16).*

*Com o pré-natal da enfermeira eu to satisfeita, porque ela passou todos os exames necessários pra mim fazer (GESTA.03; GESTA.11).*

*Sim, to satisfeita, porque assim há uma grande diferença do meu pré-natal do meu primeiro filho por ter sido na maternidade e agora depois de 10 anos é em posto né, e eu achava que o atendimento ia ser péssimo, mas em relação a isso graças a Deus não foi (GESTA.15).*

*To satisfeita, porque eles são atenciosos, eu participo de grupo de palestras, a gente vai ter também até visita na maternidade (GESTA.14).*

Os depoimentos acima evidenciam a satisfação da gestante com a consulta pré-natal baseada em vários aspectos relacionados com a humanização do atendimento. Observa-se que essa atenção ao máximo é traduzida pelo acolhimento, empatia, atendimento às necessidades das gestantes. Levando em consideração as falas acima, conforme a pesquisa de Andrade, Castro e Silva (2016) a satisfação e a confiança da gestante no profissional que realiza seu pré-natal podem ser reduzidas quando esta não percebe a sua consulta como um momento de acolhimento, cuidado e desenvolvimento de práticas educativas. Quando há essa redução na satisfação possivelmente há a redução do vínculo entre profissional e gestante, acarretando muitas vezes no abandono do pré-natal.

Percebe-se também que a satisfação da gestante quanto ao pré-natal aliou-se à solicitação de exames, visita domiciliar pelo ACS, à participação em grupo de gestantes e à possibilidade de visita à maternidade, dando ênfase na vinculação. No entanto, alguns destaques nas falas chamam atenção, como: a falta de identificação da enfermeira, que leva a confundir a gestante com relação ao profissional que está atendendo. Outro aspecto é a questão do pré-natal ser realizado na UBS, a gestante ainda não tem noção da diferença entre os serviços oferecidos na UBS e na maternidade.

Conforme os depoimentos compreende-se que elas demonstram uma concepção de qualidade da assistência pré-natal baseada, principalmente no acesso às consultas e quanto à solicitação de exames. Levando em consideração ao que é preconizado pelo MS, tal concepção torna-se insuficiente para avaliar a qualidade da atenção à saúde da mulher no período gravídico puerperal (BARBIERI et al., 2012).

As falas acima se assemelham aos dados encontrados no estudo de Guelber et al (2014) no qual foi constatado que a consulta de pré-natal é o melhor momento para que a enfermeira consiga estabelecer vínculos, aumentar a interação e a confiança entre profissional e gestante, contribuindo para a redução dos problemas associados à assistência à mulher grávida.

Os fatores que influenciam para a satisfação das gestantes deste estudo condizem com os dados da pesquisa de Dodou, Rodrigues e Oriá (2017) sobre o cuidado à mulher no contexto da maternidade. Foi constatado tanto pela observadora quanto pelas gestantes e pelas profissionais, que os principais fatores que influenciam positivamente na satisfação das gestantes, mediante o tratamento recebido são: a facilidade de acesso ao serviço de saúde, o acolhimento dos profissionais na hora da consulta.

Apesar da assistência pré-natal ter sido satisfatória para grande maioria das gestantes, algumas relataram também insatisfação quanto à assistência realizada no momento da consulta e quanto à falta de organização das unidades, conforme os depoimentos abaixo:

*Não to muito satisfeita, porque às vezes a gente vem marcar e não dar, e também eu já tive atendimento que a enfermeira só titititi (fez sinal de que estava escrevendo) nem me ouviu direito ai eu não gostei (GESTA.05).*

*Satisfeita não, o que eu queria mesmo era consultar com o médico, mas é difícil e quando a gente consegue, ele não vem ou viajou (GESTA.17).*

*Mais ou menos satisfeita, se elas explicassem melhor as coisas ai eu poderia ter um pensamento sobre isso melhor (GESTA.02).*

*Eu não me considero satisfeita, porque falta muita coisa, tempo de espera, pra quem ta gestante é muito cansativo, às vezes a gente passa mal (GESTA.01).*

Ao interpretar os depoimentos acima, percebe-se que a insatisfação das gestantes relacionadas à consulta pré-natal em sua maioria está relacionada com a conduta do profissional. É pertinente destacar que a organização da rede assistencial de saúde à mulher, a utilização das normatizações e das recomendações do MS e também das evidências científicas atuais, podem contribuir significativamente para o controle dos fatores de risco que levam à inadequação do pré-natal e conseqüentemente à insatisfação das gestantes no que concerne à qualidade da assistência (MELO, OLIVEIRA, MATHIAS, 2015).

São vários os desafios para o desenvolvimento da qualidade da assistência pré-natal, um deles refere-se às desigualdades sociais no acesso aos serviços de saúde no Brasil, que interferem na unificação do cuidado. Visando minimizar essas diferenças e favorecer a qualidade da atenção à saúde, todos os profissionais contam com referenciais estabelecidos pelo MS e OMS, para a

padronização das condutas e manejo adequado da atenção pré-natal, devendo ser utilizado em todos os serviços de saúde (DUARTE, ALMEIDA, 2014).

Ao analisar as potencialidades e fragilidades encontradas na consulta pré-natal oferecida pelas UBS em estudo, as fragilidades sobressaíram-se em meio às percepções das gestantes, sendo apontadas mais facilmente, o que possibilitou a formulação de opiniões pelas gestantes sobre o que precisaria melhorar na assistência, para atender as necessidades das gestantes que buscam os serviços de saúde.

As perspectivas de melhoria na assistência pré-natal relacionaram-se às atribuições dos profissionais durante as consultas, melhora da organização do atendimento, da estrutura física da unidade e disponibilidade de recursos materiais, como são propostas a seguir:

*Precisa melhorar a questão da demora, você espera tanto pra ser atendido e de repente é uma coisa tão simples, tão rápida, tão vaga (GESTA.01).*

*O que precisa melhorar é que eles têm que examinar mais a gente, procurar uma máquina nova pra escutar o coração do bebê (GESTA.17; GESTA.15).*

*Eles poderiam ser mais educados, poderiam ser pontual também (GESTA.02).*

*Acho que precisa de mais especialista na área. (GESTA.06; GESTA.12)*

Os depoimentos demonstram o que as gestantes vivenciam no seu dia-a-dia em busca de uma assistência satisfatória, uma vez que elas não conhecem os parâmetros de qualidade do pré-natal estabelecidos pela OMS e pelo MS, o que as impossibilitam de fazer uma análise mais aprofundada sobre o tema. No entanto a experiência delas possibilita apresentar sugestões para a melhoria do pré-natal.

De acordo com os depoimentos acima, o descumprimento de horários, principalmente para início das atividades pré-natal nas UBS, prejudica a assistência e ameaça o direito à saúde das gestantes. A assiduidade, a pontualidade e a cordialidade são virtudes essenciais e que qualificam o atendimento dos profissionais de saúde (SILVA, ANDRADE, BOSI, 2014a).

Outro aspecto enfatizado pela gestante representa a necessidade de se ter outros profissionais especialistas no atendimento à gestante, como por exemplo, psicólogo, fisioterapeuta e nutricionista. Segundo as recomendações da OMS o cuidado pré-natal deve ser desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, com

participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, entre outros, trabalhando em prol da qualidade da assistência (BRASIL, 2005a).

É dever dos gestores municipais garantir e fornecer a operacionalização da atenção pré-natal, levando em consideração o que tratam as Portarias e Protocolos do MS e OMS. Os gestores de saúde devem estar comprometidos com a eficácia da operacionalização e qualidade da assistência pré-natal da unidade à qual prestam serviço (SILVA et al., 2015).

