



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

**CONHECIMENTOS DE GESTANTES: cuidados realizados na gestação e
cuidados com o recém nascido**

ANA RAQUEL CANEIRO BARRETO

Santo Antônio de Jesus-BA

2013

ANA RAQUEL CANEIRO BARRETO

CONHECIMENTOS DE GESTANTES: autocuidado e cuidados com o recém nascido

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da UFRB como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Patrícia Figueiredo Marques.

**Santo Antônio de Jesus-BA
2013**

ANA RAQUEL CANEIRO BARRETO

CONHECIMENTOS DE GESTANTES: autocuidado e cuidados com o recém nascido

Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado ao Curso de Graduação em Enfermagem da UFRB como requisito parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Patrícia Figueiredo Marques.

Aprovada em _____ de Outubro de 2013.

BANCA EXAMINADORA

Profa MsC. Patrícia Figueiredo Marques
Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Profa MsC. Amália Nascimento Sacramento
Professora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

Prof. Dr. Djanilson Barbosa dos Santos
Professor da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia

DEDICO ESTE TRABALHO...

A Deus, minha força maior, por me dar luz e sabedoria para vencer essa etapa..

Aos meus pais pelo amor incondicional, pela confiança em mim.

Ao meu irmão por todo carinho, pela torcida e pela compreensão.

Dedico esta e as minhas demais conquistas a vocês.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente a Deus, pai de todas as coisas, por nunca me desamparar, por me da luz para seguir na direção certa e por me forças e coragem para continuar.

Segundo aos meus pais, Petrila e José Wilson e ao meu irmão Wilson, minha felicidade e minha saudade maior. Agradeço por acreditarem em mim e em meus sonhos e por fazer deles os seus sonhos.

Agradeço a minha orientadora Patricia Marques pelos anos de trabalhos juntas, e por mais este trabalho, por todos o ensinamentos e todas as oportunidades. Pelo companheirismo e pela preocupação para além dos trabalhos acadêmicos.

Igualmente agradeço a professora Amália Sacramento, por me ter dado a primeira oportunidade na iniciação científica e assim me abriu portas para um conhecimento até então distante. Obrigada pela preocupação, pelas oportunidades e ensinamentos.

Obrigada aos amigos que sempre estiveram por perto dando força quando já não se sabia de onde tira-lá. Pelas conversas jogadas ao vento, pelos sorrisos largos e abraços apertados.

Em especial agradeço e Emanuelle Cunha, pela companhia de longos anos, por dividirmos tantos momentos especiais e por ser a irmã que a vida me deu.

A Valdília Costa pelo carinho, por cuidar de mim nas vezes em que me sentir sozinha. Por me fazer rir quando o momento pedia pra chorar, pelos conselhos e pela parceria na construção desse trabalho.

A Geovânio Brito, como viver sem ter a tua alegria, a tua espontaneidade e a tua cumplicidade? Obrigada por me proporcionar vários sorrisos e até o choro de tando rir. Acho que todo mundo deveria ter um Geo na vida para aprender a ser mais feliz.

Ao meu namorado Igor Pirôpo, por me incentivar, por compreender a minha ausência quando os estudos me faziam trocar a sua companhia pelos livros e a tela de um computador. Obrigada por me fazer mais feliz e pelas vezes que me emprestou o riso para alegrar os dias.

Agradeço as equipe das unidades de Saúde da Família Andaiá I e Andaiá II, pela parceria na realização deste trabalho e pelas amizades construídos.

A todos muito obrigada!

BARRETO, Ana Raquel Carneiro. CONHECIMENTOS DE GESTANTES: autocuidado e cuidados com o recém nascido. Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus, BA, 2013.

RESUMO

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, considerando os sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida. Desta forma caracterizar o conhecimento de gestantes atendidas no pré-natal em Unidade de Saúde da Família (USF) em município baiano sobre autocuidado e os cuidados com o recém nascido é importante para transformações nas ações de educação em saúde destes sujeitos. Assim, os objetivos foram: caracterizar os conhecimentos de gestantes atendidas em unidade de saúde da família quanto ao autocuidado e aos cuidados com o recém nascido e traçar o perfil socio demográfico e reprodutivo desses sujeitos. Este trabalho trata-se de um recorte do projeto PIBEX “Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal - cuidado e autonomia do sujeito”. Este recorte caracteriza-se como um estudo de abordagem quantitativa de amostragem aleatória, que tem como universo de pesquisa todas as gestante que realizaram pré-natal em duas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, nos meses de agosto e setembro de 2013, num total de 60 gestantes e por amostra teve-se 30 gestantes as quais foram aplicados o instrumento para coleta e aceitaram participar do projeto de intervenção. A análise foi realizada a partir da categorização dos dados através de estatística simples, onde os resultados foram tabulados no programa Excel e apresentados em forma de tabelas e gráficos representados por frequência e porcentagem e assim analisados sob a luz da literatura atual, numa perspectiva de gênero e integralidade. Os resultados demonstraram que em relação ao conhecimento das mulheres aos aspectos do pré-natal elas demonstraram conhecer a maioria de suas rotinas como, o período de início e final das consultas, os exames que devem ser realizados, das medicações e vacinas que devem ser tomadas. Porém há uma falta conhecimentos em relação a importância e necessidades dos mesmo. Assim as mulheres demonstram que elas apenas seguem o recomendado pelos profissionais de saúde, obedecem suas orientações, mas não tem conhecimento da necessidade das ações e procedimentos. Concluímos que se faz necessário qualificar/informar a gestante de forma que ela tenha subsídios suficientes, para lidar com influência das práticas errôneas culturalmente acreditadas e assim não comprometa o processo de cuidado. Além disso, a prática de capacitar os sujeitos é fundamente para o reconhecimento dos mesmos enquanto participes no processo de cuidar.

