

## Representações Sociais de puérperas acerca do Pré-Natal

**Carla Rosane Ouriques Couto<sup>1</sup>.**

**Bárbara Ávila Chagas da Silva.<sup>2</sup>**

**Camila Quelho Rossi<sup>3</sup>**

**Letícia Ávila de Souza<sup>4</sup>**

**Isadora Ávila Chagas da Silva<sup>5</sup>**

### Resumo

**Objetivo:** A assistência pré-natal pode ser considerada um processo de constante aperfeiçoamento que busca sempre, através de manuais e instruções padronizadas, uma assistência de qualidade e humanizada visando a saúde da gestante e do bebê, sendo um fator importante na redução da mortalidade materna e perinatal, visto que muitas patologias no período gravídico-puerperal podem ser tratadas e/ou controladas. Diante disso, destaca-se o objetivo do presente estudo que foi conhecer as percepções por parte das puérperas a respeito da importância dada a essa assistência e a qualidade do atendimento. Trata-se de pesquisa de caráter descritivo, transversal com abordagem qualitativa, amparada na Teoria das Representações Sociais a partir da análise dos Discursos Coletivos. **Métodos:** Estudo qualitativo, descritivo. A amostra foi constituída por 25 mulheres escolhidas de forma não probabilística e intencional, sendo estas puérperas maiores de 18 anos, na cidade de Poços de Caldas-MG. Aplicou-se uma entrevista individual semiestruturada. A tabulação dos dados ocorreu por meio da utilização de três figuras metodológicas: idéia central, expressões chave e o discurso do sujeito coletivo. **Resultados:** Foi demonstrado o conhecimento por parte das puérperas acerca da importância do pré-natal. **Conclusão:** tem-se falha no atendimento humanizado, sendo este o ponto que mais necessita de aperfeiçoamento baseado nos princípios que o Ministério da Saúde preconiza.

**Palavras chaves:** pré-natal, pesquisa qualitativa, puérpera, representação social

<sup>1</sup> Médica pela Universidade Federal de Santa Maria

Mestre em Psicologia Social pela UFPB

<sup>2</sup> Médica pela Universidade José do Rosário Vellano

<sup>3</sup> Médica pela Universidade José do Rosário Vellano

<sup>4</sup> Acadêmica do 5º ano de Medicina na Universidade José do Rosário Vellano

<sup>5</sup> Acadêmica do 3º ano de Medicina na Universidade José do Rosário Vellano

### Abstract

Objective: Prenatal care can be considered a process of constant improvement that always seeks, through standardized manuals and instructions, a quality and humanized assistance aimed at the health of the pregnant woman and the baby, being an important factor in the reduction of maternal mortality And perinatal, since many pathologies in the pregnancy-puerperal period can be treated and / or controlled. Therefore, the objective of the present study was to know

the perceptions of the puerperae about the importance given to this assistance and the quality of care. It is a descriptive, cross-sectional research with a qualitative approach, supported by the Theory of Social Representations based on the analysis of Collective Discourses. Methods: Qualitative, descriptive study The sample consisted of 25 women chosen in a non-probabilistic and intentional way, being these women over 18 years of age, in the Poços de Caldas . A semi-structured individual interview was applied. A Tabulation of the data occurred through the use of three figures Methodologies: central idea, key expressions and subject discourse Collective Results: It was demonstrated the knowledge of the puerperae about the importance of prenatal care. Conclusion: there is a lack of humanized care, which is the point that most needs improvement based on the principles that the Ministry of Health advocates.

**Key words:** Pre –natal, Qualitative research, Postpartum, Social representation

## **INTRODUÇÃO**

A gestação é uma das mais delicadas e importantes fases do ciclo de vida das mulheres e suas famílias. Euforia, medo, dúvidas, curiosidade são esses os sentimentos presentes em todas as mulheres ao, repentinamente, se descobrirem gestantes <sup>1</sup>. Além das transformações nos diversos sistemas de seu organismo e mudanças físicas, também são necessários cuidados para com o novo ser a se formar de maneira tão rápida, mas demorada para quem o aguarda.

No contexto brasileiro, Fernando de Magalhães, em 1911, foi quem se consagrou como a primeira figura pública a preocupar-se com a assistência às gestantes, ao fundar a Escola Obstétrica Brasileira<sup>2</sup>. Cerca de duas décadas após, Raul Briquet criou a assistência Pré-Natal <sup>3</sup> e somente em 1982, a Organização Mundial de Saúde (OMS) define a saúde da gestante como “a sensação de bem-estar físico, psíquico e social dentro das condições especiais da grávida”.

O apoio da OMS foi fundamental para a sistematização de uma proteção ao Pré-Natal e à maternidade, visando não apenas competências técnicas, mas também sensibilidade para compreender e criar vínculo com a gestante, a fim de proporcionar uma gravidez segura e reduzir mortalidades materna e infantil <sup>4</sup>.

A partir daí o Ministério da Saúde entra em ação e em 1984, divulga o PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – abrangendo tanto “parto assistido e conceito vivo” quanto ações educativas, cobertura e qualidade das ações do Pré-Natal, parto e puerpério. Todos os programas anteriores ao PAISM tinham como foco apenas o atendimento à mulher, exclusivamente para o período gravídico-puerperal <sup>5</sup>.

O PAISM foi constituído por um conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que poderiam trazer riscos para a saúde da gestante e do conceito<sup>6</sup>. Ao divulgar tal programa, o Ministério da Saúde também elaborou um documento definindo os mínimos procedimentos para o atendimento às gestantes no Pré-Natal: captação da gestante na comunidade, controles periódicos, contínuos e extensivos à

população alvo, garantir agendamento das consultas, reuniões educativas, área física adequada, equipamento e instrumental mínimo e apoio laboratorial<sup>7</sup>.