Com os depoimentos abaixo, foi possível perceber que as gestantes não se consideram satisfeitas quanto à organização do trabalho, no que concerne à boa operacionalização da assistência pré-natal, quanto aos horários e aos recursos materiais para o bom funcionamento do grupo de gestantes, sugerindo propostas para a melhoria nesses aspectos, como pode ser observado nos depoimentos:

*Eu acho que falta disponibilizar data show, equipamentos para fazer uma palestra bem feita, o horário é bem curto, são os horários que são encaixados entre as consultas, então o horário das palestras deveria ser mudado (GESTA.12).*

*Acho que precisa mais de organização, porque meu prontuário não tava lá na hora da minha consulta, isso é ruim porque a gente chega aí eles mandam a gente ficar andando atrás do prontuário que é obrigação deles e na hora não acham e tem que fazer outro. (GESTA.05; GESTA.10)*

*Botasse uns quadro informativo, tu chegar e já saber que profissional vai tá atendendo no dia, porque aí não ocupava muito tempo (GESTA.20).*

*Deixar as consultas (subsequente) agendadas no mesmo dia da consulta. Seria bom se nós tivesse o pré-natal dentro da maternidade e não em postos porque quando nós for procurar a maternidade pra ganhar neném a gente vai ficar rodando de um lado pra outro (GESTA.04).*

A maioria das gestantes entrevistadas destacou, como fator causador de insatisfação, a falta de organização do serviço de saúde em que frequentam. A organização, seja do trabalho profissional ou espaço físico da unidade, contribui diretamente para a satisfação da usuária. Esses achados estão em desacordo com o que foi encontrado no estudo de Cardoso et al (2016), onde 58, 5% das gestantes atendidas em um ambulatório de Recife afirmaram estar muito satisfeita, durante a realização do pré-natal, com a organização/estrutura do local.

Os depoimentos enfatizaram a necessidade de melhoria quanto à operacionalização da assistência pré-natal. Outro aspecto abordado como fator para

a insatisfação da gestante foi quanto ao agendamento das consultas subsequentes. Este estudo está em consonância com os achados de Costa et al (2013), em que, dentre os fatores sugeridos para melhoria da qualidade da assistência pré-natal, foi desatacado: a necessidade de agilizar o agendamento das consulta.

Em desacordo ao que foi relato anteriormente, Martins, Matos e Santos (2016) descreveram que o atendimento pré-natal nas UBS's de Goiânia foi considerado satisfatório, pois o retorno já ficava agendado após o término da consulta e a marcação era feita no local e de forma rápida. É pertinente destacar também que no estudo de Cabral, Hirt e Sand (2013) o agendamento da consulta subsequente foi apontado como um elemento facilitador para a continuidade da atenção pré-natal.

Outra questão trazida pela gestante deste estudo, diz respeito à falta de interesse em realizar o pré-natal em UBS por acharem que não há garantia do parto na maternidade. Essa insatisfação das gestantes precisa ser sanada por meio das orientações prestadas pelos profissionais com relação à vinculação da gestante à maternidade. O direito à vinculação da gestante à maternidade é regulamentado pela Lei nº 11. 634 de 27 de dezembro de 2007 (BRASIL, 2007b).

Neste aspecto presume-se que as unidades do distrito em estudo não estão orientando as gestantes quanto ao que preconizado pelo MS, por meio da RC, em que é previsto que toda gestante que inicia o pré-natal na UBS deve estar vinculada ao local onde será realizado o parto, para se evitar peregrinação à procura de vaga hospitalar no momento de dar à luz (BRASIL, 2011a). Percebe-se que as gestantes deste estudo não sabem que a maternidade de referência para a realização do parto é a Maternidade Nossa Senhora da Penha, que fica no mesmo distrito em que realizam o pré-natal.

Acreditando na possibilidade de potencializar a assistência pré-natal nas UBS em estudo, considera-se pertinente as sugestões das gestantes, para a melhoria dos serviços, que poderá contribuir para a reflexão dos gestores e profissionais de saúde sobre a implementação de novas formas de operacionalizar a consulta, a fim de minimizar as fragilidades encontradas na assistência pré-natal.





## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou conhecer as potencialidades e as fragilidades na operacionalização da consulta de pré-natal às gestantes de risco habitual, na ABS. Tomando como base os parâmetros de adequação da assistência pré-natal preconizados pelo MS foi possível abstrair três categorias temáticas, as quais deram origem a subcategorias. Os relatos das profissionais de saúde, a observação sistemática das consultas e os depoimentos das gestantes, vislumbraram a realidade de como foi conduzida a consulta de pré-natal no distrito sanitário no período da pesquisa.

Na primeira categoria referente às *potencialidades que humanizam a assistência pré-natal* foi possível conhecer as potencialidades da consulta pré-natal. Percebeu-se nos depoimentos das gestantes que o acolhimento prestado pelas profissionais de saúde no momento da consulta, configura-se como uma potencialidade para o relacionamento interpessoal. Essa percepção da gestante foi confirmada durante a observação da pesquisadora, embora o acolhimento só estivesse presente no momento da consulta de pré-natal, uma vez que deve ser proporcionado desde a chegada da gestante à UBS até a sua saída. É válido destacar que a qualidade da consulta de enfermagem foi considerada pelos profissionais de saúde como fator que potencializa a assistência pré-natal.

A adesão das gestantes aos serviços de saúde que oferecem consulta de pré-natal é influenciada principalmente pela empatia que elas sentem pelos profissionais e pela UBS e pelo fácil acesso à UBS, sendo outras potencialidades constatadas durante a observação e confirmadas pelas gestantes. O apoio, a escuta ativa e o esclarecimento de dúvidas é compreendido pelas gestantes como algo que potencializa, qualifica e torna empático o atendimento recebido, e devem ser fornecidos ao longo da assistência pré-natal.

A RC foi uma das estratégias que favoreceu a assistência pré-natal. De acordo com os profissionais o acesso aos exames via RC foi considerado como uma potencialidade que influencia na qualidade da consulta pré-natal. As atividades em grupo foram consideradas pelas gestantes como prática fundamental a ser vivenciada por elas no pré-natal. A participação nos grupos de gestantes possibilita a aproximação e o fortalecimento do vínculo com a UBS, além de permitir que o profissional de saúde desenvolva o seu papel de educador. Essas percepções das

gestantes assemelham-se ao que foi observado e ao que foi descrito pelas profissionais de saúde.

Observou-se que as orientações fornecidas pelas profissionais de saúde não tiveram a abrangência necessária, por ter faltado outras orientações essenciais, como: vacinação da gestante e do bebê, escolha orientada do tipo de parto, primeiros cuidados com o recém-nascido, dentre outras. As orientações feitas durante a consulta pré-natal basearam-se principalmente na alimentação saudável na gravidez.

A partir da avaliação do cuidado pré-natal, realizada pelas gestantes, foi possível identificar que a enfermeira é uma das profissionais responsáveis pela qualidade da atenção à saúde da mulher em seu período gestacional. A satisfação das gestantes quanto ao atendimento fundamentou-se na duração e peculiaridade da atenção prestada pelas profissionais de saúde.

Observou-se nas falas das gestantes, a distinção na condução do exame físico entre a consulta de enfermagem e médica. Essa distinção de condutas também foi observada pela pesquisadora. Quanto ao exame físico da gestante, foi observado que as profissionais restringiram-se à ausculta dos BCF's e à aferição da altura uterina. As técnicas humanizadas de acolhimento, no momento da consulta, foram bastante enfatizadas como potencializadoras da assistência pré-natal.