Palavras-Chaves: Gestante; conhecimento; autocuidado; enfermagem.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Perfil sócio econômico de mulheres atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba, no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 2- História reprodutiva de mulheres atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba, no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 3- Situação gestacional de mulheres atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba, no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 4- Conhecimento a respeito de consultas de pré-natal de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 5- Conhecimento referente aos exames a serem realizados durante o pré-natal de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 6- Conhecimento referente a vacinação e medicação na gestação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 7- Conhecimento referente aos cuidados corporais durante a gestação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 8- Conhecimento referente a alimentação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 9- Conhecimento referente a amamentação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 10- Conhecimento referente aos cuidados com o bebê de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Tabela 11- Conhecimento referente aos anticoncepcionais que podem ser usados após o parto de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus- Ba no período de agosto a setembro de 2013.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	09
2. REFERENCIAL TEÓRICO	12
2.1 Atenção a Saúde da Mulher-relato breve da história brasileira	12
2.2 Assistência pré-natal e atuação da enfermagem para o auto cuidado e autonomia dos sujeitos	15
3. METODOLOGIA	20
4. RESULTADOS	24
5. DISCUSÃO	35
6. CONCLUSÃO	48
7. REFERENCIAS	53
APÊNDICES	
APÊNDICE A: TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO GESTA	
APÊNDICE B - ROTEIRO PARA ENTREVISTA	
ANEXOS	
ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA	
ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	

1. INTRODUÇÃO

A assistência ao pré-natal deve oferecer cobertura a toda população de gestantes, assegurando o acompanhamento, a continuidade no atendimento e avaliação. Essas ações tem como objetivos prevenir, identificar e/ou corrigir as intercorrências maternas e fetais bem como instruir a gestante no que diz respeito à gravidez, parto, puerpério e cuidados com o recém-nascido, com destaque também a importância de fortalecer os vínculos com companheiro (a) e família para que estes se envolvam também no processo de gestar, parir e nascer (NETO, GUIMARÃES, 2008).

Considerando a integralidade, um dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), no processo assistencial deve-se atender a prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, buscar apreender as necessidades mais abrangentes da gestante e acompanhante, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais. Dessa forma a assistência pré-natal, não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da atenção integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem (MAZZINI et al, 2008).

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, considerando os sujeitos ativos no cuidado de sua saúde, em todos os ciclos da vida. Sendo essas atividades uma das prerrogativas da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004, a qual incorpora um conjunto de atenção à saúde e sob uma percepção ampliada de seu contexto de vida, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas (REDE NACIONAL FEMINISTA, 2008).

Essas questões também convergem com alguns dos princípios da Rede Cegonha, instituída em 2011, através da Portaria no- 1.459, de 24 de junho de 2011, a qual consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

Corroborando aos princípios dessa portaria, Duarte e Andrade, (2008), discorre que quando se relaciona a gestação deve-se considerar todo o processo que envolve esse período na vida da mulher, seu companheiro ou companheira e a família. Sendo este um período de

mudanças fisiológicas, comportamentais e sociais para mulher e sua família em virtude de um novo ser que esta se desenvolvendo, que requer atenção e cuidados adequados, e transforma socioeconômico e psicologicamente a vida destas pessoas. Essas mudanças geram sob o indivíduo processos de medo, dúvidas e ansiedade, podendo chegar até ao desenvolvimento de doenças.

Ainda de acordo com Rios e Vieira (2007), aparentemente, está havendo uma falha nas ações educativas durante o período do pré-natal, visto que torna-se paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e frequentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto. E assim essa carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores mais comuns, e que trazem para a gestante, companheiro ou companheira e família um estado de tensão, influenciando negativamente durante todo o processo.

Essa situação torna-se contraditória implantação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no ano de 2000, pelo Ministério da Saúde e a progressiva difusão dos conhecimentos em saúde e educação nessa área. Assim como também é incoerente que a gestante, durante as consultas de pré-natal aceite passivamente somente o que lhe é oferecido em detrimento daquilo a que tem direito, demonstrando assim falta de propriedade sobre os seus direitos, visto que tal conhecimento está intimamente ligado à essência do PHPN, uma vez que é base para, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante, educar e tornar, assim, a mulher mais partícipe do seu processo gravídico-puerperal (BRASIL, 2002 e MENDOZA-SASSI et al 2007).

No entanto, pouco se sabe a respeito do conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si, ou seja, quanto conhece dos procedimentos necessários, ou a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto imediato, sendo esse conhecimento essencial para a produção de atendimentos de melhor qualidade e para a redução dos índices de morbimortalidade materna (MENDOZA-SASSI et al 2007).

Nesse contexto torna-se pertinente, relevante e inovador saber o nível de conhecimento de gestante de um município do recôncavo da Bahia que são atendidas pelo serviço de pré-natal, a cerca da gestação, parto e puerpério, a fim de avaliar o preparo das mesmas para com estes período e assim também a importância do pré-natal nesse preparo e construção de conhecimento.

Este trabalho também surge a partir do interesse da discente na discussão sobre saúde da mulher, especificamente em gestantes e da participação da mesma no projeto PIBEX (Programa Institucional de Bolsas de Extensão) denominado “Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal cuidado e autonomia do sujeito”, onde esta pesquisa é resultados de um pré-teste aplicado as gestantes para avaliação dos conhecimentos previos antes da realização de atividade grupais aducativas de metodologia feminista. E tem como pergunta norteadora - qual o conhecimento que as gestantes, acompanhadas na Unidade de Saúde da Família, tem sobre auto-cuidado e dos cuidados com o recém-nascido?

