

# Universidade Católica de Brasília

PRÓ-REITORIA DE GRADUAÇÃO  
TRABALHO DE CONCLUSÃO DE CURSO

## *Enfermagem*

**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS  
PELAS GESTANTES SOBRE TRABALHO DE PARTO  
DURANTE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Autora: Lidiane de Lira Santos

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Clarice Maciel Lucio.

BRASÍLIA

2009



**LIDIANE DE LIRA SANTOS**

**AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS PELAS GESTANTES  
SOBRE TRABALHO DE PARTO DURANTE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL**

Monografia apresentada ao curso de graduação em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Clarice Maciel Lucio

Brasília  
2009

SANTOS, Lidiane de Lira.

AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS PELAS  
GESTANTES SOBRE TRABALHO DE PARTO DURANTE A  
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL – Universidade Católica de Brasília –  
UCB, 2009.

Trabalho apresentado à Universidade Católica de Brasília – UCB,  
para Graduação de Enfermagem.

Orientadora. Prof<sup>a</sup>. Clarice Maciel Lucio



Monografia de autoria de Lidiane de Lira Santos intitulada “AVALIAÇÃO DOS CONHECIMENTOS ADQUIRIDOS PELAS GESTANTES SOBRE TRABALHO DE PARTO DURANTE A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL”, apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de Bacharelado em Enfermagem da Universidade Católica de Brasília, em 2 de dezembro de 2009, defendida e aprovada pela banca examinadora abaixo assinada:

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Clarice Maciel Lucio

Orientadora

Docente Graduação em Enfermagem – UCB

---

Prof<sup>a</sup>. Msc. Fernanda Monteiro de Castro Fernandes

Diretora e Docente Graduação em Enfermagem - UCB

---

Prof<sup>a</sup>. Esp. Letícia de Matos Araújo Nicolletti

Docente Graduação em Enfermagem - UCB

Brasília

2009



Dedico este trabalho ao amado e soberano Deus, que me deu força e alívio nos momentos de ansiedade.

Aos meus pais, irmão, familiares e amigos, pela ajuda, compreensão e incentivo nesta longa e árdua jornada.



## **AGRADECIMENTOS**

Minha gratidão ao eterno Deus, que me sustenta e me guia com amor, que gera e concretiza em minha vida sonhos que somente através Dele poderiam ser realizados.

Às puérperas que gentilmente aceitaram expor a sua vivência neste momento tão especial de suas vidas, a gestação.

Por fim, agradeço a todos aqueles que diretamente ou indiretamente contribuíram para conclusão deste trabalho.



“Ainda que eu tenha dom de profetizar e conheça todos os mistérios e toda a ciência; ainda que eu tenha tamanha fé, a ponto de transportar montes, se não tiver amor, nada serei.”

Bíblia Sagrada (ARA), I Coríntios 13.2



## RESUMO

SANTOS, Lidiane de Lira. **Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelas gestantes sobre trabalho de parto durante a assistência pré-natal.** Monografia (Enfermagem) - Universidade Católica de Brasília, Brasília, 2009.

Esta pesquisa tem como objetivo analisar o nível de conhecimentos adquiridos pelas gestantes sobre trabalho de parto, e parto durante a assistência pré-natal. O estudo tem caráter qualitativo com enfoque das representações sociais. As informações foram obtidas por meio de entrevistas semi-estruturadas com puérperas, que anteriormente aderiram ao programa de pré-natal no Centro de Saúde Nº 02 da Ceilândia. A análise do material obtido possibilitou o surgimento de três categorias temáticas, através das quais foi possível desvelar o interesse da mulher pela gestação, as orientações obtidas durante a assistência pré-natal e o seu conhecimento sobre trabalho de parto. Os resultados obtidos demonstraram que as mulheres não receberam orientações específicas sobre o processo de parir durante as consultas de enfermagem, e a falta de informação sobre esse assunto gerou nelas medos e ansiedades no momento do parto.

Palavras-chave: pré-natal, educação em saúde, avaliação em saúde.



## **ABSTRAT**

This research has as objective to analyze the level of knowledge acquired for the pregnancies on work of childbirth, and childbirth during the prenatal assistance. The study it has qualitative character with approach of the social representations. The information had been gotten by interviews half-structuralized with puérperas, that previously they had adhered to the program of prenatal in the Center of Health N° 02 of the Ceilândia. The analysis of the gotten material made possible the sprouting of three thematic categories, through which it was possible to desvelar the interest of the woman for the gestation, the ways gotten during the prenatal assistance and its knowledge on childbirth work. The gotten results had demonstrated that the women had not received any specific orientations on the process to give birth during the nursing consultation, and the lack of information on this subject generated in them fears and anxiety at the moment of the childbirth.

**Keywords:** antenatal care, health education, health evaluation.



## SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO .....	12
1.1.	DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....	12
1.2.	OBJETIVOS .....	14
1.2.1.	Geral: .....	14
1.2.2.	Específicos: .....	14
1.3.	JUSTIFICATIVA .....	16
2.	REFERENCIAL TEÓRICO .....	18
2.1	ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER.....	18
2.1.1	Histórico .....	18
2.1.2	Mortalidade Materna.....	19
2.2	AVALIAÇÃO EM SAÚDE.....	20
2.3	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL .....	22
2.3.1	Consulta de Pré-natal.....	22
2.3.2	Humanização .....	24
2.3.3	Atuação do Enfermeiro no Pré-Natal .....	25
2.4	EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....	26
2.5	PROCESSO DO PARTO .....	28
3.	METODOLOGIA: .....	30
3.1	TIPO DE ESTUDO:.....	30
3.2	COLETA DE DADOS:.....	31
3.3	POPULAÇÃO:.....	31
3.4	CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:.....	31
3.5	LOCAL:.....	32
3.6	ANÁLISE DOS DADOS:.....	32
3.	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS .....	35
4.1	APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES.....	35
4.2	RESULTADOS E DISCUSSÃO .....	36
4.2.1	Processo de Gestação.....	37

4.2.1.1	Planejamento da Gestação.....	37
4.2.1.2	Procura pela assistência pré-natal .....	38
4.2.1.3	Atividades Educativas .....	39
4.2.2	Anseios sobre o parto .....	40
4.2.3	Atuação dos profissionais .....	41
4.2.3.1	Avaliação da consulta.....	41
4.2.3.2	Orientações sobre trabalho de parto na consulta de enfermagem .....	43
5.	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	45
6.	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	47
	APÊNDICES .....	54
	APÊNDICE A.....	56
	APÊNDICE B .....	58
	APÊNDICE C .....	60
	APÊNDICE D.....	62
	ANEXO .....	64
	ANEXO A.....	66

## 1. INTRODUÇÃO

### 1.1. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA

A escolha da Enfermagem como curso de graduação, deu-se pela vontade de ajudar as pessoas a alcançarem o bem-estar em todos os seus aspectos, sejam eles: físicos, psíquicos ou sociais. O meu fascínio estava na perspectiva de poder promover a saúde, prevenir e tratar as doenças que atingem os seres humanos.

Após os estágios realizados na área da saúde da mulher, percebi que a atenção do enfermeiro dada à educação em saúde não era expressiva, mas muitas vezes restringindo-se apenas aos cuidados técnicos referentes à assistência pré-natal. Muitas mulheres no centro obstétrico, acometidas de medo e ansiedade em relação ao parto, questionavam sobre o processo de parir.

Observei que a literatura abordava a educação em saúde, como um dos fatores fundamentais para um bom pré-natal, e meio para abrandar as angustias relativas à gestação. De acordo com BRASIL (1985), o pré-natal em sua essência:

“Constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito”. (BRASIL, 1985, p.19-20: 3).”.

Segundo Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004), o caráter preventivo do pré-natal é fundamental para diminuir os índices de mortalidade materna e perinatal, pois um pré-natal bem feito previne complicações futuras. Analisando a situação de saúde da mulher no Brasil, é percebido um grande descompasso entre os avanços tecnológicos e a qualidade da assistência de saúde prestada.

O enfermeiro como principal meio de educar em saúde, apresenta grandes dificuldades em orientar as gestantes quanto ao trabalho de parto, como mostra o estudo realizado por Dotto, Moulin e Mamade (2006). Na pesquisa, as enfermeiras apresentaram desenvoltura e habilidade para transmitir conhecimentos referentes à gestação, entretanto, quando se refere às informações sobre o trabalho de parto demonstram insegurança.

Na busca de avaliar as informações passadas para as gestantes, referentes ao trabalho de parto e a capacidade de compreender e assimilar o conhecimento transmitido, de forma que alivie as suas tensões e ansiedade frente ao processo de parir, este estudo visa gerar mudanças em relação à assistência oferecida pelos enfermeiros durante o programa de pré-natal.

Diante das questões ligadas à saúde da mulher frente à realidade da assistência prestada e às implicações que repercutem no seu viver, surgem os seguintes questionamentos: As formas como as informações sobre trabalho de parto vêm sendo passadas pelos Enfermeiros às mulheres, no pré-natal, são adequadas? As mulheres compreendem as orientações recebidas?

## 1.2. OBJETIVOS

### **1.2.1. Geral:**

Analisar o nível de conhecimento em relação ao trabalho de parto e parto adquirido pelas usuárias durante o processo da assistência pré-natal prestada pelo SUS.

### **1.2.2.Específicos:**

- Levantar os conhecimentos transmitidos nas consultas e outros procedimentos de enfermagem a respeito de trabalho de parto;
- Avaliar a consistência das informações oferecidas por estes profissionais e sua capacitação em educação em saúde.



