

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PERCEPÇÃO DE PUÉRPERAS PROVENIENTES DE DIFERENTES SERVIÇOS DE SAÚDE

Prenatal care in the perception of postpartum women from different health services

Marizete Ilha Ceron ⁽¹⁾, Ângela Barbieri ⁽²⁾, Leticia Machado Fonseca ⁽³⁾, Elenir Fedosse ⁽⁴⁾

RESUMO

Objetivo: conhecer a percepção de puérperas acerca da assistência pré-natal. **Método:** foram entrevistadas em até 48 horas após o parto, 150 puérperas, provenientes de diferentes serviços de saúde que acessaram o Hospital Universitário de Santa Maria/RS, no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011. **Resultados:** das 150 puérperas, 91,33% realizaram consultas de pré-natal em algum serviço de saúde do município e 8,67% não realizaram nenhuma consulta. 56,67% das puérperas entrevistadas consideraram que fazer o pré-natal é importante tanto para a mãe quanto para o bebê; quanto à assistência pré-natal realizada no município 84,67% das puérperas julga que não há necessidade de mudanças. **Conclusão:** apesar das usuárias considerarem a assistência como adequada, as autoras avaliam que existem carências na atenção pré-natal nos diferentes serviços e que poderiam ser supridas com a realização de um trabalho multiprofissional e interdisciplinar. Nesse sentido, intensificar o processo educativo entre as gestantes pode melhorar a qualidade da atenção, eliminar a falta de realização de pré-natal e diminuir a morbi-mortalidade materno-infantil no município.

DESCRIPTORIOS: Cuidado Pré-Natal; Saúde Materno-Infantil; Educação em Saúde; Pesquisa Interdisciplinar

INTRODUÇÃO

No Brasil, a atenção pré-natal tem sido tema de preocupação da Saúde Pública e merecido destaque no que se refere ao cuidado à saúde materno-infantil desde 2000. Tal preocupação tem gerado discussões e busca por soluções para o insistente

problema da morbi-mortalidade de mulheres e crianças por complicações decorrentes da gravidez e do parto¹. Estas complicações estão entre as dez principais causas de morte de mulheres, sendo que a maioria, aproximadamente 92%, poderia ser evitada por uma assistência adequada².

O coeficiente de mortalidade materna no Brasil em 2005 foi de 74,7/100 mil nascidos vivos, passou para 68,7/100 mil em 2008. Na região Sul, em 2005, foi de 55,1/100 mil nascidos vivos e passou para 54,4/100 mil em 2008, sendo estes índices significativamente elevados em comparação as taxas de mortalidade materna de países desenvolvidos como os Estados Unidos e Canadá em que os índices são inferiores a nove óbitos por 100 mil nascidos vivos³.

Outro número importante que merece ser destacado é a taxa de mortalidade neonatal brasileira, que em 2007, foi de 8,27 mortes por mil nascimentos e passou para 7,4/mil em 2010⁴.

Diante desta realidade, visando contribuir para a redução do problema, o Ministério da Saúde lançou em 2004 o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. O Pacto procura qualificar e humanizar o atendimento a gestante, além

⁽¹⁾ Fonoaudióloga; Doutoranda em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria, RS, Brasil; Mestre em Distúrbios da Comunicação Humana pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

⁽²⁾ Psicóloga; Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

⁽³⁾ Fisioterapeuta; Pós-Graduação em Residência Multiprofissional em Sistema Público de Saúde pela Universidade Federal de Santa Maria – UFSM.

⁽⁴⁾ Fonoaudióloga; Professora Adjunta do Curso de Graduação em Fonoaudiologia da UFSM e do Programa de Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde da Universidade Federal de Santa Maria – UFSM, Santa Maria-RS, Brasil; Doutora em Linguística pela Universidade Estadual de Campinas – UNICAMP.

Conflito de interesses: inexistente

de reduzir as taxas de cesarianas no país, que chegam a 40%. O Brasil tem como meta reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal em 75% até 2015, em cumprimento das metas do Objetivo de Desenvolvimento do Milênio, estabelecida pela Organização das Nações Unidas².

Ciente da necessidade de garantir atenção pré-natal e reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN/2000) por meio da Portaria/GM nº 569, o qual visa assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, bem como da assistência ao parto e puerpério (às gestantes e ao recém-nascido), buscando uma atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada. Esse programa estabelece critérios, como: realizar a primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gestação; garantir a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e uma consulta no puerpério⁵.

Após a implantação da PHPN, observou-se um crescente aumento no número de consultas nacionais de pré-natal⁶. Em 2003, foram realizadas 8,6 milhões de consultas contra 19,4 milhões, em 2009, um aumento de 125% em poucos anos, crescimento que pode ser atribuído à ampliação do acesso ao pré-natal possibilitado pela ação dos Agentes Comunitários de Saúde. Esse programa incentiva os estados e municípios a realizarem a captação precoce, o cadastramento e o acompanhamento pré-natal completo da gestante⁷.