Em 1988, o Ministério da Saúde (MS) publicou o primeiro Manual de Assistência Pré-Natal objetivando garantir um acompanhamento Pré-Natal para atender às necessidades da gestante<sup>8</sup>. Assim como afirma neste documento: “Após a confirmação da gravidez, se dá o início ao acompanhamento da gestante pelo médico, enfermeira e nutricionista; nesse momento a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento Pré-Natal, bem como as seqüências das consultas, reuniões educativas e visitas domiciliares”<sup>9</sup>.

Para melhora e reafirmação da assistência Pré-Natal foi instituído pela Portaria nº. 569, de 01 de junho de 2000, pelo MS, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN). Além de organizar e regulamentar o Pré-Natal no Sistema Único de Saúde, esse programa teve o objetivo de desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência à saúde em gestantes e recém-nascidos. Tinha por objetivo maior promover o acesso, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal<sup>9</sup>.

Essas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor. Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas como ponto de referência, parecia indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar os obstáculos já conhecidos, mas ainda não vencidos.<sup>10</sup>

Posteriormente, seguiram-se com o aperfeiçoamento da temática a partir da publicação da quarta edição revisada e ampliada do Manual Técnico de atenção ao pré-natal e ao puerpério, com a finalidade de oferecer referência para a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde, considerando as evidências científicas atuais e as recomendações da OMS<sup>11</sup>

Desse modo, os objetivos universais da assistência pré-natal podem ser resumidos em três grandes tópicos: a) prevenir, identificar e/ou corrigir as condições maternas e fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo os fatores socioeconômicos e emocionais, além das intercorrências clínicas e/ou obstétricas; b) instruir a paciente sobre a gestação, o trabalho de parto, o parto, a amamentação e o atendimento ao recém-nascido, além de orientar sobre os hábitos que podem melhorar as suas condições de saúde; c) incentivar o suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a têm sob seu cuidado, especialmente na primeira gestação, proporcionando à paciente uma melhor adaptação à gravidez e aos desafios que enfrentará ao criar uma família<sup>12</sup>

Nos dias atuais, com o crescente aumento do hábito da automedicação, torna-se fundamental a orientação quanto aos efeitos nocivos das drogas, lícitas ou ilícitas, sobre o binômio materno fetal, principalmente no início da gestação<sup>13-15</sup>

Quanto ao período pós-parto, além dos cuidados rotineiros para a recuperação orgânica materna e as orientações sobre os cuidados com o recém-nascido, é fundamental o apoio psicológico à puérpera. O risco de ocorrência de distúrbios psíquicos no puerpério é maior do que em qualquer outra fase da vida das mulheres<sup>16,17</sup>. É, também, indiscutível a importância do apoio ao início e à manutenção da amamentação. Esse aconselhamento deve se iniciar idealmente já na gestação e enfatizar os efeitos benéficos da amamentação sobre a saúde materna e sobre a evolução do recém-nato a curto, médio e longo prazo<sup>11</sup>

Assim, sendo um dos principais indicadores da qualidade da atenção básica em saúde<sup>18</sup>, o Pré-Natal, deve acompanhar completamente uma gestante. Tal suporte foi padronizado da seguinte forma: “realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4º mês de gestação, garantindo os seguintes procedimentos: realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação; realização de uma consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento; realização dos seguintes exames laboratoriais: ABO - Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; sumário de urina, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e um na 30ª semana da gestação; HB/Ht, na primeira consulta; oferta de testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta”<sup>19</sup>.

No entanto, tendo o SUS por objetivo atender baseado em seus princípios (integralidade, equidade, universalidade, regionalização, hierarquização e participação social), a assistência deve ser ampla. Para que assim, além de um amparo técnico, a mulher se sinta acolhida e confiante nos serviços e programas que participa<sup>20</sup>

O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

11

A assistência pré-natal, portanto, é um fator importante na redução da mortalidade materna e perinatal, visto que muitas patologias no período gravídico-puerperal podem ser tratadas e/ou controladas, evitando-se efeitos danosos, já que um pré-natal de qualidade, certamente, orientará no

sentido de se evitar problemas específicos do parto ou mesmo cuidados imediatos ao recém-nascido, além daqueles do período puerperal.<sup>10</sup> Um acompanhamento Pré-Natal efetivo evita 92% das causas de morte materna<sup>21</sup>.

No entanto, em um estudo foi verificado que em 78,8% das mulheres que realizaram assistência Pré-Natal houve falha na verificação oportuna de fatores de risco para tomada de decisões e evitar óbitos, sendo então caracterizado como um Pré-Natal de baixa qualidade<sup>22</sup>.

A insatisfação na prestação de serviços reflete a elevação na taxa de mortalidade materna<sup>23</sup>, a gestação é afetada quando o próprio sistema de saúde fracassa fazendo com que a qualidade da assistência não seja satisfatória, uma vez que recursos materiais, estruturais e humanos não atendem à sua função, que é preservar a vida, ameaçando a vida da mãe e do filho<sup>24</sup>.

A relação entre os profissionais de saúde e mulheres tem grande influência na resolubilidade do serviço. Estudos comprovam que alguns profissionais não explicam os procedimentos realizados durante o Pré-Natal, e sem o conhecimento básico, as gestantes acabam por não saber a relevância dessa assistência para a garantia da sua saúde e de seu bebê. O diálogo é essencial não apenas para esse fim, como também para garantir os princípios do SUS e desvincular a consulta de uma competência basicamente técnica<sup>18</sup>.

Além da má qualidade observada, muitas vezes ocorre uma inadequação no processo da assistência Pré-Natal. Esse desajuste é influenciado por fatores como nível de escolaridade materna baixa, alta paridade, baixa renda familiar, ocupação manual não qualificada, ausência de companheiro e a qualidade dos próprios atendimentos em serviços públicos<sup>25</sup>.

Outro ponto importante é o atendimento multidisciplinar, de acordo com a Lei do Exercício Profissional e o Decreto no 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro especializado, habilitado ou capacitado nessa área<sup>26</sup>. Entretanto as condições precárias da unidade básica de saúde e o acúmulo de funções, tanto administrativa quanto assistencial, além da falta de conhecimento dos aspectos legais, tem resultado em omissão e descuido quanto à preferência da Consulta de Enfermagem como atividade específica da enfermeira na atenção básica de saúde da mulher na fase reprodutiva ou ginecológica<sup>27</sup>. Conseqüentemente, há uma falha na atenção de baixo risco e uma desatenção com a gestante.