### 1.3. JUSTIFICATIVA

Este estudo tem sua relevância social, pois contribuiu para analisar a assistência prestada as mulheres gestantes durante o pré-natal, a consistência de aprendizagem sobre o trabalho de parto e parto pelas mulheres assistidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

Sabe-se que há muito que mudar referente à forma como a educação em saúde é prestada. As falhas provindas de uma assistência sem muito envolvimento com o profissional levam a intimidação da gestante frente aos questionamentos de um fato ainda novo em suas vidas, a gestação. Por isso, o trabalho desvendado a seguir visa exteriorizar os problemas, de forma a procurar meios de sanar as falhas na educação em saúde sobre o trabalho de parto prestado às gestantes.



## 2. REFERENCIAL TEÓRICO

### 2.1 ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER

#### 2.1.1 Histórico

Na década de 1980, com o objetivo de dar uma assistência integral e especializada à mulher em todas as fases da vida e reduzir os índices de morbi-mortalidade materno infantil, na gestação, parto e puerpério, o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), dando ênfase aos cuidados básicos de saúde e destacando a importância das ações educativas no atendimento à mulher. Este acontecimento foi o marco diferencial em relação a outros programas criados pelo Governo Federal (RIOS e VIEIRA, 2007). Entretanto, Serruya, Cecatti e Lago (2004) citam que:

“(...) apesar de ter representado avanço significativo em termos de direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, a implementação (*do PAISM*) sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu na prática que o Programa se transformasse, de fato, em agente transformador da saúde de todas as mulheres.”.

Em 1996, em parceria com a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o MS incorporou em suas políticas de saúde à atenção materno-infantil o Projeto Maternidade Segura. Este Projeto tinha o intuito de reduzir a mortalidade materna e perinatal, através da melhoria da assistência ao parto e ao recém-nascido (BRASIL, 2003). No entanto, mesmo em âmbito estadual e federal, “fatores como a segmentação entre o setor público e privado e o excesso de intervenções em processos fisiológicos, contribuíram para *a ineficácia do projeto\**” (CAGNIN, 2008, p.18).

Assim, reconhecendo a necessidade de estabelecer novas estratégias, foi criado em 2000 o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), com a finalidade de proporcionar uma atenção obstétrica integral, humanizada e qualificada desde as primeiras semanas de gestação, instituindo metas como parâmetros para a qualidade do serviço. Estas metas representam como fatores estimulantes para a adesão dos gestores ao programa. Portanto, quanto maior a adesão do pré-natal, melhor a qualidade na assistência e melhores os resultados obstétricos e perinatais com a mãe e o recém nascido saudáveis (BRASIL, 2000:1).

### 2.1.2 Mortalidade Materna

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a margem de risco de morte materna na América Latina e Caribe, referentes a causas gestacionais ou nascimento durante o ciclo vital de uma mulher é de 1/290 gestações. Na América do Norte esse risco cai pra 1/5100 gestações (WHO, 2005, p. 38).

É estimando que no Brasil, em 2005, a taxa de mortalidade materna fora da ordem de 74,68 mortes por cem mil nascidos vivos. A região Centro-Oeste tem um dos indicadores descritos mais relevantes quanto a óbitos maternos, com índice de 54,96/100 mil. No Distrito Federal, comparado com os outros estados da região, esses números caem, contudo o número de óbitos ainda é muito significativo, cerca de 41,38 mortes maternas por cem mil nascidos vivos (BRASIL, 2007: 4).

Laurenti, Jorge e Gotlieb (2004) realizaram, em 2002, uma pesquisa em 25 capitais brasileiras e no Distrito Federal. Como resultados observaram que a estimativa da razão da mortalidade materna encontrada no conjunto das capitais foi de 54,3 por cem mil nascidos vivos. Através do conjunto das capitais, foi possível verificar que a região Nordeste (73,2) encontra-se a maior estimativa, seguida da região Norte (60,5), Centro-Oeste (49,3), Sudeste (45,4) e Sul (42,0). Na identificação das causas das mortes maternas, verificou-se que 25,4% foram decorrentes de causas obstétricas indiretas, ou seja, foram aquelas resultantes de doenças pré-existentes ou que se desenvolveram durante a gravidez. Doenças do aparelho circulatório predominaram entre as causas com 60%, sendo que a hipertensão, sozinha, esteve presente em 32,5% dos casos citados. As doenças infecciosas foram a causa de 10,5% das mortes maternas. É importante observar que, segundo as famílias, 17,4% das falecidas eram hipertensas. Essas informações são de estimável importância e evidenciam o papel fundamental que um bom serviço de pré-natal pode desempenhar, prevenindo e tratando patologias, com objetivo de evitar complicações e mortes no período gestacional, parto e puerpério. Esses dados mostram também o quanto à assistência no Brasil à mulher tem que melhorar.

Estudos apontam que a redução das taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal estão estritamente relacionadas com a avaliação da assistência pré-natal, pois a qualidade da assistência depende dos níveis de saúde de mães e conceptos.

## 2.2 AVALIAÇÃO EM SAÚDE

A avaliação em saúde é interpretada por Pisco (2006), como “uma forma de diagnosticar uma realidade a fim de nela intervir”. O autor indica que diagnosticar é o primeiro passo para se conseguir mudanças.

Através da avaliação é possível gerar profundas transformações na qualidade dos serviços prestados. Todavia, verifica-se que a prestação da assistência à saúde é realizada por uma equipe heterogênea de profissionais, com formação educacional distinta, dificultando o trabalho em equipe, no que se refere à qualidade dos serviços oferecidos (TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2005). No que se refere ao profissional enfermeiro, sua conduta nesse processo deve ser direcionada ao atendimento de qualidade, no intuito de promover, prevenir, proteger e reabilitar o usuário em seu conjunto (POLIZER e D’INNOCENZO, 2006).

Segundo Berwick (1994), a qualidade da assistência pode ser traduzida como a satisfação das necessidades do usuário, considerando que este deverá ser o objeto central das estratégias em busca da qualidade, bem como participar, ativamente, desse processo, no papel de avaliador das atitudes dos profissionais de saúde e dos resultados alcançados com o tratamento recebido (TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2005).

Sabe-se que ao se tratar de qualidade, a avaliação dos serviços de saúde está estreitamente relacionada a essa temática. Por isso, cabe definir que avaliação consiste em atribuir valor a algo, utilizando para isso procedimentos baseados em métodos científicos, no intuito de se diagnosticar e obter informações reservadas a auxiliar o processo de decisão, dispondo-se a tornar os serviços o mais racional e efetivo possível (TRONCHIN et al., 2005; POLIZER e D’INNOCENZO, 2006).

Na avaliação dos serviços de saúde, as estratégias implantadas são necessárias para alcançar os padrões estabelecidos para a eficiência e qualidade nos serviços que satisfaçam tanto os usuários como para os servidores. No Sistema Único de Saúde (SUS), essas estratégias são implantadas através de programas e ações governamentais.

O modelo de Avedis Donabedian (1988, 1992 apud TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2005) é adotado como referência para os estudiosos em gestão da qualidade assistencial. Esse modelo aborda a qualidade como a obtenção de maiores benefícios em detrimento de menores riscos para o usuário. Relata ainda, que a qualidade dos serviços não pode ocorrer de maneira abstrata, mas que é construída pela avaliação da assistência em três dimensões:

- **Estrutura:** que aborda as características relativamente estáveis das instituições, como: estrutura física, recursos humanos, materiais, financeiros e modelo organizacional;
- **Processo:** que implica o conjunto de atividades desenvolvidas na produção em geral, e no setor saúde, nas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários, desde a busca pela assistência ao diagnóstico e tratamento realizado;
- **Resultado:** que se orienta pela obtenção das características almejadas dos produtos e serviços, retratando os efeitos da assistência na saúde do cliente.

O Donabedian (1992 apud TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2005) aponta ainda a importância da atuação do usuário no processo de concepção, produção e avaliação nos serviços de saúde, levantando as seguintes questões:

- A infra-estrutura existente atende às necessidades do usuário?
- Os processos estão ocorrendo de maneira adequada?
- Os resultados obtidos são bons?
- Os clientes estão satisfeitos com os serviços oferecidos?

Para responder a esses questionários, os serviços de saúde devem adotar instrumentos para a avaliação da qualidade. Dentre eles, o indicador, que identifica ou dirige a atenção para assuntos específicos em uma unidade de saúde, devendo ser frequentemente revisto (BITTAR, 2005).

Pode-se apontar como um indicador à percepção do usuário quanto aos serviços prestados, e sua percepção e satisfação estão ligadas ao serviço de qualidade. Ao desempenho do serviço e os seus resultados, em sua maioria, deve estar focada nas necessidades dos clientes e em suas expectativas, demonstrando que a satisfação do cliente é de essencial valor na medida de qualidade, além de um grande instrumento no gerenciamento do serviço (POLIZER e D'INNOCENZO, 2006).

A qualidade em serviços depende do nível de expectativa dos usuários. Entretanto, tais expectativas podem ser influenciadas por diversos fatores, por isso são necessários reconhecê-las e intervir para a melhoria da assistência. Uchimura e Bosi (2002) apontam dentre os fatores que contribuem para a qualidade nos serviços de saúde, estão: competência profissional, satisfação dos usuários em relação ao tratamento oferecido, acessibilidade, eficácia e eficiência.

Apesar da avaliação da qualidade ser um processo metodológico, com o intuito de promover novas atitudes, é necessário o equilíbrio entre os objetivos teóricos e a realidade do local, para que a teoria não se torne utópica e perca a sua relevância. As mudanças devem estar condicionadas aos fatos, e para que as estratégias se consolidem precisam ser eficazes (PISCO, 2006).

A avaliação em saúde deve ser vista pelos profissionais, como uma fonte de verificar as problemáticas estudadas e a melhoria que a assistência vem sofrendo. É relevante lembrar que a assistência do SUS não está fadada a falta de qualidade, por isso, convém que para o desenvolvimento da qualidade nos serviços cabe ao profissional a iniciativa de avaliá-la. E para esses terem uma maior compreensão da realidade vivenciada, as estratégias políticas para avaliação são fundamentais.