No estado do Rio Grande do Sul, de acordo com dados do Centro Estadual de Vigilância em Saúde (CEVS), o atendimento no ano de 2000, ultrapassou o índice de 50% de gestantes acompanhadas tendo feito sete ou mais consultas no período pré-natal, alcançando em 2009 um índice de 71,2%. No município de Santa Maria/RS, o percentual de gestantes que realizaram sete ou mais consultas no pré-natal, no ano de 2009, foi de 63,61% para 3218 nascidos vivos, já no ano de 2010 foram 66,80% para 3299 nascidos vivos⁴.

Promover a saúde materna implica cumprir a recomendação do número ideal e da qualidade das consultas de pré-natal, o estabelecimento de programa de imunização materna e a prevenção, diagnóstico e tratamento das doenças intercorrentes da gestação⁸. Um pré-natal adequado se dá pela incorporação de condutas acolhedoras, sem intervenções desnecessárias, com fácil acesso das usuárias e que abrange todos os níveis de atenção, promoção e assistência a saúde da gestante e do recém-nascido⁹.

Assim, esta pesquisa teve como objetivo conhecer a percepção de puérperas, provenientes

de diferentes serviços de saúde, acerca da assistência pré-natal.

■ MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal, promovida no período de dezembro de 2010 a fevereiro de 2011, com abordagem qualitativa e quantitativa, realizada na maternidade do HUSM, um hospital de ensino que é referência no município e região para gestantes de alto-risco. Este hospital atende parturientes de vários municípios da região, realizando em média 260 partos ao mês. No entanto este artigo destaca a percepção das usuárias que receberam atenção pré-natal em diferentes serviços de saúde de Santa Maria/RS.

Os dados analisados se referem a 150 puérperas residentes no município de Santa Maria/RS tendo como critérios de inclusão para participação na pesquisa: i) pré-natal realizado exclusivamente nesse município; ii) parto realizado no HUSM; iii) puérperas em condições de responder ao instrumento de coleta de dados.

As puérperas foram convidadas a participar da pesquisa, sendo informadas sobre os objetivos, e, em caso de interesse na participação, foi solicitada a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

As entrevistas foram realizadas individualmente, no próprio leito de internação ou em uma sala reservada conforme a preferência da puérpera, num prazo de até 48 horas após o parto, com duração média de 25 minutos e sem manifestação de opinião ou ideias do entrevistador.

Cada entrevista foi iniciada com questionamento acerca da realização ou não do pré-natal. Em caso afirmativo, as puérperas responderam aos seguintes questionamentos: 1) **“Quantas consultas de pré-natal você realizou no total?”**; 2) **“Onde você realizou?”**; 3) **“Para você por que foi importante realizar o pré-natal?”**; 4) **“Que assuntos/temas foram abordados durante o pré-natal?”**; 5) **“Quais temas você gostaria que tivessem sido abordados no pré-natal?”**; 6) **“O que você mudaria nas consultas de pré-natal?”**; 7) **“Quais foram os profissionais que te atenderam ou que você precisou durante o pré-natal?”**. Por sua vez as puérperas que não realizaram o pré-natal responderam: 1) **“Por que você não realizou o pré-natal?”**; 2) **“Você acredita que realizar o pré-natal é importante?”**; 3) **“Você acha que não ter realizado o pré-natal prejudicou de alguma forma a gestação ou o bebê?”**.

A coleta de dados foi finalizada quando as respostas passaram a ser repetitivas, não

acrescentando informações significantes aos objetivos da pesquisa.

O pré-natal no município de Santa Maria é realizado em unidades públicas de saúde – Estratégias de Saúde da Família (ESF) ou Unidade Básica de Saúde (UBS), em consultórios particulares e também tem sido realizado no HUSM no caso de gestações de alto risco, ou seja, o atendimento de gestantes que apresentam alguma complicação de saúde prévia ou decorrente da gestação. A propósito, para melhor compreensão e discussão dos resultados, os mesmos foram divididos conforme os locais de realização do pré-natal.

Este estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob nº do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) 0309.0.243.000-10.

Para conhecer a percepção de puérperas sobre a assistência pré-natal, as respostas aos questionamentos foram organizadas em planilhas e analisadas quantitativa e qualitativamente. Ressalta-se que os critérios quantitativos foram analisados pela frequência das respostas obtidas em cada pergunta, enquanto que os qualitativos analisaram as respostas indicativas da qualidade do pré-natal.

■ RESULTADOS

A Tabela 1 mostra o número total de consultas de pré-natal realizadas e não realizadas, nos diferentes serviços de atenção à saúde.