Persistem propostas de melhora e reafirmação da assistência Pré-Natal, o que demonstra que todas as medidas até hoje tomadas, não tiveram 100% de eficácia. A mortalidade materna continua em índices elevados, atualmente em 69 mães por 100 mil nascidos vivos. A mortalidade materna diminuiu 45% globalmente, entre 1990 e 2013, em que os números mostram 33 mortes maternas a cada hora, aproximadamente 800 por dia. No Brasil, o índice 69/100 mil representa quase o dobro da meta assumida nos Objetivos do Milênio: chegar ao máximo de 35 mortes a cada 100 mil nascimentos em 2015<sup>28</sup>.

Com relação à mortalidade infantil, ou seja, a morte de crianças com menos de 5 anos de idade, os Objetivos do Milênio esperavam uma redução de dois terços, entre 1990 e 2015. Esse índice caiu cerca de 77% nos últimos 22 anos no Brasil. Pelo “Relatório de Progresso 2013 sobre o Compromisso com a Sobrevivência Infantil: Uma Promessa Renovada”, a taxa de 62 mortes por 1000 nascidos vivos em 1990, passou para 14 mil nascidos vivos<sup>29</sup>.

Assim, diante deste cenário em que o pré-natal pode ser considerado um processo de constante aperfeiçoamento que busca sempre, através de manuais e instruções padronizadas, uma assistência de qualidade e humanizada visando a saúde da gestante e do bebê, este trabalho tem como objetivo analisar as percepções por parte das puérperas a respeito da qualidade do atendimento e a importância dada a essa assistência.

## **METODOLOGIA**

Trata-se de pesquisa de caráter descritivo, transversal com abordagem qualitativa, amparada na Teoria das Representações Sociais a partir da análise dos Discursos Coletivos.

### **1. Referencial teórico**

O presente estudo configura-se como abordagem qualitativa do tipo descritivo, no qual serão analisadas as Representações Sociais das participantes, a partir da Análise dos Discursos Coletivos.

A Teoria das Representações Sociais (TRS) apresenta grande aderência aos objetos de estudos na área de saúde, uma vez que ela consegue apreender os aspectos mais subjetivos que permeiam os problemas inerentes a essa área. As Representações Sociais elaboradas por Moscovici apresentam duas funções: convencionalizam os objetos, pessoas ou acontecimentos que encontram e são prescritivas, ou seja, se impõem sobre nós de uma forma irresistível<sup>30</sup>.

De Freud, Moscovici resgatou a ideia de que os processos inconscientes determinam a produção dos saberes sociais. A Teoria das Representações Sociais trata de operacionalizar o pensamento social em sua dinâmica e sua diversidade. Moscovici nos permite trabalhar a historicidade do espaço, suas formas e seus conteúdos, e a objetivação, classificar, recortar e compreender a descontextualização dos discursos e ideologias<sup>30</sup>.

Existem universos familiares e não-familiares. Nos universos familiares, não há conflito, fazendo com que as pessoas queiram ficar; tal universo é denominado por Moscovici de universo consensual. Nesse universo, tudo o que é dito ou feito, confirma as crenças e as interpretações adquiridas. Em geral, a dinâmica das relações é uma dinâmica de familiarização em que os objetos, pessoas e acontecimentos são compreendidos previamente. Já o universo não-

familiar, as ideias ou as ações perturbam e causam tensão. A tensão entre o familiar e o não-familiar é sempre estabelecida em nossos universos consensuais, em favor do primeiro<sup>30</sup>.

O objetivo do método é encontrar a verdade. Cabe ao pesquisador, discernir quais dos métodos podem ser mantidos com plena responsabilidade e, qual deve ser abandonado, numa época de mudanças, tanto intelectual como sociais, sem precedentes<sup>31</sup>.

Para conhecer e descrever a importância dada ao Pré-Natal, sob o referencial das RS, o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) constituirá no método escolhido para a construção dos significados, permitindo a aproximação com o fenômeno em estudo.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) é uma proposta de tabulação e organização de dados qualitativos, a qual visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso. Consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos, permitindo através de procedimentos sistemáticos e padronizados, agregar depoimentos sem reduzi-los a quantidades<sup>32</sup>.

É necessário extrair de cada um deles, as Expressões Chave, Ideias Centrais ou Ancoragens, a partir dos quais construir-se-á um ou vários discursos-síntese. As Expressões-Chave são trechos mais significativos das respostas. A essas Expressões Chaves correspondem Ideias Centrais, que são a síntese do conteúdo discursivo manifestado nas Expressões Chave. Constroem-se então os Discursos-Síntese, em primeira pessoa do singular, que são os DSCs, onde o pensamento de um grupo ou coletividade aparece como se fosse um discurso individual<sup>32</sup>.

## **2. Cenário do estudo**

O presente estudo será desenvolvido nos ambulatórios de Ginecologia e Obstetrícia vinculados com a Universidade José do Rosário Vellano, na cidade de Poços de Caldas – MG, que se caracteriza como centro dedicado à prestação de serviços à comunidade, ao desenvolvimento científico-tecnológico e ao aprimoramento do ensino, pesquisa e extensão enquanto cenário de prática do Curso de Medicina da UNIFENAS, campus Alfenas.

## **3. População e amostra**

O presente estudo terá como população, puérperas usuárias do serviço público, frequentadoras do Pré-Natal nos ambulatórios da cidade de Poços de Caldas – MG, vinculados à formação de graduação médica da Unifenas, de Alfenas.