A avaliação deve ser vista como algo inerente ao próprio funcionamento habitual das equipes de saúde, como forma de estimular o interesse e a responsabilidade dos profissionais de forma qualificada. Sabe-se que a qualificação profissional é fundamental para melhorar a assistência. Ser competente em uma determinada profissão vai além de possuir um vasto e numeroso conhecimento, mas compreende-se na capacidade do indivíduo em mobilizar, integrar e orquestrar o saber, transmitindo-o de clara e coesa, proporcionando as mulheres assistidas no pré-natal um serviço de qualidade (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006).

## 2.3 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

### 2.3.1 Consulta de Pré-natal

O pré-natal em sua essência “constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e o conceito”. (BRASIL, 1985: 3, p.19-20).

Segundo Murray et al. (2005), estudo epidemiológico e de observação revelam que mulheres que recebem assistência pré-natal no início da gravidez, e que comparecem a mais consultas pré-natais, tendem a apresentar menor índice de mortalidade materna e perinatal, além de haver melhores resultados da gravidez.

O MS, através do PHPN recomendou, em linhas gerais, que a primeira consulta de pré-natal deveria ser feita até o 4º mês de gravidez, com a adoção dos seguintes procedimentos: seis consultas, no mínimo, para cada mulher: preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro; uma consulta no puerpério, até quarenta dias após o parto; exames laboratoriais: tipagem de sangue, hemoglobina/hematócrito, VDRL, urina de rotina, glicemia de jejum, todos realizados na primeira consulta e os quatro últimos, repetidos próximo a trigésima semana da gestação; teste de HIV oferecido na primeira consulta, em municípios de população acima de 50.000; aplicação de vacina antitetânica, até a dose imunizante (segunda), ou reforço para as já imunizadas; classificação continuada de risco gestacional e atividades educativas.

O texto Assistência Pré-natal do Manual Técnico (2000) do Ministério da Saúde, indica que após diagnóstico de gravidez, a gestante deve ser inscrita no programa de pré-natal. Na consulta de inscrição faz-se necessário uma anamnese inicial, com a data da última menstruação. Então, são calculadas a idade gestacional e a data provável do parto. Após esses procedimentos deve ser feita a avaliação nutricional da gestante (BRASIL, 2000: 2).

Nessa consulta a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal – seqüências das consultas médicas e de enfermagem, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos:

- O cartão da gestante, com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina;
- As orientações sobre a participação nas atividades educativas - reuniões em grupo e visitas domiciliares.

Na primeira consulta são imprescindíveis a realização de uma anamnese completa da gestante, o exame físico e a solicitação de exames laboratoriais de rotina e outros, se necessários. As consultas subseqüentes também seguem um padrão, são adotados como procedimentos de rotina:

- a) revisão da ficha perinatal e anamnese atual;

- b) cálculo e anotação da idade gestacional;
- c) controle do calendário de vacinação; exame físico geral e gineco-obstétrico;
- d) acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- e) realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos); e
- f) agendamento de consultas subseqüentes.

### **2.3.2 Humanização**

A assistência pré-natal é o marco inicial do desenlace que o processo do parto terá, por isso é fundamental a qualidade da atenção durante a gravidez (DOTTO; MOULIN; MAMEDE, 2006). Segundo MacDonald (2003), evidências epidemiológicas mostram que quanto maior o número de profissionais qualificados menor será a razão da mortalidade materna.

O Ministério da Saúde, no intuito de melhorar as condições da assistência ao pré-natal, estabelece o termo humanizar o atendimento, com objetivo de gerar mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres gestantes, contemplando além dos aspectos físicos e técnicos, a participação da gestante no atendimento. Na cartilha de apresentação do PHPN, a humanização é admitida como a principal estratégia do programa, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização (SERRUYA et al., 2004; DUARTE E ANDRADE, 2008):

“A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer a adoção de atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor, e a implementação de condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher durante o processo de parturição. O segundo, refere-se à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com freqüência, acarretam maiores riscos para ambos”.(PHPN, 2000).”.

### 2.3.3 Atuação do Enfermeiro no Pré-Natal

Com enfoque na qualidade da assistência pré-natal, o MS estabeleceu diretrizes para atenção pré-natal e incluiu a participação do enfermeiro como membro da equipe de saúde que presta assistência direta à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal (GONÇALVES et. al, 2008. DUARTE; ANDRADE, 2006). De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem no Brasil, Decreto nº 94.406/87, prevê que o pré-natal de baixo risco na gestação pode ser inteiramente acompanhado pelo profissional enfermeiro. Competem ao enfermeiro na assistência pré-natal as seguintes realizações:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal e educação em saúde;
- Realizar consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico;
- Realizar atividades educativas com grupos de gestantes e suas famílias;
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realizar coleta de exame citopatológico.

(BRASIL, 2000: 2).

Entretanto, estudos apontam que o enfermeiro tem deixado de lado o seu papel na assistência à gestante durante o pré-natal. A minoria dos atuantes se especializa na área (Cagnin, 2008). Muitos negligenciam sua atuação como educador em saúde, e se esquecem da sua importância como instrumento para o esclarecimento de dúvidas às mulheres e suas famílias frente aos temores referentes ao trabalho de parto. Entretanto, esse desinteresse da área na assistência pode ser ocasionado pela falta de reconhecimento da classe frente a outros profissionais e a sociedade, quanto à credibilidade em realizar o acompanhamento na gestação (RIOS e VIEIRA, 2007).

A consulta de enfermagem, em diversos estados brasileiros, ainda é pouco conhecida pela população. Muitas gestantes desconhecem a existência de consultas de enfermagem destinadas ao pré-natal, acreditando que a assistência é restrita ao médico. Pesquisas mostram que há divergências relacionadas ao aprazamento das consultas, que muitas vezes é oferecido por demanda espontânea. Pode-se dizer, que a procura por esse atendimento, em muitos casos, ocorre pela falta de vagas no agendamento médico ou pelo descobrimento eventual da assistência, num primeiro momento. O desconhecimento da consulta de enfermagem como direito, trata-se de um aspecto histórico de representação social, onde o profissional enfermeiro ainda não é reconhecido pela sociedade como um integrante da equipe de saúde com competências para se responsabilizar em acompanhar a gestante (RIOS e VIEIRA, 2007).

#### 2.4 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

O profissional de saúde deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde. Na gestação, um dos momentos que mais geram ansiedades na vida de uma mulher, muitas dúvidas são geradas a respeito das modificações gravídicas, desenvolvimento fetal, parto e cuidados ao recém nascido (RIOS e VIEIRA, 2007). Sabendo disso, o Ministério da Saúde determina que o principal objetivo do acompanhamento pré-natal seja o acolhimento à mulher, o oferecimento de respostas e de apoio aos sentimentos de medo, dúvidas, angústias, fantasias ou, simplesmente, à curiosidade de saber sobre o que acontece com o seu corpo (Brasil, 2000: 1).

A prática de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é de fundamental importância para a minimização da ansiedade causada pela aproximação do parto. É no pré-natal que a mulher precisará ser mais bem orientada para que possa vivenciar o parto de forma positiva, com menores riscos de complicações no puerpério e maior eficácia na amamentação (MOURA; RODRIGUES, 2003). Rios e Vieira (2007) abordam que a escassez de informações, ou a inadequação das informações prestadas sobre o parto, além do medo do desconhecido, influenciam de forma negativa em todo o processo de gestar.

Conforme Moura e Rodrigues (2003) declaram, as atividades de educação em saúde devem ser enfatizadas no decorrer da assistência pré-natal, uma vez que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação. Porém, é plausível discutir que Educação em Saúde não é compreendida apenas como o repasse de informações, mas como uma atividade sistematicamente planejada, e que com o entendimento daquilo é passado gere na mulher mudanças de comportamento em relação a sua saúde. As atividades em grupo podem ser uma das metodologias utilizadas pelo enfermeiro, com o intuito de estimular a inserção das gestantes no pré-natal. Esse espaço de discussão permite a continuidade da consulta de enfermagem.

Numa pesquisa realizada no estado do Acre, em 2006, sobre as dificuldades vivenciadas pelas enfermeiras na assistência pré-natal a maioria das enfermeiras estudadas não apresentou dificuldades em realizar orientação e educação em saúde referente às “práticas educativas, orientação sobre amamentação, sobre cuidados com o recém-nascido, orientar as queixas das gestantes, a higiene no pré-natal”. Contudo, quanto “orientar e preparar para o parto”, 56% das enfermeiras, disseram ter apresentado moderada dificuldade para realizar essa atividade (DOTTO, MOULIN, MAMEDE, 2006). Conforme Domingues, Santos e Leal (2004), a maior satisfação com o parto é proporcional ao nível de informação que a gestante recebeu durante a gravidez, trabalho de parto e parto. Essas informações têm se mostrado como fator de grande relevância para as mulheres, por possibilitar maior participação no processo decisório e aumentar sua percepção de estar no controle da situação, influenciando na satisfação com o parto (DOMINGUES; SANTOS; LEAL, 2004).

Os pais normalmente sentem carência de informações no decorrer da gestação. Por isso, é aconselhável que a educação em saúde seja feita por etapas e no decorrer de toda a gestação. Segundo um programa educacional completo de assistência pré-natal norte-americano, as aulas devem ser divididas em três principais estágios da gestação e após o parto – as do primeiro trimestre, do segundo, do terceiro e as do pós-parto (LOWDERMILK, PERRY e BOBAK, 2002).