Na segunda categoria, *fragilidades encontradas na trajetória* foram constatadas pelas profissionais, observadora e gestante, que há diversas fragilidades no atendimento pré-natal, dentre elas estão: a falta de organização das UBS para a assistência pré-natal tais como a falta de consultório específico de enfermagem para atender as gestantes, tempo prolongado de espera para início das consultas, a demora e a não realização dos exames, falta de medicamentos essenciais na gravidez, falta de recursos materiais para realização da consulta.

Outras fragilidades detectadas nas falas das gestantes e na análise dos dados obtidos nos questionários das profissionais de saúde foram relacionadas à infraestrutura e ao número insuficiente de profissionais para a realização das consultas. Para que o trabalho nas UBS seja desenvolvido de forma eficiente e com qualidade é imprescindível que se tenham recursos apropriados.

As gestantes foram unânimes ao dizer que o principal motivo de terem ido à consulta estava em saber se o bebê encontrava-se bem, com saúde e crescendo dentro dos parâmetros da normalidade. No entanto, algumas gestantes não

alcançaram suas expectativas, ao buscarem o serviço de saúde, devido às fragilidades no que se refere à orientação das profissionais.

Na terceira categoria, *fatores que contribuem para a satisfação x insatisfação da gestante*, encontrou-se uma acentuada satisfação por parte das gestantes entrevistada, quanto ao atendimento pré-natal realizado pelas enfermeiras, mesmo havendo relatos de fragilidades na assistência.

Percebeu-se que a satisfação da gestante quanto ao pré-natal aliou-se também à solicitação de exames, visita domiciliar pelo ACS, à participação em grupo de gestantes e à possibilidade de visita à maternidade, dando ênfase na vinculação. As gestantes demonstraram uma concepção de qualidade da assistência pré-natal baseada principalmente no acesso às consultas e na solicitação de exames.

Apesar da assistência pré-natal ter sido satisfatória para grande maioria das gestantes, algumas relataram insatisfação quanto ao atendimento desenvolvido no momento da consulta e quanto à falta de organização das unidades. Percebeu-se que apesar das potencialidades encontradas na consulta pré-natal oferecida pelas UBS em estudo, a quantidade de fragilidades sobressaiu-se em meio às percepções das gestantes, sendo apontadas mais facilmente, o que possibilitou a formulação de opiniões sobre o que precisaria melhorar no pré-natal.

As perspectivas de melhoria na assistência pré-natal relacionaram-se às condutas dos profissionais durante as consultas, à estrutura física das UBS's em estudo e à disponibilidade de recursos materiais. Outro aspecto enfatizado pela gestante representa a necessidade de se ter equipe multiprofissional para atender a gestante durante o pré-natal.

Considerando as potencialidades e as fragilidades na operacionalização do pré-natal, evidenciadas durante a observação das consultas, depoimentos das gestantes e descrição das profissionais, constatou-se que, apesar de a maioria das gestantes estarem satisfeitas com o pré-natal realizado, o distrito em estudo deixa a desejar em muitos aspectos que concerne aos parâmetros de adequação do pré-natal, preconizados pelo MS, uma vez que as fragilidades apontadas sobressaíram-se às potencialidades.

A partir dos resultados encontrados neste estudo, recomenda-se que novas pesquisas sejam desenvolvidas na área da saúde da mulher para que haja maior capacitação dos profissionais envolvidos na assistência pré-natal e que as gestantes sejam empoderadas quanto aos seus direitos e deveres aliados ao que é

preconizado pelo MS, podendo dessa forma contribuir para a melhora da qualidade da assistência pré-natal.

## REFERÊNCIAS

ALKEMA, L; CHOU, D; HOGAN, D; ZHANG, S; MOLLER, A.B; GEMMILL, A; et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. **Lancet**. Vol. 387, N. 10017, p.462-74, 2016.

ANDRADE, F.M.; CASTRO, J.F.L.; SILVA, A.V. Percepção das gestantes sobre as consultas médicas e de enfermagem no pré-natal de baixo risco. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Vol. 6, n.3, p.2377-88, 2016.

ANVERSA, E.T.R.; BASTOS, G.A.N.; NUNES, L.N.; PIZZOL. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde de Família em municípios no sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 28, n. 4, p.789-800, 2012.

ANVISA. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Segurança do Paciente e Qualidade em Serviços de Saúde**. Assistência Segura: Uma Reflexão Teórica Aplicada à Prática. Brasília: Anvisa, 2013.

BARBIERI, A.; FONSECA, L.M.; CERON, M.I.; FEDOSSE, E. Análise da atenção pré-natal na percepção de puérperas. **Distúrbios da Comunicação**. Vol. 24, n. 1, p. 29-39, 2012.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa, Portugal: Edições 70, 2009. Editora geográfica, 281 p.

BARRETO, C.N.; et. al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev. Enferm. UFPE (ONLINE)**. Vol. 7, n. 5, p. 4354-63, jun. 2013.

BRANDÃO, I.C.A.; GODEIRO, A.L.S.; MONTEIRO, A.I. Assistência de enfermagem no pré-natal e evitabilidade de óbitos neonatais. **Revista de Enfermagem da UERJ**. Vol. 20, supl.1, p. 596-602, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases da ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da saúde (MS). Portaria nº 569/GM, de 1 de junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. No Ambito do Sistema Único de saúde. Diário Oficial da União; 1 jun, 2000a.

BRASIL. Ministério da saúde. **Programa de Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília (DF); 2000b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Assistência Pré-natal: normas e manuais técnicos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS**, Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005a.

BRASIL. Lei n. 11.108, de 7 de abril de 2005. Presidência da República, Brasília, 2005b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2005/lei/l11108.htm)>. Acesso em 08 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. **Dispões sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União, 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde da Criança e da Mulher – PNDS 2006: dimensões do processo reprodutivo e da saúde**

da criança/ Ministério da Saúde, Centro Brasileiro de Análise e Planejamento. Brasília : Ministério da Saúde, 2009. 300 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa e ao Controle Social. **Saúde da mulher: um diálogo aberto e participativo**. Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011. **Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 jul. 2011a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do SisPreNatal**. Versão 2.16. Brasília: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ed. do Ministério da Saúde; (Série A. Normas e Manuais Técnicos, Cadernos de Atenção Básico; 32. 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília, DF, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Cegonha, **Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar**. Brasília – DF, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos humaniza SUS: humanização do parto e do nascimento**. Vol. 4. Brasília: Ministério da Saúde; 2014a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília – DF, Edição eletrônica, 2014b.

BRASIL. Ministério da saúde. **Portaria nº 353 de 14 de fevereiro de 2017, aprova as diretrizes nacionais de assistência ao parto normal**. Secretaria de Atenção à Saúde. Diário oficial da União. Brasília, DF, 14 fev. 2017a.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 51p. 2017.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C. P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. Vol. 47, n. 2, p. 281-287, 2013.

CAMPOS, M.L.; VELEDA, A.A.; COELHO, D.F.; TELO, S.V. Percepção das gestantes sobre as consultas de pré-natal realizadas pelo enfermeiro na atenção básica. **Journal of Nursing and Health**. Vol. 6, n. 3, p. 379-90, 2016.

CARDOSO, M.D.; RIBEIRO, C.M.C.; OLIVEIRA, I.B.; et al. Percepção de gestantes sobre a organização do serviço/assistência em um pré-natal de baixo risco de Recife. **Revista online Cuidado é Fundamental**. Vol. 8, n. 4, p. 5017-5024, 2016.