Tabela 1 – Consultas de pré-natal realizadas e não realizadas nos diferentes serviços de atenção a saúde

		Nº de Consultas		
		0	1-5	6 ou +
Hospital (n=27)			7 (25,92%)	20 (74,08%)
Atenção Básica (n=92)	ESF (n=29)		8 (27,59%)	21 (72,41%)
	UBS (n=63)		19 (30,16%)	43 (68,25%)
Particular (n=18)			1 (5,66%)	17 (94,44%)
Não realizaram		13 (8, 66%)		
Total (n=150)		13 (8, 66%)	36 (24%)	101 (67,33%)

Legenda: n: número da amostra; ESF: Estratégia de Saúde da Família; UBS: Unidade Básica de Saúde.

Observa-se que das 150 puérperas entrevistadas, 137 (91,33%) realizaram consultas de pré-natal em algum serviço de saúde (Hospital, Atenção Básica, Consultório Particular) e 13 (8,67%) não realizaram nenhuma consulta. Das puérperas que realizaram o pré-natal, 27 (18%) procuraram o hospital; 92 (61,33%) a atenção básica de saúde, sendo 63 (68,48%) em Unidade Básica de Saúde e 29 (31,52%) em Estratégia de Saúde da Família; e 18 (12%) realizaram em consultórios particulares.

Esta tabela destaca ainda que 36 (24%) puérperas não realizaram o número de consultas suficientes (1 a 5 consultas), sendo a maioria proveniente da atenção básica de saúde (28 puérperas

= 30,43%). Das 18 parturientes provenientes de consultórios particulares, apenas uma (5,66%) não realizou o número de consultas considerado efetivo. Com relação ao hospital sete (25,92%) puérperas realizaram número de consultas inferior a seis. Este menor índice de puérperas que realizaram poucas consultas de pré-natal no hospital pode ser atribuído ao fato deste ambulatório se caracterizar por atendimentos de pré-natal de alto risco e, por conseguinte, algumas gestantes realizarem mais consultas de acordo com suas necessidades.

A tabela 2 apresenta as respostas das puérperas com relação à importância de realizar as consultas de pré-natal.

Tabela 2 – Principais respostas das puérperas acerca da importância do pré-natal

	Realizou PN (n=137)	Não realizou PN (n=13)	Total (n=150)
Cuidados referentes à mãe, ao bebê e exames	77 (56,20%)	8 (61,54%)	56,67%
Cuidados com a mãe	9 (6,59%)	-	6%
Cuidados com o bebê	47 (34,30%)	4 (30,77%)	34%
Não sabe	1 (0,73%)	-	0,67%
Não faz diferença	1 (0,73%)	1 (7,69%)	1,33%
Importante, mas não como foi realizado.	2 (1,46%)	-	1,33%

Legenda: PN: Pré-Natal.

Verifica-se que a maioria das puérperas, tanto as que realizaram as consultas (56,20%) quanto as que não realizaram (61,54%), considerou que fazer o pré-natal seria importante para os cuidados referente ao binômio mãe e bebê. Outra significativa parcela da amostra total (34%) referiu o pré-natal como importante apenas para a saúde do bebê. Um fato curioso foi o de duas puérperas que relataram reconhecer a importância do pré-natal, mas não da maneira como foi realizado e, outro foi o de uma

puérpera que, apesar de ter realizado, não sabia o porquê de sua necessidade.

A propósito, as puérperas também foram questionadas sobre os assuntos/temas que foram abordados durante o pré-natal e quais elas gostariam que tivessem sido abordados. A Tabela 3 apresenta a relação de assuntos tratados durante o pré-natal e os temas que as puérperas deste estudo gostariam que tivessem sido abordados.

Tabela 3 – Assuntos abordados e percebidos como importantes para serem discutidos no pré-natal

Assuntos Abordados	Hospital (n=27)	Atenção Básica (n=92)	Particular (n=18)	Total (n=137)
Amamentação	19 (70,37%)	31(35,87%)	13 (72,22%)	45,98%
Cuidados e desenvolvimento do bebê	8 (8,69%)	5(5,43%)	2 (11,11%)	10,94%
Hábitos saudáveis e alimentação	17 (62,96%)	31(35,87%)	14 (77,77%)	41,33%
Medicamentos/contraceptivos	6 (22,22%)	2(2,17%)	0	5,84%
Parto e pós-parto/autocuidado/relação sexual	11 (40,74%)	8(8,69%)	3 (16,66 %)	17,06%
Consultas básicas/Exames	13 (48,14%)	74(80,43%)	10(55,55%)	70,80%
Assuntos que gostariam				
Alimentação	0	1 (1,09%)	0	0,73%
Amamentação	0	1 (1,09%)	0	0,73%
Parto e pós-parto/autocuidado/ relação sexual/métodos contraceptivos	0	6 (6,52%)	0	4,38%
Conversar Mais	0	6 (6,52%)	1 (5,55%)	5,11%
Nenhum, além dos abordados	27 (100%)	79 (85,87%)	17 (94,44%)	91,79%
Outros	0	1 (1,09%)	0	0,73%

Constata-se que, independentemente do serviço em que foi realizado o pré-natal, grande percentual de gestantes (70,80%) recebeu consultas básicas seguidas de pedidos de realização de exames. Já as que tiveram oportunidade de informação (viveram ação de promoção de saúde) referem à amamentação e os hábitos saudáveis/alimentação

como temas mais abordados durante a realização do pré-natal.