A amostra será constituída por 25 mulheres, sendo estas puérperas, maiores de 18 anos, que já realizaram 6 consultas de Pré-Natal ou mais. A amostragem será do tipo intencional e não probabilística. Nesta, os conhecimentos do pesquisador sobre a população e seus elementos são

utilizados para selecionar, intencionalmente, a mais ampla variedade possível de entrevistados. Vale ressaltar que está dentro dos padrões recomendados pelo Comitê de Ética.

#### **4. Procedimentos de coleta**

Para obtenção dos dados desta pesquisa selecionaremos de forma não probalística e intencional 25 mulheres, sendo estas puérperas com no máximo 60 dias decorridos da data do parto, frequentadoras dos ambulatórios de Poços de Caldas - MG. Em dias aleatórios iremos ao ambulatório de ginecologia e obstetrícia, onde abordaremos as puérperas presentes que já estarão com a consulta agendada previamente. Então faremos um primeiro contato, no qual explicaremos o objetivo da pesquisa. Caso a participante aceite colaborar na pesquisa, iremos direcioná-la para um recinto isolado e confortável, onde aplicaremos o questionário. Este será semiestruturado composto de duas perguntas, que serão gravadas e transcritas na íntegra.

Os dados serão coletados pelos pesquisadores do estudo. As estratégias utilizadas para a coleta serão as seguintes:

- O agendamento já terá sido realizado previamente pela gestante através da sua consulta de Pré – Natal ou puerpério;
- As entrevistas serão realizadas no ambulatório de ginecologia e obstetrícia vinculado com a UNIFENAS em Poços de Caldas - MG, em recinto isolado para que seja evitada a exposição das entrevistadas e de forma a não interferir na sua consulta, preferencialmente sendo realizadas pós consulta;
- Antes do início da entrevista, a respondente tomará ciência dos objetivos do estudo, do instrumento a ser aplicado, da gravação da entrevista e do anonimato; além disso, as participantes serão elucidadas à cerca dos riscos e dos benefícios, os quais constarão no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por eles.
- Os pesquisadores entendem como riscos possíveis o constrangimento das participantes ao criticarem ou analisarem o serviço que utilizam; sentimentos negativos ao relatarem experiências negativas em seu cuidado; sentimentos outros relativos ao período de maior vulnerabilidade emocional e física que caracteriza o puerpério e o final da gestação. Tais situações serão prevenidas pela condução delicada e cuidadosa da entrevista, e pelo encaminhamento devido de participantes identificadas em situação de risco para saúde física e emocional, enquanto mãe ou relativa ao bebê, no caso das puérperas. Como benefícios serão orientadas quanto ao objetivo da pesquisa, de melhorar a qualidade do serviço ofertado, bem como oportunidade da participante refletir e elaborar as situações vividas durante o processo de pré-natal. A confiabilidade será reforçada considerando a relação da participante com o serviço.

- Esclarecimento de outras dúvidas, se necessário;
- Assinatura do TCLE pelo participante, após a sua anuência.

É importante salientar que a coleta de dados se dará após a submissão do trabalho na Plataforma Brasil e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade José do Rosário Vellano, Alfenas – MG. Segundo a Resolução 196/86, as fitas que estarão gravadas apenas o áudio pra resposta, permanecerão arquivadas por um período de cinco anos, e sob a responsabilidade do pesquisador, a fim de assegurar a confidencialidade, o anonimato das informações, a privacidade e a proteção da imagem dos respondentes, garantindo-se que as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo de qualquer natureza, para as integrantes do estudo.

## 5. Tratamento dos dados

No presente estudo serão utilizados dois instrumentos: um instrumento de caracterização da amostra (APÊNDICE A) e um roteiro de entrevistas semiestruturadas formada por duas perguntas abertas relacionadas com o tema: a importância dada ao Pré-Natal pelas gestantes e puérperas (APÊNDICE B).

Para a análise dos dados utilizar-se-á o DSC, redigido na primeira pessoa do singular, composto por Expressões Chaves (ECH) que tiveram as mesmas Ideias Centrais (IC) e mesma Ancoragem (AC), obedecendo-se rigorosamente a ordem das seguintes etapas:

**1ª etapa:** as respostas das questões serão ouvidas várias vezes, e só após se ter uma ideia geral e melhor compreensão do discurso é que será feita a transcrição literal delas.

**2ª etapa:** leitura total das respostas de cada um dos entrevistados, seguida da leitura separada de todas as respostas para a questão analisada.

**3ª etapa:** transcrição das respostas para a questão 1 no Instrumento de Análise do Discurso 1 (IAD1), marcar as ECH em itálico, e indicar as ideias centrais, que representarão a descrição das ECH e não a sua interpretação. Mesmo procedimento para todas as questões.

**4ª etapa:** preenchimento do Instrumento de Análise do Discurso 2 (IAD2), que reunirá separadamente cada ideia central com as suas respectivas ECH .

**5ª etapa:** extração do tema de cada uma das perguntas, agrupando-se ao mesmo a suas respectivas ICs, os sujeitos, representados pelo número de entrevistados, e as frequências de ideias por meio de quadros. Finalmente, construção dos DSC separadamente de cada ideia central, com as suas respectivas ECH.

## 6. Aspectos Éticos Da Pesquisa

A autonomia dos participantes do estudo será respeitada pela livre decisão de participar da pesquisa, após o fornecimento das orientações que subsidiarão a sua decisão. O Termo de

consentimento da Instituição (APÊNDICE C) confirma a autorização da instituição para sua participação. O Termo de Consentimento Informado (APÊNDICE D) oficializará a decisão dos participantes do estudo de maneira livre e espontânea.

Respeitar-se-á os valores culturais, sociais, morais e éticos, os hábitos e costumes dos participantes. Serão previstos procedimentos que assegurem a confidencialidade, o anonimato das informações, a privacidade e a proteção da imagem dos respondentes, garantindo-se que as informações obtidas não serão utilizadas em prejuízo, de qualquer natureza, para os integrantes do estudo.

Finalmente, evidencia-se que este estudo seguirá os preceitos estabelecidos pela Resolução nº 196/96 de 10/10/96 do Ministério da Saúde, obtendo autorização do Comitê de Ética da Universidade José do Rosário Vellano.