CASSIANO, A.C.M.; CARLUCCI, E.M.S.; GOMES, C.F.; BENNEMANN. Saúde materno infantil no Brasil: evolução e programas desenvolvidos pelo Ministério da Saúde. **Revista do Serviço Público Brasília**. Vol. 65, n. 2, p. 227-244, 2014.

CAVALCANTE, S.A.M.; SILVA, F.B.; MARQUES, C.A.V.; et al. Ações do Enfermeiro no rastreamento e Diagnóstico do Câncer de Mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia**. Vol. 59, n. 3, p. 459-466, 2013.

CEGATTI, J.G.; SERRUYA, S. Atenção Pré-natal: de Ballantyne a Villar. **Femina**, Vol. 33, n. 8, p. 623-629, 2005.

CHANDRA-MOULI, V.; GAMACHO, A.V.; MICHAUD, P.A. Who Guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. **Journal of Adolescent Health**. Vol. 52, n. 5, p. 517-22, 2013.

CHERNICHARO, I. M.; FREITAS, F. D. S.; FERREIRA, M. A. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 66, n.4, p. 564-70, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). **Resolução COFEN-159/1993**. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Rio de Janeiro, 19 de abril de 1993. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html)>. Acesso em: 03 set 2017.

- COSTA, A.C.P.J.; SOUSA, L.M.; COSTA D.D.; et al. Maternal mortality in a regional health jurisdiction in the Brazilian state of Maranhão: a retrospective study. **Online Brazilian Journal of Nursing**..Vol. 12, n.4, p.1005-1009, 2013.
- COSTA, G.R.C.; CHEIN, M.B.C.; GAMA, M.E.A.; et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Vol. 63, n. 6, p. 1005-9. 2010.
- COSTA, F.J.L.S.; CAMARA, J.T.; COSTA, K.R.; et al. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva da integralidade. **Revista Cuidado é Fundamental Online**. Vol. 8, n.2, p.4563-86, 2016.
- COUTINHO, T.; et al. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora-MG. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Vol. 25, n.10, 2003.
- CRUZ, R.S.B.L.; CAMINHA, M.F.C.; FIALHO, M.B. Aspectos históricos, conceituais e organizativos do pré-natal. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. Vol. 18, n.1, p. 87-94, 2014.
- DOMINGUES, R.M.S.M.; VIELLAS, E.F.; DIAS, M.A.B.; et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. Vol. 37, n. 3, p.140-7, 2015.
- DODOU, H.D.; RODRIGUES, D.P.; ORIÁ, M.O.B. O cuidado à mulher no contexto da maternidade: caminhos e desafios para a humanização. **Revista Cuidado é Fundamental, Online**. Vol. 9, n.1, p. 222-30, 2017.
- DUARTE, S.J.H. **Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem no município de Cuiabá-MT**. 2010. 118 f. tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade de São Paulo – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2010.
- DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Estudo das competências essenciais na atenção pré-natal: ações da equipe de enfermagem em Cuiabá, MT. **Enfermagem em Foco**. Vol. 3, n. 2, p. 75-80, 2012.
- DUARTE, S.J.H.; MAMEDE, M.V. Ações do pré-natal realizadas pela equipe de enfermagem na atenção primária à saúde, Cuiabá. **Ciencia y Enfermería**. Vol. 19, n. 1, 2013.

DUARTE, S.F.J.H.; ALMEIDA, E..P.A. O papel do enfermeiro no programa saúde da família no atendimento pré-natal. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Vol4, n.1, p. 1029-35, 2014.

FELICIANO, N.B.; PRADEBON, V.M.; LIMA, S.S. Enfermagem no pré-natal de baixo risco na estratégia Saúde da Família. **Aquichan**. Vol. 13, n. 2, p. 261-169, 2013.

FERREIRA, A.B.H. **Dicionário da língua portuguesa**. 5. ed. Curitiba: Positivo, 2010. 2222 p.

FESCINA, R.H.; BELITZKY. Evaluación de lós procedimientos diagnósticos. In: **Tecnologias Perinatales**. Pub. Cient. CLAP/OPS-OMS. n° 1255. Montevideu: CLAP/SMR; 1992.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. Tradução Joice Elias Costa. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, pag. 20-37, 2009.

FUJITA, J.A.L.M; SHIMO, A.K.K. Humanizing labor: experiences in the unified health system. REME, **Revista Mineira de Enfermagem**. [Internet]. Vol. 18, n. 4, pag.1006-10, 2014.

GAMA, S.G.N.; VIELLAS, E.F.; SCHILITZ, A.O.C.; et al. Fatores associados a cesariana em primíparas adolescentes no Brasil, 2011-2012. **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 30, Supl. 1, p. 117-27, 2014.

GOUDARD, M.J.F.; SIMÕES, V.M.F.; BATISTA, R.F.L.; et al. Inadequação do conteúdo da assistência pré-natal e fatores associados em uma coorte no nordeste brasileiro. **Ciência&SaúdeColetiva**. Vol. 21, n. 4, p.: 1227-1238, 2016.

GRONDAHL, V.A.; HALL-LORD, M.L.; KARLSSON, I.; APPELGREN, J.; WILDE-LARSSON, B. Exploring patient satisfaction predictors in relation to a theoretical model. **International Journal of Health Care Quality Assurance**. Vol 26, n.1, p.37-54, 2013.

GUELBER, F.A.C.; ROCHA, P.A.; PAIVA, A.C.P.C, et al. Diagnósticos de enfermagem mais frequentes no pré-natal de risco habitual. **HU Revista, Juiz de Fora**, Vol. 40, n. 1 e 2, p. 63-68, 2014.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA, M.A.M.; LUCENA, N.B.F. Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**. Vol. 16, n.3, p. 315-323, 2012.

IBGE. **População no município no último senso demográfico, em 2010**. Disponível em:<<https://cidades.ibge.gov.br/brasil/ma/panorama>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

JARDIM, M.J.A. **Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante**. 2017. 107p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

KINGSTON, D.; HEAMAN, M.; FELL, D.; CHALMERS, B. Comparison of adolescent, young adult, and adult women's maternity experiences and practices. **Pediatrics**. Vol 129, n. 5, p. 1228-37, 2012.

LIMA, L.F.C.; DAVIM, R.M.B.; SILVA, R.A.R. Importância do exame físico da gestante na consulta do enfermeiro. Vol. 8, n. 6, p. 1502-9, 2014.

LUZ, N.F.; ASSIS, T. R.; REZENDE, F. R. Puérperas adolescentes: percepções relacionadas ao pré-natal e ao parto. **Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde**. Vol. 40, n.2, p. 80-84, 2015.

MAIA, M.G.; SANTOS, J.L.S.; NETO, M.S.; SANTOS, L.H.; SANTOS, F.S. Indicador de qualidade da assistência pré-natal em uma maternidade pública. **Journal of Management & Primary Health Care**. Vol. 5. n. 1, p. 40-47, 2014

MALHEIROS, P.A.; ALVES, V.H.; RANGEL, T.S.A. et al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis. Vol.21, n.2, 2012.

MARTINS, A.C.; MATTOS, D.V.; SANTOS, H.F.L. Autonomia da mulher no processo parturitivo. **Revista de Enfermagem UFPE OnLine**. Vol 10, n. 12, p.4509-16, 2016.

MATOS, D.S.; RODRIGUES, M.S.; RODRIGUES, T.S. Atuação do enfermeiro na assistência ao pré-natal de baixo risco na estratégia saúde da família em um município de Minas Gerais. **Revista de Enfermagem**. Vol. 16, n.01, p.18-33, 2013.

MELO, E.C.; OLIVEIRA, R.R.; MATHIAS, T.A.F. Fatores associados à qualidade do pré-natal: uma abordagem ao nascimento prematuro. **Revista da Escola de enfermagem da USP**. Vol. 49, n. 4, p. 540-49, 2015.