Diante disso, outra pergunta realizada para as puérperas foi sobre o que poderia ser mudado no pré-natal. As respostas constam na Tabela 4.

Tabela 4 – Mudanças que deveriam ocorrer nas consultas de pré-natal na percepção das puérperas

	Hospital (n=27)	Atenção Básica (n=92)	Particular (n=18)	Total (n=137)
Nada	26 (96,30%)	73 (79,35%)	17 (94,44%)	84,67%
Fazer mais consultas	1 (3,70%)	6 (6,52%)	1 (5,55%)	5,84%
Oferecer mais esclarecimentos	0	13 (14,13%)	0	9,49%

Como é possível observar, 84,67% das gestantes não considera que a assistência de pré-natal necessite de alguma mudança como, por exemplo, fornecer informações/orientações quanto aos sentimentos de mãe, cuidados de rotina, continuidade e qualidade da assistência prestada.

Na Tabela 5 constam os núcleos profissionais pelos quais as puérperas foram atendidas nos diferentes serviços em que realizaram o pré-natal.

Tabela 5 – Profissionais pelos quais as usuárias foram atendidas no pré-natal

	Hospital (n=27)	Atenção Básica (n=92)	Particular (n=18)	Total (n=137)
Somente Enfermeira	0	5 (5,43%)	0	3,65%
Somente Médico	5 (18,52%)	63 (68,48%)	17 (94,44%)	62,04%
Médico/Enfermeira	22 (81,48%)	21 (22,83%)	1 (5,55%)	32,11%
Psicólogo	18 (66,67%)	3 (3,26%)	0	15,33%
Fonoaudiólogo	3 (11,11%)	0	0	2,19%
Nutricionista	14 (51,85%)	1 (1,09%)	0	10,95%
Fisioterapeuta	12 (44,44%)	0	0	8,76%
Assistente Social	3 (11,11%)	0	0	2,19%

Observa-se que em geral o pré-natal é realizado somente pelo médico (62,04%). Verifica-se que as usuárias atendidas no hospital, foram as que referiram diferentes núcleos profissionais, apenas cinco (5) usuárias referiram terem sido atendidas somente por médico. Tal condição se justifica pelo fato de acontecer o Grupo de Acolhimento Multiprofissional à Gestante, sempre antes das consultas médicas que visam acompanhar a gestante durante o pré-natal.

■ DISCUSSÕES

O pré-natal, ainda hoje, é alvo de muitas pesquisas^{1,8,10-20} devido a sua importância para a saúde materna e do neonato, visto que sua realização tem como objetivo diminuir os coeficientes de mortalidade materno-infantil. O cuidado pré-natal tornou-se um cuidado de rotina para mulheres grávidas em países desenvolvidos e cada vez mais em países em desenvolvimento²⁰.

Algumas pesquisas^{1,18} referem que para isso a assistência deve contemplar ações de promoção, prevenção, diagnóstico e tratamento adequado aos problemas que podem ocorrer durante a gestação. Sabe-se que a recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gestação for diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher ao pré-natal e diagnosticar eventuais fatores de risco¹¹.

Considerando os fatos acima, destaca-se que a maioria das puérperas (137) deste estudo realizou consultas de pré-natal, sendo que 27 (18%) procuraram o hospital; 92 (61,33%) a atenção básica de saúde; e 18 (12%), consultórios particulares. Resultados semelhantes são apontados em um estudo¹⁴ de São Luiz/MA em que o SUS foi responsável por 84,2% dos atendimentos. Apenas 3,8% desses foram particulares e 12,0% feitos por de convênio de saúde.

Das usuárias que utilizaram o HUSM para realizar o parto, a maioria era procedente de Unidades de Atenção Básica próximas as suas residências. Um estudo¹⁵ refere que o acesso aparece como

um aspecto fundamental a ser considerado como estratégia para qualificar a assistência no pré-natal. Em outro¹⁶ é referido que a acessibilidade, enquanto componente do processo de avaliação, resulta de fatores de diversas dimensões, classificadas como de ordem geográfica, organizacional, sócio-cultural e econômica.

Destaca-se que independentemente de onde as puérperas realizaram as consultas de pré-natal, 101 (67,33%) usuárias realizaram seis ou mais consultas, condição considerada como satisfatória para a população brasileira. As desigualdades de saúde no Brasil apresentam, entre os indicadores de qualidade selecionados, o percentual de mulheres que receberam pelo menos seis consultas de pré-natal¹⁵.