Considerando as varias mudanças e a nova rotina de cuidados, para com as mudanças do corpo ao manejos nos sinais e sintomas da gestação aos quais a mulher está sujeita durante o período gestacional, bem como o modelo assistencial adotado, supõe-se que há um desconhecimento por parte de gestante quando ao autocuidado assim como os cuidados com o recém-nascido. Esta pressuposição baseia-se nos resultados de outros estudos Rios e Vieira (2007), Santos, Radovanovic e Marcon (2010) e Busanello et all (2011), nos quais as gestantes não participam do processo de cuidados que lhes é ofertado, ficando a mercê do que lhes é oferecido nos serviços, sem direto assim de exercer sua autonomia para buscar seus direitos por desconhecimento dos mesmos e do processo fisiológico que estão passando.

Diante disso este estudo visa contribuir para a caracterização do conhecimento das gestantes, e do seu poder de autonomia, e assim possibilitar a avaliação do modelo assistencial prestado. A partir disso é possível repensar e/ou reafirmar práticas de cuidado voltadas ao empoderamento e a autonomia dos sujeitos, bem como melhores índices de morbimortalidade materno e infantil.

Assim adota-se como objeto de estudo **o conhecimento de gestantes atendidas no pré-natal em USF no município de Santo Antônio de Jesus tem a respeito do autocuidado e os cuidados com o recém nascido em uma perspectiva autonomia dos sujeitos, integralidade e gênero.**

Assim adota-se como objeto de estudo o conhecimento de gestantes sobre cuidados no pré natal e cuidados com o recém nascido, numa perspectiva de autonomia das mulheres.

E por objetivos: caracterizar os conhecimentos de gestantes atendidas em unidade de saúde da família quanto ao autocuidado e aos cuidados com o recém nascido e traçar o perfil socio demografico e reprodutivo dessas mulheres.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 Atenção a Saúde da Mulher-relato breve da história brasileira

No Brasil a atenção à saúde da mulher vem sendo construída a partir de sucessivas políticas públicas de saúde. Até a década de 1970, a saúde da mulher era considerada em sua dimensão procriativa, priorizando-se cuidados voltados ao ciclo gravídico-puerperal. A saúde pública tinha caráter pró-natalista e a medicina reforçava a naturalização das diferenças entre os sexos, enfatizando a visão da mulher como mãe (HEILBORN et. al, 2009).

Oriundo da luta feminista por maior participação social e melhores condições de vida, em 1984 surge o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que construiu, ao longo do tempo, conhecimento sobre as demandas das mulheres para além das especificidades reprodutivas, o que representou uma ruptura com a perspectiva biologizante materno-infantil. E na atualidade a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) reflete o compromisso com a implementação de ações em saúde da mulher, garantindo seus direitos e reduzindo agravos por causas preveníveis e evitáveis, enfocando, principalmente, a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a atenção ao abortamento inseguro e o combate à violência doméstica e sexual e resgata os seus princípios, com ênfase na abordagem de gênero e na integralidade como norteadores das práticas de cuidado à saúde das mulheres (COELHO, 2009).

O conceito de integral não só enfatiza a ligação do sistema reprodutor e das mamas, mas também de outros aspectos não físico-biológicos da vida das mulheres. Ou seja, o atendimento em saúde deveria estar norteado por uma abordagem das mulheres como seres completos, não apenas como partes isoladas de um corpo, mas pessoas que vivem um momento emocional específico e estão inseridas em um determinado contexto socioeconômico (HILLESHEIM ET ALL 2009)

Ainda de acordo com Hillesheim et all (2009), para de atender o princípio da integralidade é necessário compreender e incluir a questão da identidade/diferença dos sujeitos. Esta temática ainda se encontra nos documentos de forma menos perceptível e apresenta uma vinculação estreita com o movimento feminista. Nesse contexto as questões de classe social, sexualidade, raça, etnia, nacionalidade e de gênero ganham significados e relevância. Estas são categorias que fragmentam as paisagens culturais, visto que definem posições e representatividade dos sujeitos.

Em se tratando da relação mulher e saúde, a dimensão de gênero participa fortemente do processo de saúde e de adoecimento e assim deve ser valorizada como produtora de demandas de saúde, já que uma boa qualidade na atenção à saúde é aquela que oferece o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, de seus direitos humanos, de sua experiência e do fortalecimento do poder sobre si mesma. Assim nesse processo de construção da identidade de gênero não pode ser negado a usuária a afirmação do domínio sobre seu corpo, sua sexualidade, sua autoestima e seu poder de decisão (COELHO ET ALL, 2009).

Perante a necessidade de atender à essas novas demandas de saúde, as diretrizes gerais do PAISM previam a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina, enfatizando as ações de controle de patologias mais prevalentes, apresenta uma nova postura de trabalho de saúde em equipe em face do conceito de integralidade do atendimento, pressupunha uma prática educativa permeando todas as atividades a serem desenvolvidas de forma que a população possa fazer-se agente integrante do processo de cuidado e assim possa apropriar-se dos conhecimentos necessário ao maior controle sobre sua saúde, possibilitando assim autonomia dos sujeitos (MEDEIROS E GUARESCHI, 2009).

A dimensão educativa é, sem dúvida, um dos aspectos mais inovadores do PAISM, pois objetiva contribuir com o acréscimo de informações que as mulheres possuem sobre seu corpo e valorizar suas experiências de vida. Desse modo, como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a clientela (RIOS e VIEIRA, 2007).