MENDES, E.V. Comentários sobre as Redes de Atenção à Saúde no SUS. **Divulgação em Saúde para Debate**. Rio de Janeiro, n. 52, p. 38-49, 2014.

NASCIMENTO, V.C.; OLIVEIRA, M.I.C.; ALVES, V.H.; SILVA, K.S. Associação entre as orientações pré-natais em aleitamento materno e a satisfação com o apoio para amamentar. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Vol. 13, n. 2, p. 147-159, 2013.

NEME, B. Assistência Pré-natal. In: **Obstetrícia Básica**. 3ª ed. São Paulo: Sarvier; 2006.

OKOROH, E.M.; COONROD, D.V.; CHAPPLE, K.; DRACHMAN, D. Are neonatal orbidity associated with no prenatal care different from those associated with inadequate prenatal care?. **Open Journal Obstetric Gynecological**. Vol. 2, n.2, p.89-97, 2012.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes**. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2013.

OMS. Organização Mundial de Saúde. **Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 2000.

ORTIGA, E. P. F.; CARVALHO, M. D. B.; PELLOSO, S. M. Percepção da assistência pré-natal de usuárias do serviço público de saúde. **Revista de Enfermagem da UFSM**. Vol. 5, n. 4, p. 618-27, 2015.

PEREIRA, R. D. R.; FRANCO, S. C.; BALDIN, N. Representações Sociais e decisões das gestantes sobre a parturição: protagonismo das mulheres. **Saúde e Sociedade**. Vol. 20, n. 3, p. 579-589, 2011.

PEREIRA, N.M.; GUIMARÃES, B.N.S.; LANZA, F.M. Avaliação da adequação da assistência pré-natal em uma unidade tradicionalda atenção primária à saúde. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**. Vol. 3, n. 3, p. 804-819, 2013.

PERROT, M. **Os silêncios do Corpo da Mulher**. In: Matos, M.I. eSoither, R. (Org.). O corpo feminino em Debate. 1ª ed. São Paulo: UNESP; 2003.

PEIXOTO, S. **Pré-natal**. 2ª ed. São Paulo: Editora Manole; 1981.

PEIXOTO, C.R.; LIMA, T.M.; COSTA, C.C.; et al. Perfil das gestantes atendidas no serviço de pré-natal das unidades básicas de saúde de Fortaleza-CE. **Revista Mineira de Enfermagem**. Vol. 2, n. 16, p.171-77, 2012.

PIO, D.A.M.; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde e Sociedade**. São Paulo, Vol.23, n.1, p.313-324, 2014.

REZENDE, J. **Obstetrícia**. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1962.

RIBEIRO, J.F.; LUZ, V.L.E.S.; SOUSA, A.S.; et. al. Contribuição do pré-natal para o parto normal na concepção do enfermeiro da estratégia saúde da família. **Rev. Interd**. Vol. 9, n. 1, p. 161-170, jan. fev. mar. 2016.

RODRIGUES, E.M.;NASCIMENTO, R.G.; ARAÚJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Esc. Enfermagem. USP**. Vol. 45, n.05, p. 1041-47 fev, 2011.

RODRIGUES, L.S.; BATISTA, R.F.L.; SOUSA, A.C.V.; et al. Caracterização dos recém-nascidos pré-termos nascidos em São Luís – MA no período de 2006 a 2010: análise do SINASC. **Caderno de Pesquisa**. Vol. 19, n.3. p. 97-106, 2012a.

RODRIGUES, M.K.; SCHMIDT, A.S.; CASASSOLA, M.; et al. Satisfação do usuário internado em hospital público: uma pesquisa bibliográfica. In: **simpósio de Ensino Pesquisa Extensão: Aprender e empreender na educação e na ciência**; 2012 out. 3-5; Santa Maria, Brasil. Santa Maria: Unifra; 2012b. P. 1-10.

RODRIGUEZ, E.O.L.; et. al. Qualidade da assistência de enfermagem na percepção de puérperas. **Rev. Enferm. UFPE (ONLINE)**. Vol. 7, n. 1, p.76-82, jan. 2013.

ROSAND, G.B.; SLINNING, K.; ROYSAMB, E.; TAMBS, K. Relationship dissatisfaction and other risk factors for future relationship dissolution: a population-based study of 18.523 couples. **Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology**.Vol 49, n. 1, p.109-119, 2014.

SANTIAGO, C. M. C.; SOUSA, C. N. S.; NÓBREGA, L.L.R.; et al. Assistência pré-natal e as práticas desenvolvidas pela equipe de saúde: revisão integrativa. **Revista Fundamental CareOnline**. Vol.9, n. 1, p. 279-288, 2016.

SANTOS NETO, E. T.; et al. Políticas de Saúde Materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saúde Sociedade**. Vol.17, n. 2, p.107-119, 2008.

SANTOS, J.O.; PACHECO, T.S.; OLIVEIRA, P.S.; et al. The obstetrical and newborn profile of postpartum women in maternities in São Paulo. **Revista de pesquisa Cuidado é Fundamental**. Vol. 7. N. 1, p.1936-45, 2015.

SEMIT. Secretaria municipal de informação e tecnologia. **A cidade de São Luís**. Disponível em: <<https://www.saoluis.ma.gov.br/pagina/54/>>. Acesso em: 27 nov. 2017.

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões teórico-metodológicas para uma abordagem multidimensional. **Revista Crítica de Ciências Sociais**. Vol.85, p. 65-82, Jun, 2009.

SILVA, E.P; et. al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa – PB: caracterização de serviços e usuárias. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant**. Vol. 13, n. 1. p. 29- 37, Marc, 2013a.

SILVA, R.C.; SOARES, M.C.; JARDIM, V.M.R.; et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto e Contexto em Enfermagem**. Vol. 22, n.3, p. 629-36, 2013b.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde e Debate**. Vol. 38, n. 103, p. 805-816, 2014a.

SILVA, L.F.N.; SILVA, M.A. Satisfação do paciente como estratégia de marketing hospitalar para conquistar clientes. **Estudos**. Vol. 41, Especial., p.87-100, 2014b.

SILVA, L.A.; ALVES, V.H.; RODRIGUES, D.P.; et al. A qualidade de uma rede integrada: acessibilidade e cobertura pré-natal. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**. Vol. 7, n.2, p.2298-2309, 2015.

SILVA, C.S.; SOUZA, K. V.; ALVES, V.H.; et al. Atuação do enfermeiro na consulta pré-natal: limites e potencialidades. **Revista Cuidado é Fundamental Online**. Vol. 8, n. 2, p. 4087-98, 2016.

TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R.; BARBOSA, D.A.; VIANNA, L.A.C. Mortalidade materna e sua interface com a raça em Mato Grosso. **Revista Brasileira Materno Infantil**. Vol. 12, n. 1, p.27-35, 2012.

TOMASI, E.; FERNANDES, P. A. A.; FISCHER, T. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno de Saúde Pública**. Vol. 33, n. 3: e00195815, 2017.

TOSTES, N.A.; SEIDL, E.M.F. Expectativas de gestantes sobre o parto e suas percepções acerca da preparação para o parto. **Temas em Psicologia**. Vol. 24, n. 2, p. 681-93, 2016.

UNFPA. United Nations Population Fund. **Motherhood in childhood: facing the challenge of adolescent pregnancy**. New York, 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472016000500418](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472016000500418)>. Acesso em: 05 dez. 2017.