Alguns autores¹⁰ referem, em sua pesquisa sobre a assistência pré-natal entre usuárias do SUS do município de Caxias do Sul/RS, que o número médio de consultas foi de 6,2 (DP=5,3), sendo que 90,3% (n=605) das usuárias pesquisadas confirmaram ter se submetido a seis ou mais consultas durante a gestação. Por outro lado, outro estudo¹⁴ revela resultados preocupantes ao identificar fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal em São Luiz/MA. Esses autores apontam que apenas 49,6% das puérperas tiveram seu pré-natal adequado, ou seja, começando até o quarto mês e realizando um mínimo de seis consultas para uma gestação a termo.

Das usuárias desta pesquisa que não realizaram o pré-natal, os motivos referidos foram: remarcação da consulta sem aviso de data por parte dos profissionais do serviço (7,7%); não liberação do trabalho (15,38%); não quis fazer (30,76%); e não sabia que estava grávida (46,15%). Um estudo¹⁰ sobre o perfil da assistência pré-natal identificou que 4,6% (n=32) das mulheres negaram qualquer acompanhamento médico durante a gravidez. Observa-se que tal dado também aparece neste estudo e em percentual significativo (30,76%).

Outra pergunta realizada somente para as puérperas que não realizaram o pré-natal foi se não ter feito o pré-natal prejudicou a gestação/o bebê. Constatou-se que das 13 puérperas que não realizaram o pré-natal apenas quatro (30,77%) referiram prejuízo justificando que talvez o parto não tivesse ocorrido prematuramente.

É sabido que a prematuridade é uma condição que põe em risco a saúde infantil. A prematuridade como causa de mortalidade infantil tem sido estudada em diferentes países^{17,21-23}, estando a ausência de assistência pré-natal associada à maior taxa de mortalidade perinatal¹⁰. No Brasil, a maior causa de mortalidade infantil são condições perinatais, associadas em sua maioria à prematuridade, sendo

esses coeficientes mais altos no Norte/Nordeste e mais baixos no Sul/Sudeste¹⁷. Em Portugal, a prematuridade foi responsável por 73% da mortalidade neonatal em 2005, sendo que a maior parte da mortalidade corresponde aos recém-nascidos com idade gestacional inferior a 32 semanas e ou com peso abaixo dos 1500g²¹.

Pesquisas^{10,24} sobre pré-natal indicam que a qualidade da assistência representa um nó crítico, mantendo-a como tema permanente de preocupação e discussão por profissionais da saúde. Entende-se que um pré-natal de qualidade implica em acolhimento integral às necessidades da gestante, ou seja, realização de consultas médicas e/ou de enfermagem para acompanhar os aspectos orgânicos/fisiológicos da gravidez, bem como a realização de discussões/conversas sobre as mudanças psico-afetivas da gestante, sobre o parto, o puerpério, cuidados com a alimentação, sobre as mudanças na rotina com a chegada do bebê e, ainda, sobre o papel da mulher no processo de desenvolvimento infantil.

Alguns autores^{10,11} utilizam a época de início e o número de consultas como marcadores para avaliação do pré-natal, sem fornecer, contudo, informações sobre o conteúdo abordado no pré-natal, continuidade e qualidade da assistência prestada, informações consideradas importantes¹⁴ pela literatura.

Assim, as puérperas deste estudo foram questionadas tanto sobre os assuntos/temas abordados durante o pré-natal quanto sobre quais elas gostariam que tivessem sido abordados. Foi observada nesta pesquisa, pouca importância para promoção de saúde, dado confirmado pelo fato de 91,79% das puérperas referirem nenhum assunto/tema para ser abordado durante o pré-natal. Tal constatação remete a importância de os profissionais de saúde consolidarem atividades educativas durante o acompanhamento pré-natal, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde⁷.

As ações de orientação a respeito do aleitamento materno e/ou a realização de exame das mamas durante as consultas de pré-natal parecem estar consolidadas, conforme demonstrado em pesquisa¹⁰ cujos índices destas ações chegaram a 74% da rotina do pré-natal. Esta mesma pesquisa apontou ainda que 86,1% das pacientes entrevistadas confirmaram ter recebido alguma orientação acerca do trabalho de parto e das situações durante a gravidez que deveriam motivar a ida da gestante ao hospital mais próximo. Contudo, o recebimento de outras informações de caráter educativo foi negado por 57% das puérperas entrevistadas.

Outro estudo¹³ sobre a importância do pré-natal demonstra que, mesmo tendo realizado as

consultas, as gestantes confirmam a insatisfação com relação às orientações sobre parto, puerpério e cuidado com o recém-nascido, considerando importante mais informações sobre promoção de saúde durante a gestação, seja em grupo ou individual²⁰. Esta insatisfação acerca das orientações poderia explicar o fato de uma das puérperas deste estudo não saber por que realizou pré-natal.