## RESULTADOS

Ao abordar as puérperas com a pergunta: “Qual importância do Pré-Natal na sua gestação?” , as ideais centrais, as palavras-chave e os discursos do sujeito coletivo encontrados foram (palavras-chave em negrito)

Ideia central: **Avaliação da vitalidade fetal** (36%)

DSC 1: “Achei muito importante o *acompanhamento* dele, que ele tava *desenvolvendo*” .. “quantos *quilos* que ele ta e se ta tudo certo” .. “toda vez que a gente vai lá eles olham o *coraçõzinho*” .. “pra saber se ta bem o *neném* ou não”

Ideia central: **Saúde materna** (28%)

DSC 2: “eu acredito que seja fundamental, porque é uma *chance*, se você não está em dia com a sua *saúde*, é uma chance de você *rastrear*” .. “eu descobri que eu tenho uma *doença* que passou pra ela”

Ideia central: **Aprendizado materno** (20%)

DSC 3: “eu achei muito importante, porque eu sou mae de *primeira* viagem, então muitas *duvidas* que eu tive eu tirei no *pre-natal*” .. “você *aprende* muito” .. “foi muito importante as *orientações*”

Ao abordar as puérperas com a pergunta : “Como foi seu pré-natal em relação a qualidade do atendimento? Pontos positivos e negativos “, as ideais centrais, as palavras-chave e os discursos do sujeito coletivo entrados foram (palavras-chave em negrito)

Ao abordar as puérperas com a pergunta: “ Como foi seu pré-natal em relação a qualidade do atendimento? Pontos positivos e negativos” , as ideais centrais, as palavras-chave e os discursos do sujeito coletivo encontrados foram (palavras-chave em negrito)

Ideia central: **Bom atendimento** (64%)

DSC 4: “E o ponto positivo é que eu fui *bem* atendida” .. “As pessoas que me atenderam me atenderam muito bem” ... “Tive um *ótimo* acompanhamento, a médica já ficou extremamente *preocupada*, eu acho que só positivo, pelo *cuidado*. Só se a mãe não quiser cuidar mesmo, porque *assistência* tem” ... “então tudo que eu precisei, tanto a *doutora*, quanto a *enfermeira*, quanto os outros *auxiliares*, fizeram tudo a tempo e hora pra me ajudar” ... “O que eles puderam *ajudar*, *atenção*, nossa.. ate de 10, a nota ate seria mais” ... “A qualidade foi boa, porque o *profissional* la era bom, se precisasse de alguma coisa era so ir que eles atendiam a gente” ... “A medica lá do hospital da zona leste ela é bem *preparada*, boa pra atender as pessoas” ... “Por ser *público*, geralmente falam que é um atendimento baixo, mas onde eu passei a doutora foi muito boa, foi num PSF, foi muito bom pra mim” ... “ você sente que você pode contar com eles”

Ideia central: **Realização de exames eficaz** (28%)

DSC 5: “A qualidade foi ótima, fiz todos os exames”... “fiz os ultrassons, rapidinho foi marcado”...“ultrassom, ela pediu eu fiz ultrassom morfológico. Da outra vez eu não tive, nesse eu fiz”... “ela tava adiantada com os exames, sempre um passo na frente, cuidando mesmo”... “ Fiz os exames tudo certinho primeiro, depois repetiu os exames de novo, repetiu tudo certinho, dai foi tudo bem lá”

Ideia central: **Falta de qualidade médica** (24%)

DSC 6: “O ponto negativo é que falta *comunicação*, porque a gente vai em busca de *solução* e as vezes a gente sai com mais *duvidas* do que chegou. Acho que isso cabe mais a *capacitação* do medico mesmo, de ta se *relacionando* melhor com a gente” ... “faltou mais assim, ela respondia o que eu perguntava, mas faltou assim um pouco de *comunicação*, mais *abertura* da parte da médica” ... “Eu acho que a medica em si não tem *preparação*. Eu acredito que o certo, seria a gestante passar com um *Ginecologista*” ... “eu esperava mais do *atendimento*. Muitas vezes eu precisava da médica e não conseguia” ... “faltou *empenho* dela”

Ideia central: **Demora na realização de exames** (20%)

DSC 7: “no PSF as coisas são mais *lentas*, é a única coisa que *atrapalha*. *Demorava* mais ultrassom, exame, qualquer coisa que precisasse”... “demora da questão dos *ultrassons*, tanto é que eu fiz só um, pela *lonjura*” ... “, quase que não deu tempo de fazer o *segundo*” ... “Eu só não gostei porque eu fiz só um ultrassom pelo sus, não deu tempo de fazer o outro. Ai eu não sabia com quantos *quilos* ela tava, como ela tava, então eu achei *chato*”

#### ACHO QUE DEVERIA RETIRAR ESSA TABELA

Tabela 1. Relação idade, escolaridade, número de consultas, raça e puerpério das puérperas entrevistadas em ambulatórios de Poços de Caldas – MG, 2015.

	Idade	Escolaridade	Nº consultas	Raça	Puerpério
1	29	Ensino Médio completo	9	Branca	10 dias
2	39	Ensino Fundamental completo	6	Branca	15 dias
3	25	Ensino Médio incompleto	13	Negra	10 dias
4	23	Ensino Fundamental incompleto	10	Branca	11 dias
5	30	Ensino Médio completo	9	Branca	9 dias
6	26	Ensino Médio completo	12	Parda	10 dias
7	37	Ensino Médio completo	9	Negra	8 dias
8	20	Ensino Fundamental incompleto	10	Negra	7 dias
9	23	Ensino Médio completo	8	Branca	10 dias
10	29	Ensino Médio completo	12	Branca	7 dias
11	18	Ensino Fundamental completo	8	Branca	9 dias
12	31	Ensino Médio completo	10	Negra	9 dias
13	26	Ensino Médio incompleto	12	Branca	7 dias
14	23	Ensino Fundamental incompleto	10	Branca	13 dias
15	21	Ensino Médio completo	13	Branca	9 dias
16	24	Ensino Fundamental completo	13	Branca	10 dias
17	18	Ensino Fundamental completo	9	Parda	8 dias
18	21	Ensino Fundamental incompleto	8	Branca	7 dias
19	38	Ensino Fundamental incompleto	6	Branca	10 dias