As aulas do primeiro trimestre devem esclarecer questões fundamentais, como: (1) desenvolvimento fetal inicial; (2) mudanças fisiológicas e emocionais do início da gestação; (3) sexualidade humana; (4) repouso, exercício e medidas para aliviar os desconfortos comuns; e (6) necessidades nutricionais da mãe e do feto. As aulas do segundo trimestre deve enfatizar a participação da mulher no autocuidado e fornecer informações sobre a preparação para a amamentação e; higiene básica; queixas comuns e as soluções simples e seguras;

desenvolvimento fetal. No decorrer das aulas, a gestante deve ser encorajada a expressar abertamente seus sentimentos e preocupações referentes à gestação, parto e maternidade. Durante o terceiro trimestre, a educação deve-se centralizar na preparação para a experiência do trabalho de parto e parto (LOWDERMILK, PERRY e BOBAK, 2002).

A usuária deve ter o maior nível de esclarecimento possível referente ao trabalho de parto. A enfermeira deve ser sensível aos questionamentos das usuárias, e capaz de transmitir os conhecimentos científicos, de maneira acessível, de forma que esclareça as dúvidas da gestante sobre o processo de parir. Num estudo envolvendo 800 mulheres, na Inglaterra, descobriu-se que o receber informações e sentir-se no controle constituíam componentes importantes de satisfação com o parto e de bem-estar emocional subsequente (HETHERINGTON, 1990 apud LOWDERMILK, PERRY e BOBAK, 2002)

Sem desprezar os outros tipos de saberes, o pré-natal deve enfatizar o conhecimento científico, por ser objetivo, não sofrer de interferências individuais, como crenças ou valores. Mulheres iniciam a assistência pré-natal acreditando em diversos mitos e credices populares, e cabe ao profissional dar direcionamento frente a essas dúvidas (GRIBOSKI; GUILHEM, 2006).

## 2.5 PROCESSO DO PARTO

Grande parte das mulheres vê o parto como uma expectativa negativa, temem a dor do parto ou a mutilação, porque não entendem a anatomia e o processo do nascimento. A orientação prestada pelo enfermeiro pode abrandar muitos desses medos. Diversas apreensões são geradas frente à vivência do parto, incluindo medo da dor e dos procedimentos obstétricos, insegurança quanto ao atendimento e à própria capacidade de dar à luz, além do medo das mudanças que serão ocasionadas pelo nascimento do bebê. Os sentimentos são, em geral, contraditórios: querer ter o bebê e terminar logo a gravidez e, ao mesmo tempo, a vontade de prolongar a gestação para adiar a necessidade de novas adaptações exigidas com a chegada do filho (LOPES, et. al, 2005).

Segundo Lowdermilk, Perry e Bobak (2002, p.306) o parto é o processo de movimentação do feto, da placenta e das membranas para fora do útero e através do canal do parto. Várias mudanças ocorrem no sistema reprodutor feminino nos dias antecedentes ao

início do parto. Em condições fisiológicas, completa a 38ª semana de gestação, o feto apresenta condições ideais de maturação de seu organismo para o nascimento.

O momento do trabalho de parto é difícil de ser determinado com exatidão, pois a terminação da gravidez é uma seqüência insensível de fenômenos cujas causas não estão totalmente determinadas. Por isso, estabelece-se então, que o trabalho de parto começa quando:

- Existem contrações uterinas periódicas e regulares, sentidas pela mãe ou percebidas por um observador, por pelo menos durante duas horas;
- Sua frequência é de duas contrações por dez minutos ou maior;
- O colo uterino está, pelo menos, parcialmente apagado;
- A dilatação do colo uterino é de 2 cm ou mais nas nulíparas ou está em evolução nas múltiplaras.

(SCHWARCZ, 1996.)

O trabalho de parto pode ainda ser dividido em 3 etapas, conforme a dilatação e o grau de descida da apresentação fetal. São eles:

- Dilatação ou primeiro período;
- Expulsão, parto ou segundo período;
- Período placentário, de dequitação ou terceiro período.

“O *primeiro estágio\** do parto inicia-se com as contrações uterinas regulares e vai até a dilatação completa da cérvix. Esse estágio dividi-se ainda, em três etapas: a latente, a ativa e a de transição. Na fase latente, ocorre mais progresso no apagamento da cérvix e pouco na descida. Durante a fase ativa e a fase de transição, ocorrem a dilatação mais rápida da cérvix e o aumento na velocidade de descida da parte de apresentação.

O *segundo estágio\** do parto começa no momento de dilatação completa da cérvix e vai até o nascimento do feto. Essa etapa leva uma média de 20 minutos para as múltiplaras e 50 minutos para as nulíparas.

O *terceiro estágio\** do parto começa com o nascimento do feto e termina com a eliminação da placenta. A placenta, normalmente, descola-se na terceira ou na quarta contração uterina forte após o nascimento do bebê.” (LOWDERMILK, PERRY e BOBAK, 2002, p. 306-310).<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> (\*) Grifos meus.

### 3. METODOLOGIA:

#### 3.1 TIPO DE ESTUDO:

Ao buscar a compreensão deste objeto de estudo, que teve como objetivo analisar o nível de conhecimento adquirido pelas usuárias durante o processo da assistência pré-natal observou-se que a pesquisa qualitativa apresenta as características principais que satisfazem esse tipo de estudo, uma vez que a pesquisa qualitativa tem por princípios privilegiar a consciência do sujeito e entender sua realidade social como uma construção humana, buscando, assim, as explicações dos fenômenos.

A abordagem qualitativa procura atingir o conhecimento significativo em sua singularidade, através da compreensão das relações e atividades humanas. Numa aproximação fundamental e de intimidade entre o sujeito e o objeto (MINAYO, 2006). Dessa forma, pode-se dizer que a pesquisa qualitativa compreende o entender e não o mensurar, ou seja, ela busca a particularidade do fenômeno através da compreensão, observação e pesquisa dos mesmos.

Deslandes (2007) divide a pesquisa qualitativa em três etapas: (1) fase exploratória; (2) trabalho de campo; (3) análise e tratamento do material empírico e documental.

A *fase exploratória* (\*) compreende o projeto de pesquisa e todos os procedimentos necessários para a entrada em campo.

O *trabalho de campo* consiste na coleta de dados, seja ele através de entrevista observação ou outra modalidade de comunicação e interlocução com os pesquisados.

Por último a *análise e tratamento do material empírico e documental* que abrange a valorização, compreensão e interpretação dos dados colhidos, e associá-los com o referencial teórico que traçou a fundamentação do projeto. Esse momento pode ser subdividido em três tipos de procedimento: (a) ordenação dos dados; (b) classificação dos dados; (c) análise propriamente dita. O tratamento do material conduz à busca da compreensão e da interpretação a luz da teoria, ou seja, a análise qualitativa desvenda os códigos sociais a partir das falas, símbolos e observações.

### 3.2 COLETA DE DADOS:

No processo de escolha do instrumento de pesquisa, deu-se preferência ao roteiro semi-estruturado de entrevista que envolve um conjunto de questões abertas e fechadas, com roteiro.

A entrevista constitui uma das técnicas qualitativas mais comumente usada nos estabelecimentos de saúde, caracteriza-se pelas informações diretamente construídas no diálogo com o indivíduo entrevistado e tratam da reflexão do próprio sujeito sobre a realidade que vivencia (POPE, MAYAS, 2005; DESLANDES, 2007).

A entrevista semi-estruturada é conduzida com base numa estrutura solta, que combina “perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indaga formulada”( DESLANDES, 2007).

Desta forma, a entrevista compreende o instrumento básico para a coleta de dados desta pesquisa. E em especial, a captação imediata e corrente da informação ajudará no alcance dos objetivos propostos e através de perguntas orientadas serão colhidas informações que nortearam este estudo.

Todas as entrevistas foram gravadas em aparelho MP3, revisadas e transcritas na íntegra pela pesquisadora.

### 3.3 POPULAÇÃO:

O número de entrevistadas foram de 12 puérperas que fizeram pré-natal no Centro de Saúde N° 02 da Ceilândia

A escolha das puérperas atendeu aos seguintes critérios:

### 3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO:

No âmbito dos **critérios de inclusão** foram entrevistadas puérperas primíparas, que fizeram no mínimo as 6 (seis) consultas estabelecidas pelo MS como imprescindível para uma boa assistência pré-natal

Nos **critérios de exclusão** estão todas aquelas que não se enquadraram nos critérios de inclusão, ou seja, as puérperas que tiveram mais de um filho, ou ainda as primíparas que não alcançaram os padrões mínimos de consulta de pré-natal estabelecidos pelo MS.

### 3.5 LOCAL:

A pesquisa foi realizada no Centro de Saúde N° 02 da Ceilândia, estabelecida no endereço QNN 15, Lote F, Área Especial.

Este CS foi escolhido como campo de pesquisa por estar enquadrado em um dos campos de estágio da Universidade Católica de Brasília (UCB) e pela facilidade no acesso ao local, além de haver interesse e aceitação por parte do próprio CS para a realização deste estudo.

### 3.6 ANÁLISE DOS DADOS:

O tratamento dos dados foi realizado pela técnica de Análise de Conteúdo que segundo Bardin (1979), é um conjunto de técnicas e análise das comunicações com o objetivo de obter, por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção/percepção (variáveis inferidas) dessas mensagens, visando ultrapassar o nível do senso comum e do subjetivismo na interpretação e alcançar uma vigilância crítica perante a comunicação. Minayo (2006) trata ainda a Análise de Conteúdo como a expressão mais freqüente para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa.

Existem várias modalidades de Análise de Conteúdo, as quais: Análise Lexical, Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação. Dessa forma, este estudo abordou a Análise Temática, corroborando com Minayo (2006) que aborda a Análise Temática como a mais apropriada para as investigações qualitativas em saúde.

A análise de conteúdo está dividida em três etapas:

- a) Pré-análise;
- b) Estudo exploratório do material levantado;
- c) Análise e interpretação dos dados.