Quanto aos temas que as puérperas gostariam que tivessem sido abordados durante o pré-natal, verifica-se que a maioria (91,79%) não refere a necessidade de ser abordado nenhum tema durante o pré-natal, além daqueles já tratados. Para as usuárias que realizaram o pré-natal no hospital, 100% não sente necessidade de discutir sobre nenhum outro tema, talvez pelo fato de, nesse hospital, o pré-natal ter uma equipe multiprofissional (Médico, Assistente Social, Enfermeiro, Fisioterapeuta, Fonoaudiólogo, Nutricionista, Psicólogo). Este trabalho multiprofissional e interdisciplinar foi desencadeado por especialistas do Programa de Residência Multiprofissional Integrada iniciado no segundo semestre de 2009. Anteriormente a residência multiprofissional, o serviço de pré-natal contava apenas com atendimentos médicos e de enfermagem. O acompanhamento interdisciplinar aborda diversos assuntos como amamentação, cuidados e hábitos saudáveis na gestação, cuidados com o bebê e sua alimentação, parto, pós-parto, bem como são discutidos temas trazidos pelas gestantes, de tal modo que as mesmas têm a oportunidade de esclarecer suas dúvidas e compartilhar suas experiências, pois cada gestante pode participar de mais de um encontro do grupo.

Para que este acompanhamento interdisciplinar aconteça é necessário compreender que vários profissionais atuam no campo da saúde, sendo que esse não é privativo de um único profissional, enfatizando que cuidar de pessoas se constitui em espaços de escuta, acolhimento, diálogo e relação ética e dialógica entre os diversos atores implicados na produção do cuidado²⁵. Autores²⁶ reforçam que para a atuação das práticas de saúde no campo de atenção integral, os profissionais necessitam de um saber fazer de forma integrada e compartilhada, um trabalho em equipe, favorecendo o enfoque nas ações de educação em saúde como um instrumento de cuidado.

A atenção pré-natal não deve focalizar apenas os aspectos médicos¹³. Para os autores é imprescindível organizar a assistência a partir de necessidades e circunstâncias sociais e ambientais da gestante; portanto, os profissionais de saúde necessitam estar preparados para ouvir queixas e esclarecer dúvidas das gestantes e, assim, oportunizar a

educação em saúde e conseguir a participação das mesmas.

Além disso, o cuidado em saúde não é eficaz diante de uma atuação fragmentada em que os questionamentos de usuários não são valorizados na perspectiva das ações de educação para a saúde²⁷.

Diante disso, outra pergunta realizada para as puérperas foi sobre o que poderia ser mudado no pré-natal, e muitas consideraram não haver necessidade de mudanças. Tal percepção também foi referida em um estudo²⁸ que avaliou o conhecimento das gestantes, de nível sócio-econômico baixo, sobre o pré-natal, sendo identificado escasso conhecimento das gestantes no que se refere aos exames e procedimentos a serem realizados, o que adquire expressão quando se analisa a equidade existente no cuidado de pré-natal oferecido pelos serviços de saúde.

Em uma pesquisa²⁸ os achados evidenciaram a necessidade de intensificar o processo educativo entre as gestantes, permitindo que o conhecimento sobre a atenção no pré-natal seja mais adequado e difundido. Segundo o referido estudo, as ações educativas diminuiriam a assimetria na relação gestante-serviço de saúde e melhorariam a qualidade da atenção com consequente impacto sobre a morbi-mortalidade materno-infantil, sobretudo no período perinatal.

O presente estudo revela que as gestantes das unidades de atenção básica percebem a falta de esclarecimentos durante o pré-natal, enquanto que as gestantes acompanhadas no hospital referem esclarecimentos suficientes. Esta diferença pode ser explicada pelo fato de o pré-natal realizado no hospital contar com uma equipe multiprofissional e interdisciplinar (que favorece significativa troca entre gestantes e profissionais) enquanto que o realizado nas Unidades Básicas de Saúde ou Estratégias de Saúde da Família do município contou em sua maioria apenas com o médico (o qual tende a uma atenção voltada para os aspectos orgânicos/físicos, pela tradicional formação e rotina médica, bem como pela demanda dos usuários por serviços clínico-biológicos). Destaca-se que no momento em que foi realizada esta pesquisa a atenção básica do município encontrava-se em precária condição de constituição das equipes mínimas, quanto mais da de especialistas (ainda não se conta com Núcleos de Apoio a Saúde da Família – NASF).

O achado acima demonstra a necessidade da completude das equipes mínimas, bem como a conveniência de ampliação das equipes de saúde com a participação de especialistas, o que certamente melhoraria o atendimento às gestantes, uma vez que os saberes se complementam na atenção

à saúde. Por mais que quase 90% das mulheres façam pré-natal com profissionais de saúde formalmente qualificados, enfermeiros ou médicos, e que a média de consultas, no SUS, esteja acima de quatro consultas por mulher¹⁵, sabe-se que a atenção pré-natal e puerperal deve ser realizada por uma equipe multiprofissional e interdisciplinar de saúde¹, o que contribui para colocar em prática um dos princípios do SUS, a integralidade da atenção.