VASCONCELO, M.M.A.; et al. La calidad de asistencia de enfermería em el período prenatal desde La perspectiva de La mujer embarazada. **Aquichan**, Vol. 14, n.2, p. 196-206, 2014.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. Vol 30, Sup: S85-S100, 2014.





**ANEXOS**



**ANEXO A -DISTRITOS SANITÁRIOS E RESPECTIVAS UNIDADES DE SAÚDE  
DO MUNICÍPIO DE SÃO LUÍS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER  
– NEPESM

**LISTA DAS UNIDADES POR DISTRITO SANITÁRIO**

**DISTRITO BEQUIMÃO**

1. U. M. Bequimão.
2. U. S. F. Amar.
3. C. S. Radional.

**DISTRITO COHAB**

1. C. S. Salomão Fiquene – COHATRAC.
2. C. S. Djalma Marques –Turu.
3. U. S. F. Turu II.

**DISTRITO COROADINHO**

1. U. M. Coroadinho.
2. U. S. F. João Paulo.
3. C. S. Carlos Macieira.

**DISTRITO ITAQUI BACANGA**

1. U. M. Itaqui- Bacanga.
2. C. S. Embrião – V. Bacanga..
3. U. S. F. Vila Embratel

**DISTRITO TIRIRICAL**

1. U. M. São Bernardo.
2. U. S. F. São Cristóvão.
3. U. S. F. Fabiciana de Moraes.

**DISTRITO VILA ESPERANÇA**

1. U. S. Laura Vasconcelos.
2. U. S. F. Thalles Ribeiro.
3. U. S. F. Tibiri.

**DISTRITO CENTRO**

1. C.S. Bezerra de Menezes
2. U.S.F. São Francisco
3. C.S. Liberdade

## ANEXO B -AUTORIZAÇÃO DA SEMUS PERMITINDO A EXECUÇÃO DA PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER -  
NEPESM

**SÃO LUÍS**

Prefeitura e você, construindo um novo caminho

**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
SUPERINTENDÊNCIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaro estar ciente e de acordo com a realização do projeto intitulado:  
" Retratando a Assistência do Pré-Natal em São Luís - MA "

" Lena Maria Barros Fonseca " sob a supervisão e responsabilidade pedagógica e ética do (a) Professor (a):  
" Lena Maria Barros Fonseca ", ou a quem ele (a) conceder  
autorização por escrito com cópia desta anuência, a ser realizado no  
" Nos 7 distritos de São Luís - MA " que disponibilizam o uso de suas  
instalações e autorizam a aplicação de:

- |   |   |
|---|---|
| 1. <input checked="" type="checkbox"/> Entrevista           | 5. <input type="checkbox"/> Fotografia          |
| 2. <input checked="" type="checkbox"/> Acesso a Prontuários | 6. <input type="checkbox"/> Teste Laboratoriais |
| 3. <input type="checkbox"/> Filmagens                       | 7. <input checked="" type="checkbox"/> Outros   |
| 4. <input type="checkbox"/> Questionários                   | <u>Formulários</u>                              |

Com os Seguintes sujeitos:

1.  Usuários
2.  Profissionais
3.  Outros: Gestores

Fica condicionada essa anuência a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE, resguardadas as questões éticas, aprovação em Comitê de Ética em Pesquisa e visto da Superintendência de Educação em Saúde da SEMUS, podendo ser revogada a qualquer momento sem prejuízo para instituição, desde que sejam verificadas situações de urgência/emergência quer assim exijam, ou emissão de comportamento inadequado com as normas dos Serviços Públicos, ou da ética em pesquisa por parte dos pesquisadores.

**SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE**  
**Superintendência de Educação em Saúde**  
**Estágio Pesquisa e Extensão**

São Luís, MA 14, julho / 2016

Juselfort  
AUTORIZADO em 14, 07, 2016

Ricarda Maria Normanton Spinucci

Ricarda Maria Normanton Spinucci  
Superintendente Ações em Saúde  
Matrícula: 54292-1 SEMUS

## ANEXO C – QUESTIONÁRIO PARA ENFERMEIROS E MÉDICOS

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDO, PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER -  
NEPEM

### I - CARACTERIZAÇÃO DO PARTICIPANTE DA PESQUISA:

1. Profissão/Cargo \_\_\_\_\_
2. Idade: \_\_\_\_\_ 3. Gênero: ( ) Masculino ( ) Feminino
4. Estado Civil: \_\_\_\_\_ 5. Tem filhos? \_\_\_\_\_ 6. Quantos? \_\_\_\_\_
7. Local de residência: \_\_\_\_\_
8. Local (is) de Trabalho: \_\_\_\_\_
9. Qual é a renda? ( ) 3-5 salários mínimos ( ) 6-8 salários mínimos ( ) mais que 8 salários mínimos
10. Há quanto tempo trabalha na Instituição? \_\_\_\_\_
11. Carga Horária Semanal: \_\_\_\_\_
12. Tempo de formação: \_\_\_\_\_ 13. Possui curso de Pós-Graduação? ( ) Não ( ) Sim. Qual (is)? \_\_\_\_\_

### II - QUESTIONÁRIO

1. Fatores que influenciam positivamente na qualidade da assistência pré-natal realizada pelos profissionais de saúde?

---



---



---



---

2. Fatores que influenciam negativamente na qualidade da assistência pré-natal realizada pelos profissionais de saúde?

---



---



---



---



---



---

3. Quais os principais desafios no dia-a-dia dos profissionais que realizam o pré-natal?

---



---



---

---

---

4. Fale sobre a realização dos exames de pré-natal e acesso aos resultados em tempo oportuno; orientações às gestantes; atividades educativas que são realizadas para as gestantes/companheiro/família; pré-natal do parceiro?

---

---

---

---

---

**ANEXO D - INSTRUMENTO DE OBSERVAÇÃO PARA AS CONSULTAS DE  
PRÉ-NATAL**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE E  
EDUCAÇÃO DA MULHER – NEPEM

Data de realização: \_\_\_\_\_

Roteiro da observação da consulta do enfermeiro e médico: 1- SIM, 2- NÃO

**Pré-Consulta**

1. Profissional que realizou: \_\_\_\_\_
2. Mediu a altura da gestante: ( ) Sim ( ) Não ( ) NA
3. Verificou o peso: ( ) Sim ( ) Não
4. Temp. Ax.: ( ) Sim ( ) Não
5. P.A.: ( ) Sim ( ) Não
6. P: ( ) Sim ( ) Não
7. FC: ( ) Sim ( ) Não

**Roteiro da consulta pré-natal subsequente**

8. Profissional que realizou a consulta: \_\_\_\_\_
9. Perguntou sobre as queixas da gestante: ( ) Sim ( ) Não
10. Analisou resultados de exames anteriores: ( ) Sim ( ) Não ( ) NA
11. Explicou quanto aos resultados encontrados nos exames: ( ) Sim ( ) Não
12. Fez a revisão do cartão da gestante: ( ) Sim ( ) Não
13. Fez a revisão da ficha pré-natal: ( ) Sim ( ) Não
14. Realizou o cálculo da DPP: ( ) Sim ( ) Não
15. Realizou o cálculo da idade gestacional: ( ) Sim ( ) Não



**Realizou o exame físico**

Geral:

16. Calculou IMC: ( ) Sim ( ) Não

17. Fez ausculta cardiopulmonar: ( ) Sim ( ) Não

18. Aferiu a frequência cardíaca: ( ) Sim ( ) Não

19. Fez o gráfico de estado nutricional da gestante e crescimento fetal: ( ) Sim ( )

Não

20. Explicou a importância da alimentação saudável durante a gravidez: ( ) Sim ( )

Não

21. Fez inspeção da pele e mucosas: ( ) Sim ( ) Não

22. Fez a palpação da tireóide, região cervical e axilar: ( ) Sim ( ) Não

23. Examinou os MMII: ( ) Sim ( ) Não

24. Pesquisou edema: ( ) Sim ( ) Não

**Realizou exame específico:**

Gineco-obstétrico:

25. Examinou as mamas: ( ) Sim ( ) Não

26. Auscultou BCF: ( ) Sim ( ) Não

27. Instrumento: ( ) Pinard ( ) Sonar

28. Fez a medida da altura uterina: ( ) Sim ( ) Não

29. Fez a palpação (manobra de Leopold): ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial

30. Verificou presença de movimentos fetais: ( ) Sim ( ) Não

31. Fez a inspeção dos genitais externos: ( ) Sim ( ) Não

32. Fez exame especular: ( ) Sim ( ) Não

33. Com: ( ) inspeção das paredes vaginais ( ) inspeção do colo vaginal ( ) coleta de material cérvico vaginal para exame citológico ( ) toque vaginal ( ) NA

Fez orientações quanto:

- 34. Sinais de perigo ( ) Sim ( ) Não
- 35. Serviço de saúde em caso de emergência obstétrica ( ) Sim ( ) Não
- 36. Medidas de conforto ( ) Sim ( ) Não
- 37. Alimentação ( ) Sim ( ) Não
- 38. Exercícios ( ) Sim ( ) Não
- 39. Sono/repouso ( ) Sim ( ) Não
- 40. Atividade sexual ( ) Sim ( ) Não
- 41. Trabalho ( ) Sim ( ) Não
- 42. Higiene ( ) Sim ( ) Não
- 43. Aleitamento materno ( ) Sim ( ) Não
- 44. Fumo álcool/drogas ( ) Sim ( ) Não
- 45. Sinais de trabalho de parto ( ) Sim ( ) Não
- 46. Parto ( ) Sim ( ) Não
- 47. Direitos da gestante ( ) Sim ( ) Não
- 48. Maternidade de referencia para o parto ( ) Sim ( ) Não
- 49. Cuidados com o recém nascido ( ) Sim ( ) Não
- 50. Entrega de material didático ( ) Sim ( ) Não
- 51. Cuidados com as mamas ( ) Sim ( ) Não
- 52. Atividades em grupo de gestantes ( ) Sim ( ) Não
- 53. Outro ( ) Sim ( ) Não

54. qual? \_\_\_\_\_ 8. NA

55. Ações complementares (conduta):

---

---

---

56. Solicitou exames laboratoriais: ( ) Sim ( ) Não

Quais?

57. ABO/Rh ( ) Sim ( ) Não

58. Hemograma ( ) Sim ( ) Não

59. Glicose ( ) Sim ( ) Não

60. Hepatite B ( ) Sim ( ) Não

61. VDRL ( ) Sim ( ) Não

62. Toxoplasmose ( ) Sim ( ) Não

63. HIV ( ) Sim ( ) Não

64. EAS ( ) Sim ( ) Não

65. USG ( ) Sim ( ) Não

66. Outro ( ) Sim ( ) Não

67. qual? \_\_\_\_\_ 8. NA

68. Explicou os motivos: ( ) Sim ( ) Não

69. Fez prescrição de medicamentos: ( ) Sim ( ) Não

70.

Motivo: \_\_\_\_\_

71. Qual o

medicamento? \_\_\_\_\_

72. Explicou o uso: ( ) Sim ( ) Não

73. Verificou a situação vacinal: ( ) Sim ( ) Não

74. Encaminhou para a sala de vacinas: ( ) Sim ( ) Não

75. Explicou o porquê da vacinação: ( ) Sim ( ) Não

76. Fez agendamento de consultas subsequentes: ( ) Sim ( ) Não

77. Outras ações/encaminhamentos: \_\_\_\_\_

78. Fez as devidas atualizações: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial

79. Quais? ( ) Prontuário ( ) Cartão da gestante ( ) Prontuário e Cartão da gestante

**Impressões da pesquisadora observadora**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

**ANEXO E - INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS DA GESTANTE**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA**  
**MULHER - NEPESM**

Data de realização: \_\_\_\_\_

Local da Pesquisa: \_\_\_\_\_

Formulário nº \_\_\_\_\_

**1. IDENTIFICAÇÃO DO FORMULÁRIO**

1. Nome da Unidade de Saúde	
2. Entrevistador	3. Data da Entrevista
4. Supervisor	5. Data da 1ª Revisão
6. Revisor	7. Data da 2ª Revisão
8. Digitador	9. Data da digitação

**2. CARACTERIZAÇÃO DA PARTICIPANTE**

Características socioeconômicas e demográficas

10. Idade:	
11. Estado civil: 1. Casada 2. União estável 3. Solteira 4. Viúva 5. Divorciada/separada	
12. Raça/cor: 1. Branca 2. Preta 3. Amarela 4. Parda 5. Indígena	
13. Bairro de residência:	
14. Renda familiar: 1. Ausência de renda 2. Menos de 1 salário mínimo 3. De 1 a 2 salários mínimos 4. Mais de 2 salários mínimos	
15. Escolaridade: 1. Analfabeta 2. Ensino Fund. Incomp. 3. Ensino Fund. Comp.	

4. Ensino Médio Incomp.    5. Ensino Médio Comp.	
6. Ensino Super. Incomp.    7. Ensino Super. Comp.	
16. Ocupação:	

### **Características Obstétricas (utilizar a sigla NA para Não se Aplica)**

17. Número de gestações:	
18. Número de partos:	
19. Número de abortos:	
20. Número de partos normais:	
21. Número de cesarianas:	
22. Número de nascidos vivos:	
23. Número de nascidos mortos:	
24. Realizou pré-natal na ultima gestação? 1. Sim    2. Não	
25. Realizou consulta com enfermeiro? 1. Sim    2. Não    3. Não sabe/não lembra	

## **II - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**

### **Questões norteadoras**

1. O que você esperava da consulta pré-natal de hoje?
2. Como você avalia a consulta de hoje em relação às consultas anteriores desta gravidez? Foi melhor, por quê? Foi pior, por quê?
3. Você está satisfeita com a assistência pré-natal recebida? Por quê?
4. Faça um relato das orientações que você teve durante a (s) consulta (s).
5. Que atividades você gostaria que fossem realizados ou abordados no seu pré-natal?

## ANEXO F – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA

**Pesquisador:** Lena Maria Barros Fonsêca

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 64544116.6.0000.5087

**Instituição Proponente:** FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.999.550

#### **Apresentação do Projeto:**

Uma assistência pré-natal de qualidade deve prever consultas regulares, com início precoce, visando oferecer oportunidade para assegurar a saúde da futura mãe e de seu bebê. De acordo com o Ministério da Saúde, apesar da ampliação na cobertura pré-natal, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, a hipertensão arterial como causa mais frequente de morte materna no Brasil e uma grande parcela das gestantes inscritas no pré-natal não conseguem realizar as ações preconizadas pelo Programa de Humanização Pré-natal e Nascimento (PHPN). Este estudo tem como objetivo avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão. Trata-se de um estudo de natureza mista e descritiva. Terá como referencial a teoria de Donabedian. A pesquisa será realizada nos Centros de Saúde (CS)/ Unidades Básicas de Saúde (UBS), Unidades Mistas (UM) as Unidades de Saúde da Família (USF). Esta pesquisa será desenvolvida com gestantes que realizam pré-natal nas unidades selecionadas, profissionais médicos, enfermeiros e gestores vinculados as respectivas instituições, no município de São Luís. O tamanho amostral de 433 gestantes, 84 profissionais de saúde e população total de gestores. O processo de coleta de dados foi organizado em três etapas, fundamentada pela sistematização de Donabedian, que relaciona as dimensões de estrutura, processo e resultado. As análises estatísticas serão realizadas nos

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C,Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 1.999.550

programas SPSS versão 12.0, com Intervalos de confiança de 95% e nível de significância estatística estabelecido para todas as análises de 5% ( $p < 0,05$ ). A análise da entrevista aberta será realizado através técnica de Análise de Conteúdo de Bardin. A pesquisa obedecerá às normas referidas pela Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Avaliar a assistência pré-natal às gestantes de risco habitual, atendidas pelo Sistema Único de Saúde em São Luís, Maranhão.