A *pré-análise* antecede as demais etapas, ela confere a confiabilidade e credibilidade teórica da produção científica. “Consiste na escolha dos documentos a serem analisados e na retomada das hipóteses e dos objetivos iniciais da pesquisa” (MINAYO, 2006, p.316). Pode ser decomposta em 3 (três) etapas:

- **Leitura flutuante:** do conjunto das comunicações: Esta etapa requer que o pesquisador tome intenso e direto contato com o material de campo, aprofundando-se no assunto pesquisado. “A dinâmica entre as hipóteses iniciais, as hipóteses emergentes e as teorias relacionadas ao tema tornarão a leitura progressivamente mais sugestiva e capaz de ultrapassar à sensação de caos inicial” (MINAYO, 2006, p. 316).
- **Constituição do Corpus:** Trata do universo estudado em sua totalidade, devendo responder a algumas normas da validade qualitativa:
  - “*exaustividade*: que o material contemple todos os aspectos levantados no roteiro;
  - representatividade*: que ele contenha as características essenciais do universo pretendido;
  - homogeneidade*: que obedeça a critérios preciosos de escolha quanto aos tratados, às técnicas empregadas e aos atributos dos interlocutores;
  - pertinência*: que os documentos analisados sejam adequados para dar resposta aos objetivos do trabalho” (MINAYO, 2006, p.316-317).
- **Formulação e reformulação de Hipóteses e Objetivos:** Procedimento que consiste na retomada da etapa exploratória, tendo como parâmetro da leitura exaustiva do material as indagações iniciais.

Nesta etapa o pesquisador deve:

- Tomar conhecimento das impressões e orientações manifestas no material;
- Identificar desenhos e hipóteses;
- Visualizar os pressupostos teóricos e metodológicos explícitos.

(MARTINELLI, 2003).

O *estudo exploratório do material* consiste basicamente numa operação classificatória que visa alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta etapa “o investigador busca encontrar categorias que são expressões ou palavras significativas em função das quais o conteúdo de uma fala será organizado” (MINAYO, 2006, p. 317).

Escolha do material de análise deve ser feita pelo pesquisador por meio de:

- Determinação *a priori*;
- Utilização exaustiva de fórmulas em que nada da comunicação é rejeitado;
- Representação em que se utilizam as regras de amostragem, verificando-se o que é utilizável ou não na amostra, a partir da sua representatividade e pertinência;
- Homogeneidade documental em que as mesmas técnicas são utilizadas na escolha de todo o material;
- Pertinência do conteúdo aos objetivos do estudo.

(MARTINELLI, 2003).

Na *análise e interpretação dos dados* os resultados obtidos foram submetidos a operações estatísticas simples ou complexas que permitiram colocar em evidência as informações obtidas. Com isso, a pesquisadora propõe inferências e realiza interpretações, inter-relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente ou abre outras pistas em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do material (MINAYO, 2006).

### **3.7 Aspectos éticos da pesquisa**

A pesquisa seguiu todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisas envolvendo seres humanos. Foram garantidas as cidadãs envolvidas na pesquisa todos os direitos citados no termo de consentimento livre e esclarecido, sendo aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria do Estado de Saúde do Distrito Federal em 22 de junho de 2009, parecer 131/09, protocolo 182/09.

### 3. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

#### 4.1 APRESENTAÇÃO DAS PARTICIPANTES

As entrevistas foram realizadas com puérperas primíparas, que realizaram mínimo de 6 (seis) consultas de pré-natal no Centro de Saúde Nº 02 da Ceilândia, Distrito Federal. As entrevistas foram em número de 12 (doze), colhidas durante a ida das puérperas ao CS por demanda espontânea.

A faixa etária das entrevistadas está entre 16 e 31 anos, sendo que 7 (sete) delas são maiores de 19 anos. As entrevistas foram colhidas aproximadamente 20 (vinte) dias após a vivência do parto pelas mulheres. O grau de escolaridade das puérperas varia do ensino fundamental ao ensino médio, sendo que a maioria destas concluiu o ensino médio.

Quanto à cor, 58,33% (n 7) se consideram de cor parda, 58,33% (n 7) mantêm união estável e 50% (n 6) não procedem de Brasília, sendo que dessas 83,3% (n 4) vêm da região nordeste do país. Em relação à atividade profissional, 75% das puérperas não exercem atividade remunerada, em sua maioria são cuidadoras do seu lar.

Como forma de garantir o anonimato das entrevistadas, estas serão identificadas como P1, P2, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11 e P12.

Um maior detalhamento sobre o perfil das puérperas entrevistadas encontra-se no Quadro I.

**Quadro I – Apresentação das Participantes**

Sujeitos Entrevistados	Idade	Cor	Estado Civil	Naturalidade	Escolaridade	Atividade Profissional
P1	19 anos	Negra	Solteira	Brasília	Ensino Médio Incompleto	Do lar
P2	20 anos	Branca	Casada	Brasília	Ensino Médio Completo	Do lar
P3	18 anos	Parda	Estável	Piauí	Ensino Fundamental	Do lar

					Incompleto	
P4	28 anos	Parda	Estável	Maranhão	Ensino Médio Completo	Do lar
P5	18 anos	Branca	Solteira	Brasília	Ensino Médio Completo	Secretária
P6	23 anos	Negra	Estável	Minas Gerais	Ensino Médio Incompleto	Do lar
P7	21 anos	Parda	Casada	Maranhão	Ensino Fundamental Completo	Do lar
P8	21 anos	Parda	Estável	Bahia	Ensino Médio Completo	Do lar
P9	31 anos	Parda	Estável	Brasília	Ensino Médio Completo	Assistente Administrativo
P10	17 anos	Parda	Estável	Brasília	Ensino Médio Incompleto	Do lar
P11	16 anos	Negra	Casada	Brasília	Ensino Médio Incompleto	Estudante
P12	27 anos	Parda	Estável	Piauí	Ensino Médio Incompleto	Doméstica

Fonte: Informações provenientes das entrevistas, realizadas no 2º semestre de 2009.

Apesar de haver muitas diferenças no perfil de cada entrevistada, idades variadas e grau de instrução igualmente diferente, todas elas apresentam algo em comum, a procura pela assistência pré-natal.

#### 4.2 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através das informações obtidas nas entrevistas foi possível dividir as perguntas apresentadas em 3 (três) blocos, tais como:

- Processo de gestação;
- Anseios sobre o parto;

- Atuação dos profissionais.

#### 4.2.1 Processo de Gestaçã

Neste primeiro bloco foi considerado o processo de gestaçã, nos quais estã compreendidos o planejamento da gestaçã, a procura pela assistênciã pré-natal e pelas atividades educativas disponibilizadas no CS, que são apresentados a seguir pelo recorte dos depoimentos.

##### 4.2.1.1 Planejamento da Gestaçã

Sobre o planejamento para engravidar, as entrevistadas relatam o seu processo de concepçã, evidenciando através do discurso seus planos de gravidez ou não.

Quanto o planejamento, 5 (cinco) das entrevistadas planejaram a gestaçã, como relata a puérpera P8 **“(...) a gente queria ter um filho, a gente planejou (\*)”**, que concorda com a afirmaçã de P6 **“(...) a gente queria. Ele queria (parceiro) ter um filho, e a gente decidiu em conjunto que seria a melhor hora”**. Importante ressaltar que a idade das entrevistadas que planejaram a gestaçã variam de 21 a 28 anos, todas com união estável, que decidiram em conjunto com o parceiro à gestaçã.

Sete das entrevistadas não planejaram a gestaçã. Boa parte delas não usava nenhum método contraceptivo, evidente nos relatos de P11 **“Eu não usava nenhum método...”** (P11) ou eventualmente a camisinha, como diz P1 **“Aconteceu por acidente... Eu não me prevenia. Só me prevenia com camisinha, ai, veio, mas não foi planejado.”** Outras relatam que não faziam uso correto do contraceptivo **“Eu tomava remédiao anticoncepcional... (Você tomava o remédiao regularmente?) Mais ou menos (risos).”** (P5).

Percebe-se com isso que as jovens mais maduras e com união estável planejaram a concepçã. Lopes et al. (2006) aborda que existe uma relação direta do planejamento da gravidez com o processo do casamento, seja ele ritualizado por uma cerimônia ou não. O fortalecimento da união facilita a construção de planos comuns, compreendendo a formação

de uma nova família, e o planejamento da primeira gravidez demarca o início desta construção conjunta.<sup>2</sup>

Em contra ponto, a grande maioria das puérperas não havia planejado a concepção, e algumas destas aconteceram quando ainda faziam uso de algum método contraceptivo. Das puérperas entrevistadas, 5 (cinco) são adolescentes e encontram-se entre as idades de 16 a 19 anos, e apenas uma delas concluiu o Ensino Médio. O impacto atribulado da gravidez precoce emerge de forma mais evidente quando se analisa a relação entre educação, pobreza e maternidade precoce. Durante a gestação muitas adolescentes abandonam a escola e após o nascimento da criança não retomam os estudos (OLIVEIRA, 1998).

Os resultados apresentados corroboram com o estudo realizado por Dias e Spindola (2006) que relata que o baixo nível socioeconômico das mulheres interfere diretamente na adoção de métodos contraceptivos. Dentre as 50 gestantes estudadas, 72% não haviam planejado a gestação em curso. Destas, 50% usavam algum método contraceptivo quando conceberam, evidenciando o conhecimento limitado a respeito do assunto. Em tal estudo, observou-se que em relação ao nível de conhecimento dos métodos anticoncepcionais quando associados ao nível de escolaridade, as gestantes com nível educacional menos elevado referiam menor conhecimento quanto aos métodos contraceptivos.

Segundo a Constituição da República Federativa do Brasil (BRASIL, 1988: 5) é de decisão do casal o planejamento familiar, sendo proibido qualquer tipo de coerção por parte de instituições públicas ou privadas. O número de filhos e a escolha do método anticoncepcional mais adequado são escolhas que toda mulher deve ter direito de fazer de forma livre e por meio de informações. A lei ordinária Nº 9263/1996 (BRASIL, 1996: 6) que trata sobre o planejamento familiar propõem a aplicação de ações de saúde e educacionais por parte do Estado, a fim de promover o planejamento familiar.