Nesse novo cenário de atenção a saúde da mulher além da integralidade a temática da humanização permeia todos os documentos, sendo um dos ideais desse contemporâneo panorama político. O PNAISM afirma a humanização como um princípio, alertando que este se dá por meio de um processo contínuo, que deve estar presente todo momento e demanda reflexão permanente sobre atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. Assim assumi-se uma nova postura profissional, onde é preciso maior conhecimento de si, para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões (FREITAS et all 2009)

O princípio da humanização esta presente nos manuais do Ministério da Saúde, de forma geral, estes enfatizam importância da atenção humanizada, buscando sensibilizar as equipes de saúde para os aspectos emocionais, culturais e socioeconômicos envolvidos em

uma política de atenção integral à saúde assim também ressalta a importância da construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos. Para isso conjuntamente busca o fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade (BRASIL, 2004).

Nesse novo contexto, com a finalidade de aprimorar o PAISM, visto que este embora tendo como base a integralidade nas ações na área da saúde da mulher, era ainda questionado quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna, o Ministério da Saúde lança em 2000 o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), o qual enfatizou a afirmação dos direitos da mulher, propondo a humanização como estratégia para a melhoria da qualidade da atenção a saúde (ALMEIDA e TANAKA, 2009).

De acordo com Serruya e Cecatti, (2010) o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), busca acolher a mulher durante todo o período gestacional promovendo um atendimento de qualidade que possa assegurar o bem estar da gestante e do conceito, através da prevenção, diagnóstico e tratamento de quadros patológicos a fim de melhorar os indicadores de morbidade e mortalidade relacionados à gestação.

Em se tratando do período gestacional, parto e puerpério, esta pode ser uma experiência muito gratificante, mas também pode ser vivenciada com aspectos negativos na vida da mulher e/ou casal, pois é grande o impacto que ela causa na mulher e em sua família. É um dos momentos na vida dessa mulher, em que ela vivencia uma gama de sentimentos, traz alegria, surpresa, tristeza e até mesmo negação, assim também ansiedade e dúvidas com relação às modificações pelas quais vai passar, sobre como está se desenvolvendo a criança, medo do parto e puerpério (RIOS e VIEIRA, 2007).

Além disso, o modo pelo qual a futura mãe responde a estas alterações, bem como o tempo que estas irão durar, depende de alguns fatores, como: planejamento anterior da gravidez, relação familiar, meio sócio-econômico, cultura, experiências gestacionais anteriores, número de filhos, religião, posição e identidade social, entre outros (SANTOS, RADOVANOVIC e MARCON, 2010).

Dessa forma, as ações assistenciais pré-natal, parto e puerpério não devem se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem. (DUARTE e ANDRADE, 2008)

Em relação aos efeitos das ações educativas, especificamente durante o pré-natal, pode-se dizer que este é o momento mais oportuno para uma atuação preventiva, devido ao

fato da gestante estar mais disposta e sensível às discussões e diretamente envolvida com as orientações que devem ser fornecidas pelo profissional de saúde sobre o ciclo gravídico-puerperal. Sendo que essas práticas educativas em saúde um potencializador do auto-cuidado e possibilitam a discussão da qualidade de vida das pessoas, constituindo um desafio permanente para os profissionais da saúde que procuram minimizar os agravos à saúde promovidos pelos diversos fatores sociais, econômicos, físicos e culturais (DOMINGUES e BARBOSA, 2012)

Dessa forma, com o PHPN e a progressiva difusão dos conhecimentos em saúde e educação nessa área, espera-se que a gestante, durante as consultas de pré-natal, rejeite a atitude passiva de aceitar somente o que lhe é oferecido em detrimento daquilo a que tem direito, resultando em um atendimento de melhor qualidade e na mudança de práticas inadequadas existentes (MENDOZA-SASSI et all, 2007)

2.2 Assistência pré-natal e atuação da enfermagem para o auto cuidado e autonomia dos sujeitos

A assistência à mulher no pré-natal, além de prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido, tem a capacidade de ampliar a percepção corporal da mulher quanto a sua capacidade de gestar, parir e maternar. Sendo as modificações do corpo, promovidas pelo desenvolvimento da criança, o meio que favorecem a compreensão da maternidade envolvendo emoções e valores relacionados a si, à criança e à família, logo necessita por parte da gestante o entendimento dessas modificações do processo gravídico-puerperal (CARDOSO, SANTOS e MENDES, 2007)

As alterações fisiológicas ocorridas durante a gravidez sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode sofrer, gerando medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo. Torna-se mister que esses sentimentos sejam compartilhados com outras gestantes, que compartilham dos mesmos sentimentos, com um profissional de saúde ou, mais especificamente, com o enfermeiro e o médico, no momento da assistência pré-natal (SANTOS, RADOVANOVIC e MARCON, 2010)

Diante dessa gama de transformações, sentimentos e especificidades, é primordial que os princípios de integralidade e humanização, propostos pelo PAISM e PHPN, estejam presentes nas atividades assistenciais e assim a mulher seja considerada o sujeito de todas as ações relacionadas à sua saúde, sendo isto possível, por meio do compartilhamento das decisões entre a mulher e os profissionais da saúde (BUSANELLO et all, 2011).

De acordo o Manual de Pré-natal e Puerpério do Ministério da Saúde, nesse cenário assistencial destaca-se o enfermeiro por ser o profissional responsável por a maioria das consultas de pré-natal de baixo risco. Encarregando-se assim de um papel importante no resgate do direito das mulheres de participar das decisões e problemáticas que podem advir durante o ciclo gravídico- puerperal. Logo o cuidado de Enfermagem pode possibilitar e/ou facilitar a capacidade da mulher desenvolver ou simplesmente fazer escolhas sobre seu corpo e seu processo reprodutivo. Assumindo dessa forma uma perspectiva ainda mais positiva em relação à garantia dos direitos da mulher, pois quanto maior o envolvimento das mulheres nas decisões, maior sua capacidade do exercício da autonomia (BUSANELLO et all, 2011).