A propósito convém realçar o papel dos diferentes profissionais de saúde (fonoaudiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos, assistentes sociais, entre outros) na atenção básica, potencializado, por exemplo, pelos NASF²⁹. Sabe-se que a integralidade do cuidado pode ser alcançada por meio de ações focais estabelecidas a partir das necessidades locais e com os recursos interdisciplinares e intersetoriais disponíveis. É da articulação de tais fatores que se alcança a educação popular, o controle social, enfim, a promoção e a humanização do cuidado em saúde²⁹. A formação, naturalmente educativo-terapêutica, dos profissionais de saúde acima identificados, possibilita o trabalho em grupo e, conseqüentemente, a mudança de atitude de seus participantes. Tais profissionais ao lado dos médicos, enfermeiros e agentes comunitários podem focar os múltiplos aspectos constitutivos da gestação e do puerpério, ou seja, pode-se tratar do aleitamento materno, por exemplo, sob o enfoque da medicina, da psicologia, da fonoaudiologia, da nutrição, da terapia ocupacional e do saber popular produzindo um conhecimento que possibilite a gestante optar por amamentar ou não.

Portanto, ações educativas no processo do cuidado podem ser desenvolvidas num contexto em que vários profissionais estejam inseridos, ou seja, é da articulação interdisciplinar que se proporciona melhor qualidade da atenção em saúde¹. Nos processos de educação em saúde evidenciam-se as necessidades de cuidados diferenciados e acolhedores; os profissionais têm na educação em saúde um dispositivo de atenção mais integral (além da clínica convencional)³⁰.

Note-se que, desde a implantação do SUS, e especialmente após o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, a Clínica Ampliada se apresenta como um dispositivo para alcançar o intento da qualidade dos serviços de saúde, visto

que propõe rever a estruturação das práticas de produção de saúde para além das expressões das doenças, da realização de diagnósticos, da prescrição de medicação e do modelo médico centrado. A Clínica Ampliada discute a fragmentação dos processos de trabalhos, resultantes dos tradicionais modelos de gestão da clínica em serviços públicos, propondo a incorporação de novas tecnologias, saberes e práticas³¹.

É, pois, desafiante viabilizar uma formação que busque posturas criativas de construção de conhecimentos acerca do cuidado em saúde, em que os profissionais ampliem suas concepções entendendo a dimensão das necessidades dos sujeitos, e ainda mais, transformem a atenção em saúde em um cuidado ampliado, enfocando as ações de educação como intrínsecos às práticas profissionais³². É importante romper a visão assistencialista e mecanicista do corpo, bem como incluir o diálogo e a socialização de saberes e de práticas entre profissionais e usuários como potentes alternativas¹³.

■ CONCLUSÕES

Com base na percepção de puérperas, provenientes de diferentes serviços de saúde, acerca da assistência pré-natal, foi possível verificar algumas insuficiências com relação à assistência pré-natal, como: a não adesão de algumas gestantes ao pré-natal; a não realização do número mínimo de consultas de pré-natal; a não realização de práticas educativas entre as gestantes, visando orientar sobre a gestação, parto e puerpério; o desconhecimento da importância do pré-natal.

Estes dados apontam para a necessidade de intensificar o processo educativo entre as gestantes, independentemente do nível social, econômico e cultural, aprimorando assim, a qualidade da atenção e diminuindo a morbi-mortalidade materno-infantil no Brasil.

Acredita-se que os dados observados, contribuam ainda, para futuras discussões e adequações dos serviços de pré-natal, refletindo em melhorias concretas nas ações assistenciais e educacionais. Além disso, a participação e a opinião das puérperas neste processo enriquece a análise do que precisa ser aprimorado na qualidade dos serviços e na prática profissional.

ABSTRACT

Purpose: to know the mothers perception about the prenatal care. **Method:** there were interviewed within 48 hours after the delivery, 150 postpartum women, from various health services that accessed the Hospital Universitário de Santa Maria / RS, from December 2010 to February 2011. **Results:** from the 150 postpartum women, 91,33% attended prenatal consultation in a health system from the town and 8,67% did not attend any consultation. 56,67% of postpartum women considered that prenatal care is important both for the mother and for the baby; regarding prenatal care held in the city, 84.67% of postpartum women judges that there is no need for change. **Conclusion:** despite of the users consider the assistance appropriate, the authors estimate that there are deficiencies in prenatal care in the different services that could be assisted by conducting a multi-professional and interdisciplinary work. In this sense, intensify the educational process among the pregnant women may improve the care quality, eliminate the lack of prenatal and decrease maternal and infant morbimortality rates in the municipality.