A evidência de lacunas nas ações educativas voltadas à saúde sexual e reprodutiva é notável, por isso, é necessário enfatizar a importância de haver uma política de planejamento familiar efetiva e comprometida com a saúde da população.

#### 4.2.1.2 Procura pela assistência pré-natal

---

<sup>2</sup> (\*) Grifos para indicar o discurso das entrevistadas.

O interesse manifesto pela gestação foi compreendido através da atitude das mulheres na procura pelo programa de pré-natal. A análise dos depoimentos aponta para a importância do programa, através da percepção das gestantes.

Na procura da assistência pré-natal, grande parte das mulheres buscou o atendimento para garantir a sua saúde e a do conceito, como diz a entrevistada P5 “(...) **Procurei a assistência pré-natal pra minha saúde e pra do bebê.**”, o que evidencia a preocupação das gestantes em proteger a si mesma e ao seu filho de doenças. O próprio Ministério da Saúde (2000: 2) enfatiza que “*A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto.*”

O interesse e a ansiedade das gestantes demonstram a apreensão da mulher frente a essa nova etapa da vida, a insegurança as leva a buscar a assistência pré-natal para amenizar as ansiedades geradas por essa mudança, como podemos observar nas falas entrevistadas: “(...) **eu participei do pré-natal pra poder tirar as dúvidas, pra fica mais confiante, né?! Pra vê o que tá acontecendo, vê se é normal determinado comportamento, né?!**” (P9), “(...) **queria saber como era.**” (P1)

A expectativa de aprender, “**saber como é**”, “**tirar as dúvidas**”, “**ter orientações**” que são suscitadas com a gestação, focaliza a perspectiva da população frente ao programa de assistência pré-natal em educação em saúde. A oportunidade de assimilar conhecimento sobre um fato ainda novo (gravidez) leva à mulher a procurar o programa. Como declara o PAISM, a assistência pré-natal constitui um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente problemas que possam resultar em risco para a saúde da gestante e do conceito.

#### 4.2.1.3 Atividades Educativas

Quanto à procura pelas atividades educativas disponibilizadas pelo Centro de Saúde, todas as mulheres estudadas buscaram essas orientações durante a gestação. Entretanto, na unidade estudada, apenas um tipo de palestra era oferecido às gestantes, que englobava os três trimestres da gestação, como diz a entrevistada P2 “**só teve uma palestra. Falou sobre o desenvolvimento do feto, sobre a gravidez, amamentação...**”, outra entrevistada diz que

**“na reunião falou sobre o trabalho de parto, a gestação, primeiro, segundo e terceiro trimestre.” (P5).**

Observou-se que a realidade das atividades educativas oferecidas pelo CS estudado não foi satisfatória, o fato de haver apenas um tipo de palestra educativa durante toda a gestação limita muito a capacidade de absorção do conhecimento sobre a gravidez. A mistura de diversos assuntos **“amamentação, “gestação”, “desenvolvimento do feto”** dificulta o processo de assimilação do saber. O excesso de informação num período muito curto de tempo pode causar angústia e aflição frente ao desconhecido. É importante a realização de ações educativas durante o decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico puerperal, de forma que a mulher possa viver o parto de forma positiva. O período que antecede o nascimento da criança é fundamental para que haja o preparo da mulher para a maternidade, como diz Rios e Vieira:

“O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e uma oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar.” (RIOS, VIEIRA, 2007).

Lowdermilk, Perry e Bobak (2002) relatam que a educação em saúde deve ser feita em módulos para haver maior assimilação no processo de aprendizagem. As palestras ministradas devem ser divididas em etapas, de acordo com a idade gestacional, segmentando assim, a orientações por trimestre. Desta forma, a assistência pré-natal pode ser um veículo para modificação de atitudes, gerando autoconfiança, diminuindo os medos e angústias no processo de gerar (MURRAY et al., 2005).

#### **4.2.2 Anseios sobre o parto**

Este bloco retrata os anseios que as entrevistadas tiveram frente ao período de vivência do trabalho de parto, suas expectativas e angústias no processo de parir. O medo da dor é um dos fatores que caracterizam o anseio da gestante no momento do parto expresso pelo discurso das entrevistadas P7 **“eu não sabia, e eu fiquei com medo da dor”** e P4 **“tinha medo da dor”**. No imaginário popular a dor no parto também é refletida pela Bíblia Sagrada, no livro de Gênesis, capítulo 3 versículo 16, que diz: **“(…) Multiplicarei sobremodo os sofrimentos da tua gravidez; em meio de dores darás à luz filhos (…)**”, como forma de castigo conferido por Deus a Eva quando expulsa do paraíso.

Existe também o medo de morrer durante o parto, como relata a puérpera P9 **“no final da gravidez eu nem dormia com medo de morrer”**, **“as pessoas sempre colocavam medo em mim”** (P3) sentimentos esses que muitas vezes são transmitidos através de outras pessoas ou familiares. A experiência de outras pessoas na vivência do parto interfere na percepção da gestante sobre a experiência no trabalho de parto e parto. Através do estudo realizado por Bezerra e Cardoso (2006) observou-se que nas rodas de conversas sobre o processo do parto com colegas e parentes, o parto emergia como algo doloroso e assustador, um enfrentamento da morte. Fato esses que podem refletir no sentimento das mulheres que nunca vivenciaram o parto e na sua percepção do que é gerar e parir.

A incapacidade de dar a luz também é conjecturada pelas entrevistadas, **“eu tinha medo de acontecer alguma coisa comigo ou com ela, de não conseguir ganhar ela ou dela nascer com algum problema”**. O desconhecido gera medo, o fato de não conhecerem o seu próprio corpo e processo fisiológico do tornam a mulher vulnerável (GRIBOSKI; GULHERM, 2006).

Os diálogos sobre o parto, como período de dor, que são transmitidos de geração em geração, provavelmente desencadeiam um sentimento de medo na gestante, atrapalhando o viver o parto. A dor é vista pela mulher como algo essencial no processo parturitivo e, ao detalhar sua evolução, demonstra sentir-se em perigo, assustada e ameaçada diante do desconforto causado pela dor. Acredita que essa pode superar a sua própria resistência, despertando imenso temor e angústia em passar por esse momento (BEZERRA; CARDOSO, 2006).

### **4.2.3 Atuação dos profissionais**

Este bloco visa compreender a qualidade da assistência prestada no pré-natal, referindo-se ao profissional, que de acordo com as entrevistadas foi mais relevante, além de envolver orientações dadas na consulta de enfermagem sobre o trabalho de parto.

#### **4.2.3.1 Avaliação da consulta**

Sobre a atuação dos profissionais nas consultas de pré-natal 50% das entrevistadas tiveram preferência pelo desempenho médico na assistência, como diz a puérpera P9 **“eu achei ela muito determinada. Séria naquilo que respondia, tirava todas as minhas dúvidas.”**, **“(…) ficava mais em cima.”** (P3), **“(…) ela me orientava tudo direitinho. Esclareceu as minhas dúvidas.”** (P7). Outras disseram que simpatizaram com a profissional **“(…) eu achei ela legal.”** (P4). Uma das puérperas relata sua preferência pelo atendimento médico, entretanto reconhece falhas no processo de educação em saúde **“A médica foi boa. Mais eu acho que ela poderia ter me aconselhado mais. Ela não me falou o que eu tinha que fazer em relação ao peito (...) Teve muita coisa que eu fiquei sabendo por fora, mais que ela não me explicou.”** (P6).

A escolha da enfermeira em 50% das entrevistas deu-se, na maioria das vezes, pela humanização no atendimento, **“(…) a enfermeira procurava saber mais como eu estava e a minha doutora não. Ela chegava e só perguntava o que estava acontecendo e pronto, mandava para casa. Já a enfermeira olhava tudo, o peito a barriga, e a médica não, né?! Só olhava os papéis e perguntava dos exames. Queria sempre uma ecografia.”** (P1), **“as enfermeiras se preocupam mais em olhar, o médico só quer saber dos sintomas, essas coisas. Eu achei melhor a consulta da enfermeira.”** (P5), **“ela era mais atenciosa, né?! Perguntava mais do que a médica. Era melhor a enfermeira. Ela esclareceu as minhas dúvidas.”** (P11). Houve também a simpatização pela assistência de enfermagem **“(…) gostei mais da enfermeira”** (P8).

Um dos determinantes de satisfação das usuárias é a comunicação entre o profissional de saúde. Considera-se que muitas vezes a atitude passiva das pacientes frente ao saber científico e a dificuldade de se expressar verbalmente suas dúvidas e inquietações somadas à natureza despersonalizada dos atendimentos dificultam a avaliação do profissional no transcorrer da consulta. A comunicação do profissional com o usuário determina consideravelmente a satisfação no atendimento. Segundo Lemme et al. (1991) o estilo de comunicação entre o usuário e o profissional de saúde pode ser de duas formas, afetivo ou de “controle”. No primeiro estilo o profissional mostra interesse no paciente, amizade, cordialidade, simpatia, desejo de ajudar, humor, o que na segunda situação não ocorre. Desta forma, o grau de satisfação e melhores respostas na conduta estão significativamente relacionados ao primeiro estilo.

Na consulta de enfermagem, em relação à consulta médica, notou-se que o fato da enfermeira conversar com a usuária, tocá-la, ser mais humana, proporcionou as mulheres uma

melhor avaliação na qualidade da assistência. Contudo a conduta médica, de passar segurança para as usuárias mostrou divisão na escolha do profissional.