Objetivo Secundário:

a) Analisar a estrutura das Unidades de Saúde (US) quanto a adequação para a assistência pré-natal;b) Compreender a assistência prestada pelos enfermeiros e médicos às gestantes de risco habitual;c) Conhecer as limitações do trabalho dos enfermeiros, médicos e gestores, assim como a qualificação destes para a assistência;d) Analisar a adequação das consultas de pré-natal quanto ao início do pré-natal, número de consultas realizadas, intervalo entre as consultas e procedimentos mínimos segundo a PHPN;e) Identificar a qualidade dos registros do atendimento pré-natal;f) Caracterizar os participantes quanto ao perfil socioeconômico e demográfico;g) Compreender a percepção das gestantes sobre a assistência pré-natal.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos:

A participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista

poderá ser suspensa.

Benefícios:

Este estudo trará para as gestantes melhor atendimento pré-natal e de qualidade, satisfazendo suas necessidades, reduzindo os índices de morbimortalidade perinatal, e aos profissionais acerca de incentivo para capacitação profissional e desenvolvimento de serviços favoráveis a todos os envolvidos na assistência pré-natal.

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br



UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

A pesquisa esta elaborada com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Recomendações:**

Não existem recomendações.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_PROJETO_790300.pdf	23/03/2017 00:33:16		Aceito
Outros	RESPOSTAAOPARECERPENDENTE2.docx	23/03/2017 00:32:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	termodeassentimento.docx	23/03/2017 00:31:32	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	23/03/2017 00:31:08	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaook.pdf	23/03/2017 00:27:52	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetodoc.doc	23/03/2017 00:21:57	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	pojetopdf.pdf	23/03/2017 00:21:04	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	declaracao.pdf	13/12/2016 00:30:06	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	13/12/2016 00:20:20	Lena Maria Barros Fonsêca	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
 Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética CEP: 65.080-040  
 UF: MA Município: SAO LUIS  
 Telefone: (98)3272-8708 Fax: (98)3272-8708 E-mail: cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 1.999.550

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO LUIS, 04 de Abril de 2017

---

**Assinado por:**  
**FRANCISCO NAVARRO**  
(Coordenador)

**Endereço:** Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho  
**Bairro:** Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040  
**UF:** MA **Município:** SAO LUIS  
**Telefone:** (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**ANEXO G–TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA EM SAÚDE DA MULHER - NEPESM

Título da pesquisa: **RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA**

Você está sendo convidado a participar da pesquisa intitulada “**RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA**”, que tem por objetivo principal Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual nas Unidades de Saúde em São Luís, Maranhão.

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de voz. Após a entrevista, você ouvirá a gravação, para avaliar o que você falou em seguida fazer a validação, de maneira a resguardar a veracidade dos fatos. Posteriormente, essas informações serão transcritas, organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Enfatizo que a sua participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250.

Li este Termo de Consentimento e fui informada sobre a pesquisa “**RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA**”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Concordo em participar da pesquisa.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

---

Assinatura do pesquisador (a)

---

Nome completo do entrevistado

---

Assinatura (ou digital) do entrevistado ou de seu representante legal

## **ANEXO H – TERMO DE ASSENTIMENTO DA ADOLESCENTE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA MULHER –  
NEPESM

Você está sendo convidada para participar da pesquisa **RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA.**

Este estudo tem por objetivo principal Avaliar a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes de risco habitual nas Unidades de Saúde em São Luís, Maranhão.

Você não precisa participar da pesquisa se não quiser, é um direito seu e não terá nenhum problema se desistir.

Sua participação consistirá em responder às perguntas feitas pelas pesquisadoras, durante a entrevista, a qual terá como um auxílio um gravador de voz. Após a entrevista, você ouvirá a gravação, para avaliar o que você falou e em seguida dirá se nos autoriza ou não utilizar sua entrevista.

Essas informações serão transcritas, organizadas, analisadas, divulgadas e publicadas em revistas científicas da área da saúde, sendo a sua identidade preservada em todas as etapas, desde a coleta até a divulgação do estudo. Você não será identificado em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados sob qualquer forma, pois será adotado um código para esta finalidade.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo e nem receberá qualquer vantagem financeira. Você pode tirar suas dúvidas sobre a pesquisa e estará livre para aceitar ou recusar-se a participar. Se desistir de participar, poderá retirar seu assentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento.

Enfatizo que a sua participação na entrevista não representará risco às suas dimensões físicas, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual em qualquer fase da pesquisa. No entanto, poderá gerar algum desconforto como lembranças, questionamentos e/ou conflitos à dimensão emocional pelo fato da pesquisadora realizar uma entrevista na qual você irá refletir sobre suas experiências cotidianas. Se houver qualquer desconforto, a entrevista poderá ser suspensa.

Mas há coisas boas que podem acontecer como, por exemplo, será um meio para você poder expressar seus sentimentos a respeito da assistência que você está recebendo e os seus relatos poderão contribuir para a melhoria dos serviços de pré-natal.

Ninguém saberá que você está participando da pesquisa; não falaremos a outras pessoas, nem daremos a estranhos as informações que você nos der. Os resultados da pesquisa vão ser publicados, mas sem identificar você.

Caso você concorde em participar, assine o presente documento, nas duas vias de igual teor. Uma cópia ficará em seu poder e a outra será arquivada em um local seguro pela pesquisadora responsável.

Em caso de dúvidas sobre a pesquisa, entrar em contato com a pesquisadora responsável, Profa. Dra. Lena Maria Barros Fonseca, pelos telefones: (98) 3272-9706 ou (98) 99907-3147 e pelo e-mail: lenabarrosf@gmail.com. Havendo questões éticas relativas a esta pesquisa, entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do HUUFMA pelo telefone (98) 21091250.

#### CONSENTIMENTO PÓS INFORMADO

Eu \_\_\_\_\_ aceito participar da pesquisa:  
RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA.

Entendi as coisas ruins e as coisas boas que podem acontecer.

Entendi que posso dizer “sim” e participar, mas que, a qualquer momento, posso dizer “não” e desistir e que ninguém vai ficar furioso.

Os pesquisadores tiraram minhas dúvidas e conversaram com os meus responsáveis. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e li e concordo em participar da pesquisa.

São Luís, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do menor

\_\_\_\_\_  
Assinatura do(a) pesquisador(a)

**ANEXO I - TERMO DE AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVEIS PARA  
MENORES DE IDADE**

UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
NÚCLEO DE ESTUDO E PESQUISA E EDUCAÇÃO EM SAÚDE DA  
MULHER – NEPEM

Eu, \_\_\_\_\_, identidade  
nº \_\_\_\_\_ responsável pela menor  
de idade, \_\_\_\_\_ autorizo  
sua participação no projeto de pesquisa “RETRATANDO A ASSISTÊNCIA DO  
PRÉ-NATAL EM SÃO LUÍS-MA”

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura dos pais ou responsável