20	21	Ensino Médio completo	9	Negra	8 dias
21	37	Ensino Médio completo	9	Parda	8 dias
22	29	Ensino Médio completo	12	Branca	7 dias
23	31	Ensino Médio completo	10	Branca	9 dias
24	25	Ensino Fundamental incompleto	8	Branca	9 dias
25	26	Ensino Médio completo	9	Branca	5 dias

## DISCUSSÃO

A saúde é resultado de um conjunto de fatores, estando relacionada à capacidade de autonomia da população, essa por sua vez é influenciada diretamente pelo nível de escolaridade, não podendo então relaciona-la apenas com a disponibilidade dos serviços de saúde<sup>33</sup>.

Ao analisar os aspectos sociodemográficos, notamos resultados semelhantes aos apresentados em outros estudos brasileiros<sup>34, 35, 36,37</sup> caracterizado por mulheres jovens e de baixa escolaridade assim como demonstrado na tabela 1. De acordo com alguns pesquisadores, esse dado é de extrema importância, pois pode causar prejuízos para a qualidade da assistência pré-natal e merece atenção especial dos gestores e profissionais de saúde<sup>35,36,37</sup>. Outros ainda relatam que a baixa escolaridade aumenta o risco obstétrico e dificulta a adesão de mulheres ao pré-natal, contribuindo para um inadequado processo de cuidados no pré-natal<sup>34,37</sup>.

Entretanto, ao questionar a importância do pré-natal e o número de consultas realizadas, notamos uma boa adesão, assim como, cuidados adequados nessa fase. Neste caso observamos uma relevante conscientização das mulheres quanto a valorização desse período.

Além disso, o número de consultas de pré-natal, de acordo com a maioria das entrevistadas, foi além das seis preconizadas pelo Ministério da saúde. Vale ressaltar que, todas as entrevistadas eram puérperas e relataram gestações com desfechos favoráveis, concordando então com o pressuposto de que o número de consultas de pré-natal é diretamente proporcional à qualidade do resultado<sup>35</sup>.

O pré-natal é caracterizado como um momento dedicado a gestante. Podendo ser definido com um conjunto de ações que antecedem o parto e continuam até após o nascimento do bebê, visando atender a mulher, promover qualidade de vida saudável durante essa fase, prevenir

intercorrências, além de colocar a sua disposição, para o conhecimento de aspectos básicos da saúde<sup>36</sup>.

O pré-natal é essencial para prevenção, esclarecimentos a mulher e detecção precoce de irregularidades, desconfortos ou patologias, tanto materna como fetais, permitindo desenvolvimento saudável do bebê e diminuindo os riscos da gestante<sup>37</sup>.

Portanto, notamos que os objetivos preconizados no pré-natal pelo Ministério da saúde coincidem com a importância dada pelas puérperas entrevistadas. Podendo dar destaque a avaliação da vitalidade fetal, a saúde materna, o aprendizado materno e o diagnóstico precoce de anormalidades fetais.

Além disso, pode destacar o quanto as consultas são importantes para a saúde da mãe e do bebê, quando é possível fazer orientações quanto ao aleitamento materno, mudanças físicas e emocionais na vida da mulher, encaminhá-la e monitorá-la para o exame de citopatologia, ultrassonografia, para vacinação antitetânica, além de prevenir possíveis complicações ou patologias que podem surgir durante a gravidez, entre outros, ou mesmo interferir na saúde do futuro recém-nascido<sup>38</sup>.

Vale ressaltar, dentre os objetivos citados, que a educação em saúde é fundamental e deve ser atividade prioritária a todas as gestantes. Dando destaque a atuação do enfermeiro<sup>37,39,40</sup>. A realização de ações educativas, descritas pelas gestantes como aprendizado materno, nesta fase do ciclo gravídico-puerperal, é importante porque, principalmente, no pré-natal, a mulher será orientada a vivenciar o momento do parto de forma positiva, com menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso no cuidado com o bebê<sup>41</sup>.

Neste caso, embora as puérperas entrevistadas tenham dado destaque ao aprendizado materno, o enfermeiro foi pouco citado, divergindo de outros trabalhos em que este se mostra imprescindível<sup>11,42,43,44</sup>. Um pré-natal qualificado necessita da participação e do comprometimento de uma equipe integrada internamente e com os serviços de atenção secundária e terciária.<sup>45</sup>

Em um estudo notou-se que nos pré-natais realizados por dois profissionais, médico e enfermeiro, houve, na maioria das vezes, um repasse maior de informações acerca das orientações no pré-natal, quando comparado com o acompanhamento feito somente pelo médico<sup>46</sup>.

Vale ressaltar, a importância dos grupos de gestante onde pode-se trocar experiências, efetivar a aprendizagem, esclarecer dúvidas, diminuir ansiedade com relação à gestação, parto e puerpério, guiada por um profissional de saúde, normalmente o enfermeiro<sup>44</sup>, essencial para o aprendizado materno. Entretanto, a maioria das entrevistadas não participa de nenhum grupo.

Estudos apontam que ainda há necessidade de uma melhor capacitação técnica e humana das equipes de saúde para trabalhar temas importantes, como parto, amamentação e planejamento

familiar<sup>35,36,47,48</sup>. O Ministério da Saúde preconiza alguns temas que devem ser abordados nas ações educativas, como medo e fantasias referentes a gravidez e parto, sinais de alertas para intercorrência durante a gravidez (dor, febre, perda de líquido, cansaço), sinais e sintomas do parto, saúde mental e violência sexual e doméstica<sup>11</sup>.