#### 4.2.3.2 Orientações sobre trabalho de parto na consulta de enfermagem

Quanto às orientações recebidas pelas entrevistadas sobre trabalho de parto a grande maioria relatou que não teve orientações sobre o processo de parir na consulta de enfermagem, **“não tive nenhuma orientação a respeito do parto. (Você procurou saber?) No posto não... mais assim com a minha família, minha mãe... mas no posto não.”** (P1), **“só tive orientações na palestra e as outras orientações eu pesquisei na internet”** (P5), **“ela não falou nada comigo não”** (P7), **“não tive nenhuma orientação”** (P8). Duas das puérperas disseram que tiveram orientações: **“ela esclareceu minhas dúvidas tanto a enfermeira daqui, quanto a doutora.”** (P3), **“a enfermeira esclareceu as minhas dúvidas”** (P4), entretanto quando questionadas quais tipos de orientações receberam ambas não souberam se expressar.

Observou-se que as mulheres que não receberam as orientações referentes ao trabalho de parto, em sua maioria não expuseram na consulta os seus medos e anseios no processo de parir, muitas vezes por não se sentir à vontade para fazer tais questionamentos, por isso, as indagações foram dirigidas a outro público: **“minha família”, “minha mãe”**. Diante dessas informações, percebe-se que existe um receio do usuário frente ao profissional de saúde.

Das que receberam as orientações, partiu delas a atitude de perguntar a enfermeira e não o contrário, o que reflete o interesse da mulher pela informação e em sua personalidade questionadora na busca pelo conhecimento. As orientações recebidas pelas entrevistadas foram geradas por suas indagações, a **“dúvida”**, incerteza frente ao parto, suscitada pela racionalização do acontecimento, numa noção de realidade do fato. Como retrata Bezerra e Cardoso (2006):

“As atitudes, a maneira como a parturiente usa o seu corpo, e o modo de se comportar durante o trabalho de parto dependem das informações recebidas no pré-natal, do contexto socioeconômico e de sua personalidade.”

Quando questionadas se procuraram informações por outros meios e o que aprenderam, algumas disseram: **“eu achava que era dever delas me falar, mas como eu já tava sabendo por fora eu nem perguntei mais, porque eu já tinha recebido por fora. (...) Quando comecei a sentir contrações e dores percebi que estava entrando em trabalho de**

**parto” (P6), “eu pesquisei bastante, e acho que por isso eu fiquei mais tranquila” (P5).** Nota-se que as entrevistadas, na busca de amenizar as ansiedades referidas, procuraram outros meios para esclarecer as suas dúvidas. O fato de conversar com outras pessoas, ficar sabendo “por fora”, pesquisar na internet e perceber que ao sentir contrações regulares e dores estava entrando em trabalho de parto, evidencia que o senso comum está muito ligado a esse momento da vida da mulher. A procura por informações populares podem gerar sentimentos extremos sobre o momento do parto. A fidedignidade das informações recebidas é questionável, pois muitas vezes as fontes de informações são duvidosas (DUARTE; ANDRADE, 2008).

A satisfação do usuário está ligada a qualidade em serviços. Conforme o modelo de Avediz Donabedian (1988, 1992 apud TRONCHIN, MELLEIRO, TAKAHASHI, 2005) que divide a avaliação da assistência em três dimensões, uma delas é o processo, que propõem que a avaliação em saúde dever também pelas relações estabelecidas entre os profissionais e os usuários. Desta forma, nota-se que as falhas quanto à educação em saúde referentes ao trabalho de parto são evidentes. Serviços que antes deveriam ser oferecidos pela assistência, foram buscados por outros meios, que muitas vezes contribuem para que os mitos, crenças e cultura interfiram significativamente no viver o parto.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Através deste estudo foi possível constatar que as mulheres que planejaram a gestação eram mais seguras e interessadas pela gestação. O planejamento familiar e a união estável foram condicionantes para tais atitudes.

A procura das mulheres pela assistência e informações foram absolutas nesta pesquisa. Esses fatos evidenciam o interesse da gestante em receber orientações sobre sua nova condição de vida, a de mãe. Todavia, os esclarecimentos recebidos não foram suficientemente claros para amenizar suas dúvidas e ansiedade frente à vivência do parto.

A educação em saúde transmitida para as gestantes acontecia através de palestras e, eventualmente nas consultas de rotina. As atividades educativas se restringiam apenas a um tipo de reunião, que compreendia toda a gestação. O que, em suma, é muito pouco para abstrair todo o processo de gravidez.

A exposição de saberes em forma de palestra remete a uma educação passiva, sem participação dos ouvintes, enfadonha e com excesso de informações. Captar tudo o que é passado, em uma única manhã de reunião, satura as gestantes, a tal ponto que elas não souberam transmitir os conhecimentos referentes ao trabalho de parto que foram expostos pelos profissionais.

A insegurança e temor de questionar o profissional de saúde as impediram de sanar as suas dúvidas e, de forma passiva, muitas esperavam uma atitude do profissional em informá-las na consulta. Entretanto, como os esclarecimentos não foram dados, muitas procuram o conhecimento comum para amenizar as suas incertezas.

Apesar de muitas mulheres considerarem o atendimento de enfermagem mais humano, a falta de informações referentes ao parto as deixou inseguras em relação a essa etapa desconhecida. Notou-se que o interesse dado pelas enfermeiras nas informações sobre os sinais de trabalho de parto foi muito restrito. No imaginário cultural e popular a dor no parir é algo que causa profunda ansiedade, todavia, o que é passado para elas é que é tudo “normal”. Das púérperas estudadas, muitas relatam que não tiveram informações sobre o trabalho de parto durante as consultas de enfermagem, e das que informaram que tiveram, não souberam expressar quais foram essas orientações. Com isso, não foi possível alcançar um dos objetivos específicos deste trabalho, que pretendia levantar os conhecimentos transmitidos nas consultas e em outros procedimentos da enfermagem a respeito do trabalho de parto.

Quanto à consistência das informações oferecidas às gestantes, pode-se dizer que em todos os âmbitos, são muito superficiais. A falta de tais esclarecimentos leva as mulheres a se tornarem reféns do profissional de saúde, acatando tudo o que lhes é ordenado, de forma passiva, sem saberem ao certo o porquê de tomar tais atitudes.

O conhecimento é libertador, e a educação em saúde é o instrumento para a autonomia do usuário, levando-o a promover a saúde e a prevenir doenças. Desta forma, pode-se concluir que o conhecimento que as gestantes têm sobre o trabalho de parto são as informações comuns sobre os sinais de início de trabalho de parto, como as contrações regulares e dor.

O estudo realizado mostra que está havendo uma falha nas ações educativas durante o pré-natal, pois parece contraditório que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e freqüentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo ao vivenciar o parto.

## 6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1979;
2. BERTAUX, D. L'approche biographique: sa validité méthodologique, ses potentialités. *Cah Inte Social*. 1980; 69: p. 197-225;
3. BITTAR, O. J. N. Indiacadores de qualidade e quantidade em saúde. *Rev. Administração em Saúde*, São Paulo, v. 3, n. 12, p. 21-28, 2001;
4. BONCIANI, Rosa Dalva F. Mortalidade materna: uma análise da utilização de lista de causas presumíveis. São Paulo; 2006. 56p. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP;
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília; 2000;
6. \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição. Brasília, 2000.66p;
7. \_\_\_\_\_, Assistência Integral a Saúde da Mulher. Bases de Ação Programática, 60p. 1985;
8. \_\_\_\_\_, DATASUS. Informações de saúde. 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/ldb2007/c03.htm> Acesso em: 12 de maio de 2009;
9. \_\_\_\_\_, Senado Federal. Constituição da República federativa do Brasil. Brasília (DF): Gráfica Senado; 1998;
10. \_\_\_\_\_, Senado Federal. Nº 9263 de 12 de janeiro de 1996. Trata do planejamento familiar e de outras providências. Brasília(DF): Gráfica Senado; 1996;
11. CAGNIN, Elaise Regina G. Assistência de enfermagem à mulher do ciclo gravídico-puerperal: a realidade de Araraquara/SP. Ribeirão Preto, 2008. 158p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP;

12. COSTA, Ana Maria; GUILHEM, Dirce e WALTER, Maria Inêz Machado Telles. **Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde**. *Rev. Saúde Pública* [online]. 2005, vol.39, n.5, p. 768-774;
13. CUNHA, Margarida de Aquino. Assistência pré-natal por profissionais de enfermagem no município de Rio Branco – AC: contribuição para o estudo da atenção qualificada no ciclo grávido-puerperal. Ribeirão Preto, 2008. 159p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP;
14. DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (Coord.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 26. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007. p. 108p. (Coleção temas sociais );
15. DIAS, Claudia Novais; SPINDOLA, Thelma. Conhecimento e prática das gestantes acerca dos métodos contraceptivos. *R Enferm UERJ*. Rio de Janeiro, 2007 jan/mar; 15 (1): 59-63.
16. DOMINGUES, Rosa Maria Soares Madeira; SANTOS, Elizabeth Moreira dos e LEAL, Maria do Carmo. **Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para o debate**. *Cad. Saúde Pública*. 2004, vol.20, suppl.1, p. S52-S62;
17. DOTTO, Leila Maria G. Atenção Qualificada ao Parto: a realidade da assistência de enfermagem em Rio Branco - AC. Ribeirão Preto, 2006. 148p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP;
18. DUARTE, Sebastião Junior H. e ANDRADE, Sonia Maria O. Assistência Pré-natal no Programa Saúde as Família. *Esc Anna Nery R. Enfermagem (Revisão Crítica)*. 2006, abril; 10(1): 121-5;
19. \_\_\_\_\_. **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil**. *Saude soc.* 2008, vol.17, n.2, p. 132-139;
20. ENKIN, Murray. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, c2005. p. 279;
21. GONCALVES, Roselane; URASAKI, Maristela Belletti Mutt; MERIGHI, Miriam Aparecida Barbosa e D'AVILA, Carla Gisele. **Avaliação da efetividade da**

- assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo.** *Rev. bras. enferm.*. 2008, vol.61, n.3, p. 349-353;
22. GRIBOSKI, Rejane Antonello e GUILHEM, Dirce. **Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento.** *Texto contexto - enferm.* 2006, vol.15, n.1, pp. 107-114;
23. LAURENTI, Ruy; JORGE, Maria Helena Prado de Mello e GOTLIEB, Sabina Léa Davidson. **A mortalidade materna nas capitais brasileiras: algumas características e estimativa de um fator de ajuste.** *Rev. bras. epidemiol.* . 2004, vol.7, n.4, p. 449-460;
24. LEMME, Antonio C.; NORONHA, Gerso; RESENDE, José B.. **A satisfação do usuário em hospital universitário.** *Rev. Saúde Pública.* 1991, vol.25, n.1, pp. 41-46 .
25. LOPES, Rita de Cássia Sobreira; DONELLI, Tagma Schneider; LIMA, Carolina Mousquer e PICCININI, Cesar A.. **O antes e o depois: expectativas e experiências de mães sobre o parto.** *Psicol. Reflex. Crit.*. 2005, vol.18, n.2, p. 247-254;
26. LOWDERMILK, Deitra Leonard; PERRY, Shannon E.; BOBAK, Irene M.; THORELL, Ana. **O cuidado em enfermagem materna.** 5. ed Porto Alegre Artmed, 2002. p. 928;
27. MACDONALD, M.; STARRS, A. La atención calificada durante el parto. Recomendaciones para política. New York: Family Care Internacional, 2003b;
28. MARTINELLI, Maria Lúcia (Coord.). **Pesquisa qualitativa: um instigante desafio.** São Paulo, SP: Veras, 1999. p. 143. (Núcleos de pesquisa);
29. MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 9. ed São Paulo, SP: Hucitec, 2006. p. 406. (Saúde em Debate ; 46);
30. MOURA, Escolástica Rejane Ferreira; HOLANDA JR., Francisco e RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. **Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil.** *Cad. Saúde Pública* . 2003, vol.19, n.6, p. 1791-1799;
31. MOURA, Escolástica Rejane Ferreira e RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. **Comunicação e informação em Saúde no pré-natal.** *Interface (Botucatu)* [online]. 2003, vol.7, n.13, p. 109-118;

32. OLIVEIRA, Maria Waldenez de. **Gravidez na adolescência: Dimensões do problema.** Cad. CEDES. 1998, vol.19, n.45, p. 48-70;
33. PISCO, Luis. A avaliação como instrumento de mudança. *Ciência & Saúde Coletiva* 11 (3): 564-576, 2006;
34. POLIZER, Regiane e D'INNOCENZO, Maria. **Satisfação do cliente na avaliação da assistência de enfermagem.** *Rev. bras. enferm.* 2006, vol.59, n.4, p. 548-551;
35. POPE, Catherine; MAYS, Nicholas. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde.** 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2005. p. 118;
36. RIBEIRO, José Mendes; COSTA, Nílson do Rosário; PINTO, Luiz Felipe da Silva e SILVA, Pedro Luiz Barros. **Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo.** *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004, vol.20, n.2, p. 534-545;
37. RIOS, Claudia Teresa Frias e VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* . 2007, vol.12, n.2, p. 477-486;
38. SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme e LAGO, Tania di Giacomo do. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** *Cad. Saúde Pública* . 2004, vol.20, n.5, p. 1281-1289;
39. SCHWARCZ, Ricardo. **Saúde reprodutiva materna perinatal: atenção pré-natal e do parto de baixo risco.** Montevideu: Organização Mundial de Saúde, 1996, p. 102;
40. TRONCHIN, Dayse M. R.; MELLEIRO, Marta M.; TAKAHASHI, Regina T. A Qualidade e a Avaliação dos Serviços de Saúde e de Enfermagem. Gerenciamento de Enfermagem. In: KURCGANT, Paulina (Coord.). **Gerenciamento de Enfermagem.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005, p. 75-88;
41. UCHIMURA, Kátia Y.; BOSI, Maria Lúcia M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços em saúde. *Cad Saúde Pública* 2002 nov-dez; 18(6): 1561-9;

42. WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO. *Maternal mortality in 2000: estimates developed by WHO, UNICEF and UNFPA*. Geneva: WHO, 2003.





**APÊNDICES**



## APÊNDICE A

## ROTEIRO DE ENTREVISTA

**OBJETIVOS:**

## GERAL :

Analisar o nível de conhecimento adquirido pelas usuárias durante o processo da assistência pré-natal prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

## ESPECÍFICOS:

- Levantar os conhecimentos transmitidos nas consultas de enfermagem a respeito de trabalho de parto;
- Avaliar a consistência das informações oferecidas por estes profissionais e sua capacitação em educação em saúde.

## IDENTIFICAÇÃO

Idade:

Cor: ( ) Branca ( ) Parda ( ) Negra

Estado Civil: ( ) Casada ( ) Solteira ( ) Separada ( ) União estável

Naturalidade:

Residência/Procedência:

Escolaridade:

Profissão:

1. Sua gravidez foi planejada? Justifique.
2. Assim que você descobriu a sua gravidez você procurou a assistência pré-natal? Por quê?
3. Em sua opinião, qual foi o profissional mais atuante no acompanhamento da sua gestação? Por quê?
4. Você participou das atividades educativas disponibilizadas no CS em sua gestação? Por quê? Descreva.

5. Durante a gestação você tinha medo do momento do parto?
6. Na consulta de enfermagem você teve orientações sobre o trabalho de parto? Descreva.
7. Ao receber essas orientações amenizou as suas ansiedades sobre o processo do parto?
8. Conte-me o que você aprendeu, depois dessas orientações, sobre o trabalho de parto e parto.

## APÊNDICE B

## TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A senhora está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: **“Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelas gestantes sobre trabalho de parto durante a assistência pré-natal”**, que tem como objetivo geral analisar o nível de conhecimento adquirido pelas usuárias durante o processo da assistência pré-natal prestada pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta pesquisa é importante para avaliar a qualidade da assistência de enfermagem, pois visa levantar os conhecimentos transmitidos nas consultas de enfermagem a respeito de trabalho de parto e avaliar a consistência das informações oferecidas por estes profissionais e sua capacitação em educação em saúde.

Sua participação será por meio da concessão de entrevista, com a duração de no máximo 15 minutos, respondendo questões planejamento da gravidez, expectativa do parto, educação em saúde, suas dúvidas sobre a gestação foram sanadas no decorrer das consultas, conhecimentos sobre o parto e avaliação das consultas realizadas no pré-natal. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do DF – SES/DF e lhe garantimos os direitos abaixo relacionados:

- 1) Solicitar, a qualquer momento, maiores esclarecimentos sobre esta pesquisa, através dos telefones: - CEP/SES/DF: 61- 325.4955; Clarice Maciel Lucio: 61-32633739 ou 91150509; Lidiane de Lira Santos: 61-81364632.
- 2) Segredo absoluto sobre nomes, local de trabalho, residência e quaisquer outras informações que possam levar à identificação pessoal e da instituição a qual pertence;
- 3) Ampla possibilidade de negar-se a responder a quaisquer questões ou a fornecer informações que julgar prejudicial à sua integridade física, moral e social;
- 4) Solicitar que parte das falas e/ou declarações não seja incluída em nenhum documento oficial, o que será prontamente atendido;
- 5) Desistir, a qualquer tempo, de participar da pesquisa.

Os resultados da pesquisa serão publicados em jornais e revistas científicas, apresentados em eventos científicos e para equipes técnicas e de gestores da SES-DF para que possam ser utilizados no planejamento, organização e adequação da assistência de enfermagem. Uma cópia deste termo permanecerá com o Sra. e a outra ficará arquivada, juntamente com os demais documentos da pesquisa, com o pesquisador responsável na sala 113, Bloco S, Direção do Curso de Enfermagem, Universidade Católica de Brasília – Campus I, Q.S 07 lote 01, EPCT – Águas Claras, Taguatinga/DF.

Brasília-DF, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2009.

Participante: \_\_\_\_\_

Assinatura do pesquisador responsável:

---

Prof. Esp. Clarice Maciel Lucio

## APÊNDICE C

## REQUERIMENTO PARA PARECER

Ao

Comitê de Ética em Pesquisa

Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

Senhor (a) Coordenador (a),

Clarice Maciel Lúcio, residente na SQN – 408 Bl. I Aptº 102, docente do curso de enfermagem da Universidade Católica de Brasília, pesquisadora responsável pelo projeto de pesquisa “**Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelas gestantes sobre trabalho de parto durante a assistência pré-natal**”, vem requerer a V.S.ª a revisão ética e científica do projeto de pesquisa mencionado, a ser desenvolvido pela graduanda de Enfermagem da UCB, Lidiane de Lira Santos, no Centro de Saúde nº 02 da Ceilândia - Sul, da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, no período de \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ a \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

Nestes termos,

Pede deferimento.

Brasília, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de \_\_\_\_.

---

Clarice Maciel Lúcio



## APÊNDICE D

## TERMO DE CONCORDÂNCIA

A chefia do Centro de Saúde nº 02 da Ceilândia está de acordo com a realização, neste serviço, da pesquisa intitulada: **Avaliação dos conhecimentos adquiridos pelas gestantes sobre trabalho de parto durante a assistência pré-natal**, de responsabilidade da pesquisadora Clarice Maciel Lúcio, para aprovação da graduanda Lidiane de Lira Santos no curso de graduação em enfermagem da Universidade Católica de Brasília, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal – CEP – SES/DF.

O estudo envolve análise da assistência pré-natal através de entrevista com as puérperas participantes do pré-natal no centro de saúde. A pesquisa tem duração de 1(um) semestre, com previsão de início para julho de 2009.

Brasília, \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Diretor (Chefe): \_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora Responsável: \_\_\_\_\_



**ANEXO**



ANEXO A