No contexto do cuidado de Enfermagem, reconhecer o paciente como um ser com capacidade para pensar e participar das decisões frente às diferentes alternativas de cuidado, significa respeitar sua posição de sujeito. Além disso, ao considerar o paciente como agente das mudanças e sujeito da sua condição de saúde, é importante e necessário considerar a individualidade de cada paciente e valorize o seu contexto de vida (COELHO et all, 2009).

Desse modo as orientações oferecidas precisam ser adequadas às reais necessidades e apropriadas para cada caso específico, assim como deve-se adotar uma linguagem clara e objetiva para que se faça ser ouvido e entendido, de forma a possibilitar que o processo gestacional seja vivenciado da forma mais tênue e prazerosa possível, objetivando a diminuição dos níveis de ansiedade e temor que geralmente ocorrem nesses momentos. (BUSANELLO et all, 2011)

De acordo com Freire (2011), somente o diálogo gera um pensar crítico que é capaz, também, de gerar o diálogo. Com a visão do processo educativo numa tendência libertadora, a enfermeira estimula o falar fazendo com que a gestante interfira, dialogue e se sinta capaz, visto que a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo dentro dessa perspectiva deve ser a de propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. Do ponto de vista operacional, o que se preconiza é a oferta de ações educativas que capacitem à mulher o conhecimento do corpo. Tais ações devem, preferencialmente, ser realizadas através de metodologias participativas, garantindo assim, que o conhecimento que as mulheres já possuem possa ser intercambiado dentro dos grupos formados nos serviços de saúde.

O Ministério da Saúde (2012) reforça que as atividades educativas, pelas quais as gestantes constituem o foco do processo principal de aprendizagem, a serem realizadas em grupo ou individualmente além de conter uma linguagem compreensível é preciso também uma metodologia participativa. Além disso é necessário que o setor Saúde esteja aberto para

as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. Assim não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros ou companheiras e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres.

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo grávido-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver a gestação e o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação. Considerando o pré-natal e nascimento como momentos únicos para cada mulher, os profissionais de saúde devem assumir a postura de educadores e mediadores no processo de construção e compartilhamento de saberes, buscando devolver à mulher sua autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério (RIOS e VIEIRA, 2007).

Dessa forma Rios e Vieira, (2007), ainda corrobora ao dizer que postura dos(as) profissionais é algo fundamental para um atendimento a saúde da mulher com base na integralidade e humanização, e em muitas situações só se realizará com incorporações ou redefinições mais radicais da equipe de saúde e de seus processos de trabalho, assim, a maneira como as práticas estão socialmente configuradas pode propiciar ou dificultar esse processo.

Contudo, investigações científicas com profissionais vêm identificando obstáculos para a construção desse atendimento integral e humanizado. As equipes multiprofissionais, cuja formação se dá sob sujeição ideológica a referenciais de saber e poder, desenvolvem, sobretudo, ações de caráter biológico dirigidas à saúde sexual e reprodutiva, mantendo-se na obscuridade outros problemas vivenciados, o que reproduz desigualdades sociais diante da implementação das políticas públicas de saúde (COELHO et al, 2009, RIOS, CUNHA e VIEIRA, 2007, BUSANELLO et al, 2011).

A postura da profissional enfermeira e também de uma equipe multiprofissional, ao dispensar o espaço para a palavra, enfatiza o silêncio e a ausência do diálogo. Assim, passa a considerar que o saber está sob o domínio de quem cuida, negando e desconhecendo a capacidade do outro, o ser cuidado, como uma pessoa capaz de pensar, divergir e decidir. Dessa forma há um desfavorecimento da participação da mulher no processo decisório, no momento em que o ato comunicativo das mulheres é bloqueado pela autoridade dos profissionais e pela supremacia dos seus conhecimentos científicos. Além disso esses aspectos ainda são agravados pela desconsideração por parte dos profissionais do conhecimento

popular, prevalecendo o saber empírico em detrimento da valorização da experiência e vivência das mulheres (BUSANELLO et all, 2011).

Segundo Coelho et all, (2009), essas práticas e posturas profissionais fazem com que as mulheres vivenciem o medo de serem mal atendidas ou não serem atendidas, e a vergonha que lhes acompanha por terem incorporado a inferioridade diante do(a) profissional de saúde e a necessidade resultante da pobreza e das questões de gênero, as mulheres calam-se porque lhes faltam instrumentos mobilizadores do entendimento da saúde como direito e da obrigação profissional de respeitá-las em sua singularidade.

Ainda de acordo com Coelho et all, (2009), os profissionais de saúde reconhecem que desigualdades de classe e de gênero permeiam as práticas cotidianas no serviço e que a organização das práticas não atende ao mínimo requerido no modelo clínico, negando-se inclusive o atendimento no nível da queixa imediata a que tal modelo se propõe na medida em que há assimetria entre oferta e demanda. E ainda reconhecem que essa situação é consequência de preocupação com a organização das práticas em seus aspectos mais técnicos que se sobrepõem a reflexões e discussões em que os profissionais reconhecessem o seu papel na promoção de saúde das mulheres de modo efetivo para abrir caminhos ao empoderamento.

Dessa forma percebe-se que a capacidade das mulheres para definirem, analisarem e atuarem sobre o seu próprio corpo vem sendo violada., em decorrência da ausência de participação desta no seu processo de cuidado e do não conhecimento dos seus direitos. Sendo que esta posição é proveniente da assistência pré-natal que lhe é prestada, ou seja o conhecimento adquirido pela gestante está relacionado à sua satisfação com os cuidados recebidos durante pré-natal anterior e/ou atual. Além disso o modo como as gestantes percebem o pré-natal e leva à reflexão sobre as consequências do choque causado entre o conhecimento científico e o conhecimento popular, e isso determina a conduta das mulheres grávidas (BUSANELLO et all 2011, DUARTE e ANDRADE, 2008 e MENDOZA-SASSI et all, 2007).