Ao analisarmos os pontos positivos e negativos, relatados pelas puérperas notamos duas opiniões divergentes quanto a realização de exames, onde 28% relata eficaz e 20% queixa-se da demora. Esta última concorda com um estudo, em que foram descritos, por gestantes e enfermeiros, a demora na realização de exames, desqualificando o pré-natal e desencadeando problemas, como a detecção tardia de alguma complicação<sup>43</sup>. Além da demora dos exames, outra queixa foi a falta de recursos tecnológicos, fazendo com as gestantes tivessem que procurar outro serviço para a realização do ultrassom. Tal dificuldade também foi relatada pelas puérperas de Poços de Caldas.

Entretanto, vale ressaltar que o exame de ultrassonografia, embora seja um procedimento rotineiro durante a gravidez, até o momento permanece controverso. Ainda não há comprovação científica de que esse procedimento, frequentemente realizado seja efetivo na redução da morbidade e da mortalidade materna e perinatal<sup>39</sup>. Contudo, outros trabalhos evidenciam a priorização da ultrassonografia obstétrica em detrimento do exame clínico e dos exames laboratoriais básicos<sup>4,39,40,41</sup>. O Ministério da saúde<sup>11</sup> confirma o uso converso do ultrassom, mas relata evidências científicas que indicam seu uso no início da gestação para melhor estimar a data provável do parto, diagnosticar precocemente a gestação gemelar e malformação.

Além disso, alguns estudos mostram que a oferta do teste anti hiv e a realização da citologia são procedimentos com baixa realização. Ou seja, ainda podemos considerar a realização de exames como um nó crítico na assistência pré-natal<sup>49</sup>.

Outro ponto negativo citado, foi a falta de qualidade do atendimento médico. O que vai contra a proposta do Ministério da saúde em que preconiza uma atenção ao pré-natal qualificada e humanizada<sup>50</sup>. As consultas de pré-natal se tornaram um atendimento mais ritualístico do que preventivo ou resolutivo, onde as mulheres não têm tempo nem espaço para fala e/ou questionamentos<sup>51</sup>.

A humanização pode ser entendida como um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que propõe a realização de um parto e nascimento saudáveis e além da prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, utilizando meios eficazes para o fortalecimento da relação profissionais-clientes. Podendo citar a troca de informações, a cumplicidade gerada pela continuidade do atendimento pelos profissionais, a coparticipação do paciente quanto ao seu tratamento, entre outros<sup>52</sup>. Entretanto, algumas entrevistadas queixaram-se exatamente da falta de uma boa relação médico x paciente, prejudicando em alguns casos a adesão ao pré-natal.

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento e a humanização podem ser percebidos por meio de atitudes e ações evidenciadas na relação diária estabelecida entre profissionais e usuários(as) dos serviços, a exemplo da forma cordial do atendimento, com os profissionais se apresentando, chamando pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outras.<sup>11</sup>

Dessa forma, é necessária uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um nascimento tranquilo e saudável.<sup>11</sup>

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Após o início do pré-natal, todo esforço deve ser empreendido no sentido de assegurar a manutenção de um controle periódico, oportuno e contínuo das gestantes. A obediência ao agendamento das consultas subsequentes apenas será alcançada se a qualidade dos serviços prestados corresponder às expectativas das usuárias. Para isso, já na primeira consulta, é fundamental que a paciente se assegure de que os profissionais de saúde responsáveis pela sua assistência estarão preparados adequadamente para o atendimento integral à gravidez em curso.<sup>11,53,54.</sup>

Conclui-se, portanto, que a implantação do pré-natal, sem dúvidas, foi de grande importância para redução da morbimortalidade materna e infantil, além de possibilitar a promoção de orientações, esclarecimentos, planejamentos, prevenções, entre outros. No entanto, ainda é possível uma maior dedicação dos profissionais da saúde para que o atendimento além de técnico, seja de forma humanizada com total acolhimento, sendo, assim, este o ponto que mais necessita de aperfeiçoamento baseado nos princípios que o ministério da saúde preconiza.

## REFERÊNCIAS

1. Lemos DO. As representações sociais do grupo familiar da gestante à gravidez: uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal [dissertação]. Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 1994.
2. Marcon SS. Assistência pré-natal: um estudo etnográfico [Tese]. Rio de Janeiro: Universidade do Rio de Janeiro; 1990.
3. Maretti M, Neme B. Assistência pré-natal. In: Neme, B. Obstetrícia básica. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 175.
4. Vasconcelos LDPG. Representações Sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2009.
5. Oliveira JHF. Necessidades assistenciais de saúde da gestante adolescente ao buscar a consulta de enfermagem na unidade básica [Dissertação]. Rio de Janeiro (RJ): Universidade do Rio de Janeiro; 2003.
6. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília: MS; 1984.
7. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Pré-Natal de baixo risco. Normas e manuais técnicos. Brasília: MS; 1986.
8. Dióz M. Entre mudanças e incerteza: assistência pré-natal na perspectiva da integralidade [Dissertação]. Cuiabá (MT): Universidade Federal de Mato Grosso; 1998.

9. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: MS; 2000.
10. Barreto RS, Cruze LC, Caminha MFC, Filho MB. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde*. 2014; 18(1):87-94.
11. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico. Brasília: MS; 2005
12. Febrasgo. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-natal. Manual de Orientação; 2000.
13. Lewis PJ. Drogas e gravidez. 1ª. ed. São Paulo: Editora Manole; 1979.
14. Niebyl JR. O uso de drogas na gravidez. 1ª. ed. São Paulo: Roca; 1983.
15. Coutinho T, Coutinho CM. Drogas e gestação. *Femina*.1999; 27(5): 387-92.
16. Coutinho T, Coutinho CM. Depressão pós-parto. *Femina*. 1999; 27(7): 571-7.
17. Cooper PJ, Murray L. Postnatal depression. *BMJ*. 1998; 316 (7148): 1884-86.
18. Bezerra MP. Percepção da gestante sobre a Integralidade da Atenção Pré-Natal [Mestrado]. Fortaleza (CE): Universidade de Fortaleza; 2008.
19. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos. Brasília: MS; 2000.
20. Pinho IC, Siqueira JCBA, Pinho LMO. As percepções do enfermeiro acerca da integralidade da assistência. *Revista Eletrônica de Enfermagem* 2006; 08(1):42-51.
21. Vasconcelos LDPG. Representações Sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal [Dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará; 2009.
22. Ceará. Secretaria de Saúde do Estado. Mortalidade materna: análise da situação no Ceará de 1997-2005. Fortaleza: 2007.
23. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Secretaria de Políticas de Saúde. Indicadores e dados básicos para a saúde. Rede Interagencial de informações para a Saúde-RIPSA. Brasília: MS; 2003.
24. Keffler K, Souza SRRK, Wall ML, Martins M, Moreira SDR. Características sociodemográficas e mortalidade materna em um hospital de referência na cidade de Curitiba – Paraná. *Cogitare Enferm* 2010;15(3):500-5.
25. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTB, Ribeiro VS, Aragão VMF, Bettiol H. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. *Revista de Saúde Pública* 2003; 37(4), 456-462.
26. Barros SMO, Costa CAR. Consulta de enfermagem a gestantes com anemia ferropriva. *Rev Latino-am Enfermagem* 1999; 7(4): 105-11.
27. Santos EF. Legislação em enfermagem: atos normativos do exercício e do ensino de enfermagem. São Paulo: Atheneu; 2000.

28. Mortalidade materna: Brasil não vai atingir objetivo do milênio. *Jornal da febrasgo*; Maio/junho 2014; p 12 e 13.
29. United Nations Children's Fund (UNICEF). *Committing to Child Survival: A Promise Renewed*. September 2013. [cited 2016 mar 15] Available from: [http://www.unicef.org/publications/files/APR\\_Progress\\_Report\\_2013\\_9\\_Sept\\_2013.pdf](http://www.unicef.org/publications/files/APR_Progress_Report_2013_9_Sept_2013.pdf)
30. Moscovici S. *Representações sociais: investigações em psicologia social*. 2. edição. Petrópolis: Vozes, 2004.
31. Moscovici S. Prefácio. In: Guareschi, P.; Jovchelovitch, S. (Org.). *Texto em representações sociais*. Petrópolis: Vozes; 1995. p. 261-293.
32. Lefèvre F, Lefèvre AMC, Teixeira JJV. *O discurso do sujeito coletivo: uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS, 2000.
33. Carvalho VCP, Araújo TVB. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2007 [acessado 2015 jan 31];7(3):309-17. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292007000300010>
34. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [acessado 2013 jan 31];27(4):787-96. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000400018>.
35. Domingues RMSM, Hartz ZMA, Dias MAB, Leal MC. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2012 [acessado 2013 jan 31]; 28(3):425-37. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000300003>.
36. Coutinho T, Monteiro MFG, Sayd JD, Teixeira MTB, Coutinho CM, Coutinho LM. Monitoramento do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em município do Sudeste brasileiro. *Rev Bras Ginecol Obstet* [Internet]. 2010 [acessado 2013 jan 31];6132(11):563-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032010001100008>.
37. Rasia ICRB, Albernaz E. Atenção pré-natal na cidade de Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil. *Rev. Bras. Saude Mater. Infant.* [Internet]. 2008 [acessado 2013 jan 31]; 8(4):401-10. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292008000400005>.
38. Andreucci CB, Cecati JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saude Publica* [Internet]. 2011 [acessado 2013 jan 31];27(6):1053-64. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000600003>.

39. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: MS; 2000.
40. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev. Eletr. Enf. 2011 [Internet]. 2011 [acessado 2013 jan 31];13(2):199-210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>.
41. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. Cien Saude Colet [Internet]. 2007 [acessado 2013 jan 31];12(2):477-86. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232007000200024>.
42. Vasconcelos LDP. Representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal. [dissertação]. Fortaleza (CE): Universidade Estadual do Ceará (UECE); 2009.
43. Guerreiro EM, Dafne PR, Silveira MAM, Lucena NBF. Cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev. Min. Enferm 2012; 16(3): 315-323.
44. Spindola, T. Orientando gestantes em grupos de pré-natal: a experiência multidisciplinar da universidade do Rio de Janeiro. Rev. Enferm 2001; 9(2): 158-162.
45. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Atenção à saúde da gestante em APS: Gerencia de Saúde Comunitária do Grupo Hospitalar Conceição. Porto Alegre: Ministério da Saúde; 2011.
46. Silva JWF, Silva GB, Lopes RC. A importância das orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais e a realidade encontrada. Enciclopédia Biosfera. [Internet] 2010; [acessado 2013 jan 28]; 6(9). Disponível em: <http://www.conhecer.org.br/enciclop/2010/a%20importancia.pdf>
47. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília (Brasil): Ministério da Saúde; 2000.
48. Rocha RS, Silva MGC. Assistência pré-natal na rede básica de fortaleza-ce: uma avaliação da estrutura, do processo e do resultado. Rev. bras. promoç. saúde. [Internet]. 2012 [acessado 2013 jan 31];25(3):344-55. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5020/18061230.2012.p344>.
49. Serruya SJ, Cecatti JS, Lago TG. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública 2004; 20(5):1281-1289.
50. Brasil. Ministério da Saúde (MS). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: MG; 2006.
51. Oba MDV, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2000; 8(2).
52. Forte EGS, Valencia OEJ, Machado EG, Cao IM, Nunes RT, Sousa LSA, Barbosa MA. Satisfação quanto a consulta pré-natal após a implantação do programa de interiorização do trabalho

em saúde. Rev UFG. [Internet] 2004-dez [acessado 2013 jan 28]; 6. Disponível em: [http://www.proec.ufg.br/revista\\_ufg/familia/E\\_consultapre.html](http://www.proec.ufg.br/revista_ufg/familia/E_consultapre.html)

53. Febrasgo. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência Pré-natal. Manual de Orientação; 2000

54. Febrasgo. Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação: Defesa Profissional; 2002