KEYWORDS: Prenatal Care; Maternal and Child Health; Health Education; Interdisciplinary Research

■ REFERÊNCIAS

1. Figueiredo PP, Rossoni E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. *Rev Gaúcha Enferm.* 2008; 29(2):238-45.
2. Brasil. Ministério da Saúde. Seminário de Avaliação Final – Mortalidade Materna e Morbimortalidade Neonatal. [acessado 2011 jun 25] Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/periodicos/boletim_mortalidade_materna.pdf
3. Ministério da Saúde. Indicadores da mortalidade [acessado em 2011 set 07] Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2009/C03b.htm>.
4. CEVS – Centro Estadual de Vigilância em Saúde [acessado 2011 mai 26]. Disponível em: <http://www.saude.rs.gov.br/wsa/portal/index.jsp?menu=organograma&cod=746>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN). Brasília: Ministério da saúde; 2000.
6. Brasil. Ministério da Saúde. [acessado 2011 mar 20]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33959&janela=1.
7. Brasil. Ministério da Saúde. [acessado 2011 mar 20]. Assistência Pré-Natal: normas e manuais técnicos. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000b.
8. Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006; 28(5): 310-5.
9. Brasil. Ministério da Saúde. Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2. ed. Brasília: Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização, 2006.
10. Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber k. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2002; 25(5):293-9.
11. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004a; 4 (3): 269-79.
12. Xiaoning L, Zhoua X, Yana H, Wangc D. Use of maternal healthcare services in 10 province of rural western China. *Int J Gynaecol Obstet.* 2011;114(3):260-4.
13. 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.* 2007; 12(2):477-86.
14. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Riveiro VS, Aragão VMF, Bettiol, H. Fatores associados à inadequação do pré-natal. *Rev Saúde Pública.* 2003; 37(4):456-62.
15. Serruya, SJ, Lago TG, Cecatti JG. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública.* 2004b; 20(5):1281-9.
16. Nagahama EEI, Santiago SM. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. *Cad Saúde Pública.* 2006; 22(1):173-9.
17. Silveira, MF, Santos IS, Barros AJD, Matijasevich A, Barros FC, Victora CG. O aumento da prematuridade no Brasil: revisão de estudos de base populacional. *Rev Saúde Pública.* 2008; 42(5):957-64.
18. Reis DM, Pitta DR, Ferreira HMB, Jesus MCP et al. Educação em Saúde como estratégia de

promoção de saúde bucal em gestantes. *Cien Saude Colet*. 2010; 15(1):269-76.

19. Van Dijk JAW, Anderko L, Stetzer F. The impact of prenatal care coordination on birth outcomes. *J Obstetric Gynecol Neonatal Nur*. 2011; 40(1):98-108.

20 Wu Z, Viisainen K, Wang Y, Hemminki E. Evaluation of a community-based randomized controlled prenatal care trial in rural China. *BMC Health Serv Res*. 2011;11:92.

21. Sem autor. Nascer prematuro em Portugal. [acessado 2011 out 01]. Disponível em: www.lusoneonatologia.net/.../d5be427979a647e615755a1d04f4fa13.

22. Moreira L, Casqueiro J, Jesuino F, Ada LF. Recém-nascido de baixo peso: percentual de prematuridade e de restrição de crescimento intra-uterino em duas maternidades de Salvador: Maternidade Climatério de Oliveira e Hospital Santa Amaro. *Gaz Méd Bahia*. 2007;77(1):S93-S7. Disponível em <http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/viewFile/294/284>

23. Beck S, Wojdyla D, Say L, Betran AP, Merialdi M, Requej JH et al. The worldwide incidence of preterm birth: a systematic review of maternal mortality and morbidity. *Bull World Health Organ*. 2010;88:31-8. Disponível em: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/1/08-062554.pdf>

24. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cad Saúde Pública*. 2001; 17:131-9.

25. Lima Júnior J, Maia EMC, Alchieri JC. Avaliação de serviços hospitalares na perspectiva dos profissionais de saúde. *Rev Gaúcha Enferm*. 2008; 29(4):525-35.

26. Matos E, Pires DEP. Práticas de cuidado na perspectiva interdisciplinar: um caminho promissor. *Texto Contexto Enferm*. 2009; 18(2):338-46.

27. Costa RKS, Enders BC, Menezes RMP. Trabalho em equipe de saúde: uma análise contextual. *Cienc Cuid Saude*. 2008; 7(4):530-6

28. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Ulmi EF, Mano OS, Agnol MMD, Neumann NA. Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. *Cad Saúde Pública*. 2007; 23(9):2157-66.

29. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. [acessado 2012 jan 03]. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/nasf.php>.

30. Machado MFAS, Monteiro EMLM, Queiroz DT, Vieira NFC, Barroso MGT. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS – uma revisão conceitual. *Cien Saude Colet*. 2007; 12(2):335-42.

31. Moreira MCN. A construção da clínica ampliada na atenção básica. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2007;23(7): 1737-9.

32. Ceccim RB, Ferla AA. Educação e saúde: ensino e cidadania como travessia de fronteiras. *Trab Educ Saude*. 2009; 6(3):443-56.

<http://dx.doi.org/10.1590/S1516-18462012005000081>

Recebido em: 16/10/2011

Aceito em: 09/01/2012

Endereço para correspondência:

Marizete Ilha Ceron

Rua Bentevi, 215 – Bairro Jucelino Kubistchek

Santa Maria – RS

CEP: 97035-130

Email: marizeteceron@hotmail.com