Sendo assim esse conhecimento torna-se uma ferramenta para a organização das ações em saúde, buscando-se estabelecer a harmonia entre a ciência e o senso comum, possibilitando desvelar os mitos e as crenças que envolvem o pré-natal, assim torna-se imprescindível que o enfermeiro reconheça o contexto social e cultural da mulher. As alternativas do cuidado popular estão emersas nas crenças e costumes do meio no qual está inserida a mulher e a sua família (BUSANELLO et all 2011) .

No entanto, de acordo com Mendoza-Sassi et all, (2007) pouco se sabe a respeito do conhecimento que a gestante tem sobre esse processo em si, ou seja, quanto conhece dos

procedimentos necessários, ou a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto imediato. Tal conhecimento está intimamente ligado à essência do PHPN e do PHPN, uma vez que é base para, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante, educar e tornar, assim, a mulher mais partícipe, reduzindo, conseqüentemente, os índices de morbimortalidade materna.

Alguns estudos como o de Santos et all, (2010) e Mendoza-Sassi et all (2007), retratam que há um baixo entendimento quanto ao processo gravídico-puerperal e as mulheres reconhecem o seu desconhecimento quanto a gestação, parto e puerpério e assim do pré-natal e de sua práticas preconizadas pelo Ministério da Saúde, assim como também é grande o número de dúvidas quando ao auto-cuidado na gestação, o medo do parto e dos cuidados com o recém-nascido e assim a necessidade de esclarecimentos. Essa informações denotam que o método em que a assistência pré-natal esta sendo prestada não favorece a construção de conhecimento das gestante e conseqüentemente o empoderamento e autonomia dos sujeitos.

Mendoza-Sassi et all (2007) ainda corrobora ao dizer que quando se trata de mulher de classe econômica menos favorecida o nível de desconhecimento aumenta, visto que essas gestantes juntamente apresentam um menos nível de escolaridade e menos acesso aos serviços de saúde. No entanto, atrelado e decorrentes a esses fatores essa população necessita de um nível maior de instrução quando aos cuidados afim de lidar com as dificuldades existentes e diminuir as barreiras de acesso aos serviços.

Nesse contexto é preciso repensar as práticas assistências e os princípios da integralidade e humanização. Em se tratando dos cuidados de Enfermagem, o que estará presente em todas as etapas do processo gravídico-puerperal, tem o papel de ser o agente modificador desse cenário, visto que a sua efetiva ação pode possibilitar e/ou facilitar a capacidade da mulher desenvolver ou simplesmente fazer escolhas sobre seu corpo e seu processo reprodutivo, assumindo assim ações de perspectiva ainda mais positiva em relação à garantia dos direitos da mulher, pois quanto maior o envolvimento das mulheres nas decisões, maior sua capacidade do exercício da autonomia (BUSANELLO et all, 2011).

3. METODOLOGIA

Este trabalho trata-se de um recorte do projeto PIBEX “Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal - cuidado e autonomia do sujeito”. Este recorte caracteriza-se como um estudo de abordagem quantitativa de amostragem simples, por conveniência, que tem como universo de pesquisa todas as gestante que realizaram pré-natal em duas Unidades de Saúde da Família do município de Santo Antônio de Jesus-Bahia, nos meses de agosto e setembro de 2013, num total de 60 gestantes e por amostra teve-se 30 gestantes as quais foram aplicados o instrumento para coleta e aceitaram participar do projeto de intervenção.

A pesquisa será realizada na cidade de Santo Antônio de Jesus, localizada na região do Recôncavo Sul do estado da Bahia, a 187 Km da capital Salvador, as margens da BR-101. é considerado o município mais importante do Recôncavo Baiano, com população estimada em 86.982 de habitantes, segundo o dados do censo de 2010 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

O município se destaca com a atividade comercial, sendo considerado um dos melhores comercios da Bahia. Este conta com grandes fábricas no seu distrito, além de usufruir da produção de fogos de artifício e minifúndios com plantações de diversos produtos agrícolas, como: amendoim, limão, laranja e mandioca, consolidando-se como um grande pólo comercial, atraindo consumidores de diversos municípios que fazem limites com a cidade (CARDOSO, 2012).

Além disso, o município também se destaca no âmbito educacional, concentrando instituições de ensino médio e superior. Este conta com a 4ª Diretoria Regional de Educação (4ª DIREC), escolas tanto do nível municipal quanto estadual e privadas, acolhendo a própria população e de cidades vizinhas, e a nível de ensino superior possuem a Universidade do Estado da Bahia – UNEB, no qual são oferecidos os cursos de Geografia, Bacharelado em Administração, Licenciatura plena nas áreas de Letras Vernácula, Inglesa e Espanhola e História, bem como os cursos de especialização *Lato Sensu*, mestrado multidisciplinar em Memória, Cultura e Desenvolvimento Regional e a Universidade Federal do Recôncavo da Bahia – UFRB, com Centro de Ciências da Saúde o qual oferta os cursos de Enfermagem, Nutrição, Psicologia e Bacharelado Interdisciplinar em Saúde (CARDOSO, 2012).

No campo da saúde o município possui como uma das instituições de referência hospitalar, o Hospital Regional de Santo Antônio de Jesus (HRSAJ), com capacidade de

realizar procedimentos de alta e média complexidade, acolhendo demandas de toda a região, além de uma maternidade, Maternidade Luiz Argollo, responsável pela assistência hospitalar das gestantes.

O município dispõe também de instituições da rede privada, composta por dois hospitais e diversas clínicas, as quais oferecem serviços especializados. Além disso é sede da 4ª Diretoria Regional de Saúde (4ª DIRES), possui 1 Policlínica municipal, 1 Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA), 2 Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), 1 Centro de Especialidades Odontológicas – CEO, 10 Postos de Saúde (CNES, 2013).

Quanto as Unidades de Saúde da Família, o município conta com 21 unidades, com cobertura de 83,9% de sua população. Sendo estas o nosso campo de estudo, haja visto as mesmas se constituírem como porta de entrada para o sistema de saúde, local dirigido para a prestação do atendimento da Atenção Básica de Saúde, na qual estão inseridos os serviços de atendimento à mulher.

Desde o ano de 2003, a Atenção Básica é gerida através da Gestão Plena, com o território sanitário dividido em quatro distritos, onde as unidades de saúde são localizadas de acordo com o perfil sócio demográfico de cada localidade, dispostas no Quadro 1 logo abaixo. Estão em pleno funcionamento as 23 Unidades de Saúde, das quais, 21 são Unidades de Saúde da Família (USF), 19 localizadas na zona urbana e 2 Unidades Básicas de Saúde (UBS). Têm-se também quatro USF's concentradas na Zona Rural, sendo estas: USF Alto do Morro, USF Boa vista, USF 36 Cocão e USF Esperança, caracterizadas como núcleos satélites. As unidades satélites da USF Boa Vista são: Bonfim e Sapucaia; USF Cocão: Fátima e Mina do Sapé; USF Esperança: Benfica, Espinheiro e Vila Bonfim; USF Alto do Morro: Camaçari, Baixa do Morro, São Bartolomeu, Patioba, Casaca de Ferro e Riacho Dantas. Todas as 23 unidades têm o município como instância gestora e o órgão mantenedor o SUS (CNES, 2013).

Quadro 01: Distribuição das Unidades de Saúde da Atenção Básica do Município de Santo Antônio de Jesus/BA, 2013

DISTRITO I		DISTRITO II	
Nome da Instituição	Localização	Nome da Instituição	Localização
USF Alto do Morro Unidade Satélite: Camaçari, Casaca de Ferro, Cruzeiro do Riachão, Riacho Dantas e São Bartolomeu.	Zona Rural	USF Amparo	Zona Urbana
USF Boa Vista Unidades Satélites: Bonfim e Sapucaia	Zona Rural	USF Alto Santo Antonio	Zona Urbana
USF do Povoado do Cocão Unidades Satélites: Fátima; Mina do Sapé	Zona Rural	USF Andaiá I	Zona Urbana
USF Esperança Unidades Satélites: Espinheiro; Vila	Zona Rural	USF Andaiá II	Zona Urbana

Bomfim; Benfica			
USF Geraldo Pessoa Sales	Zona Urbana	UBS CENTROSAJ Unidade Satélite: Cunha	Zona Urbana
		UBS Santa Madalena	Zona Urbana (Periurbana)
DISTRITO III		DISTRITO IV	
Nome da Instituição	Localização	Nome da Instituição	Localização
USF Fernando Queiroz I	Zona Urbana	USF Aurelino Pereira dos Reis	Zona Urbana
USF Fernando Queiroz II	Zona Urbana	USF Irmã Dulce	Zona Urbana
USF Bela Vista (Manoel Nasc. de Almeida)	Zona Urbana	USF São Francisco	Zona Urbana
USF Marita Amâncio	Zona Urbana	USF São Paulo	Zona Urbana
USF Urbis I/Calabar	Zona Urbana	USF Urbis III	Zona Urbana
USF Urbis II	Zona Urbana		
USF Viriato Lobo	Zona Urbana		

Dante do mapa das Unidades de Saúde da Família, os critérios para a seleção do nosso campo para este estudo, pautaram-se na existência de equipe mínima completa e serviços regulares atendimento à saúde da mulher (pré natal, planejamento familiar e atenção ginecológica). A seleção da unidade foi também de acordo com a sugestão dos técnicos da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Santo Antônio de Jesus, que organizam o processo de integração ensino, pesquisa e extensão junta as Instituições de Ensino Técnico e Superior, além do fato destas unidades serem campo de práticas e estágios da UFRB.

Inicialmente, foi realizada uma aproximação e apresentação do estudo a equipe da USF, através de uma reunião com todos os membros das duas unidades selecionadas, buscando estabelecer uma parceria com a mesma, e assim após esses contatos e aproximação dos sujeitos, foi feita a apresentação da temática com as gestantes cadastradas e são acompanhadas pelo serviço através de uma oficina.

Nesse momento foi apresentado a proposta do projeto PIBEX e esclarecida a necessidade de se desejarem participar ter que assina o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Este termo foi lido, sanadas as dúvidas, aplicou-se o formulário, em modelo check list, para caracterizar o conhecimento das gestantes sobre o auto cuidado no período gravídico-puerperal e com recém-nascida(o).

Logo instrumento para coleta de dados desta pesquisa, o formulário modelo check list, foi composto por perguntas objetivas sobre o perfil sócio-demográfico e reprodutivo dos sujeitos, as mudanças fisiológicas da gravidez e puerpério, cuidados com o bebê e auto cuidado (por exemplo sobre Alimentação; Amamentação, Parto e Anticoncepção). O mesmo foi construído a partir da adaptação de vários outros formulários a fim de obter um instrumento que possibilitasse responder os objetivos desde trabalho.

Para a construção desse instrumentos foram utilizados os formulários encontrados nos estudos de Silva et al, (2005), Mendoza-Sassi et al, (2007), Cançado, Pereira e Fernandes, (2009), Minanni et al, (2009) Rasmussen et al, (2011)

A análise foi realizada a partir da categorização dos dados através de estatística simples, onde os resultados foram tabulados no programa Excel e apresentados em forma de tabelas e gráficos representados por frequência e porcentagem e assim analisados sob a luz da literatura atual, numa perspectiva de gênero e integralidade.

O critério de inclusão estabelecido foi a realização de ao menos uma consulta de pré-natal. E como variáveis dependentes da pesquisa a quantidade de consultas de pré-natal já realizadas, experiência gestacional anterior e nível de escolaridade.

O mesmo foi submetido e aprovado ao/pelo Comitê de Ética na Pesquisa da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia (n do protocolo 352.815). Por se tratar de um estudo voltado para gestantes, um grupo de maior vulnerabilidade emocional, poderá haver algum desconforto em falar sobre o tema, sendo livre o desejo de revelar ou não suas necessidades e/ou informações, podendo desligar-se do estudo a qualquer momento atendo assim também a Resolução 466/2012.

Seguindo os critérios desta mesma resolução, garantimos que as identidades das integrantes serão mantidas sigilo e jamais serão reveladas, assim também será garantimos o direito em desligar-se da pesquisa a qualquer momento, sem necessidade de explicar o motivo da desistência caso assim queira e os formulários serão arquivadas por cinco anos e depois destruídas.

4. RESULTADOS

Para identificação dos sujeitos foi traçado o perfil de idade, cor autodeclarada, estado civil, profissão/ocupação, renda familiar bem como a história gestacional e situação atual de gestação das mesmas.

A idade das gestantes variou ente 17 a 40 anos, sendo a maioria, 56,67% com idade entre 21 a 30 anos, seguidos de 30,00 % com idade de 31 a 40 anos, e 13,33% com idade entre 17 a 20 anos.

No quesito cor autodeclarada 53,33% das gestantes se consideram parda, 30 % preta, 10% branca e 6,67 % amarela. Com relação ao estado civil 80% das gestantes são casadas. A profissão/ocupação mais prevalente é dona de casa, 56,67 %, seguido de vendedora com 13,33% de gestantes. As demais profissões como Auxiliar de Serviços Gerais, Estudante, Recepcionista, Auxiliar de Classe escolar, Costureira, Auxiliar Administrativo e Gerente, apresentaram percentil pequeno com 6,67% as duas primeiras categorias e 3,33 % as demais. E na questão da renda familiar 53,33% das gestantes declararam possuir renda de apenas 1 salários mínimo, 23,33% dois salários, 20,00 menos de 1 salário e somente 1 gestante, 3,33% declarou possuir renda superior a 3 salários mínimos.

Tabela 1- Perfil sócio econômico de mulheres atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Idade	Frequência	%
17 a 20 anos	4	13,33
20 a 30 anos	17	56,67
31 a 40	9	30,00
Cor autodeclarada		
Preta	9	30,00
Parda	16	53,33
Amarela	2	6,67
Branca	3	10,00
Profissão/ocupação		
Dona de casa	17	56,67
Vendedora	4	13,33
Auxiliar de Serviços Gerais	2	6,67
Estudante	2	6,67
Outras: Recepcionista, Auxiliar de Classe escolar, Costureira, Auxiliar Administrativo, Gerente	1	3,33
Estado civil		
Solteira	6	20,00
Casada	24	80,00
Renda Familiar		
Menos de 1 salário mínimo	6	20,00

1 salário mínimo	16	53,33
2 salários mínimos	7	23,33
Mais de 3 salários mínimos	1	3,33
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Quanto a história reprodutiva 63,33 % das gestantes tiveram entre 1 a 2 gravidezes, 33,33 % tiveram entre 3 a 4 gravidezes e apenas 3,33 declarou mais de 4 gravidez. A maioria das gestante 50 % não tiveram nenhum parto, seguido de 46,67 que tiveram entre 1 a 2 partos e 3,33 tiveram entre 3 a 4 partos e quanto ao percentil de aborto, 66,67 declararam não ter tido nenhum aborto, 30,00% tiveram entre 1 a 2 abortos e 3,33 declarou mais de 4 aborto.

Como metade das gestantes, 50%, são primíparas, não tiveram filhos, o número de gestantes que tiveram entre 1 a 3 filhos nascidos vivos correspondeu a 50% , logo nenhuma teve filho nascido morto.

Tabela 2- História reprodutiva de mulheres atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013 .

Total de grávidas	Frequência	%
1 a 2	19	63,33
3 a 4	10	33,33
Mais de 4	1	3,33
Número de Partos		
0	15	50
1 a 2	14	46,67
3 a 4	1	3,33
Número de abortos		
0	20	66,67
1 a 2	9	30,00
Mais de 4	1	3,33
Nº de filhos nascidos vivos		
0	15	50
1 a 3	15	50
Nº de filhos nascidos mortos		
0 morto	30	100,00
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Quanto ao período da gravidez em que se encontravam, as idades gestacional que prevaleceram foi de 16 a 20 semanas e 26 a 30 semanas, ambas com 23,33% ; logo após, tivemos de 11 a 15 semanas com 16,67%, em seguida de 8 a 10 semanas e 32 a 35 semanas

com 10,00% cada uma, seguido de 21 a 25 e 36 a 38 semanas com 6,67% e por fim, 3,33% relataram não saber o período gestacional ao qual se encontravam no momento.

No quesito, número de semanas em que descobriram a gestação, 76,67% relataram ter descoberto entre 4 a semanas, em seguida temos de 10 a 15 semanas e 16 a 20 semanas com 10,00% cada uma, e 3,33% referiram não saber com quantas semanas de gestação se encontravam quando descobriram.

Quando questionada sobre com quantas semanas de gravidez estavam quando iniciaram o pré-natal, o maior percentil, 60,00% relaciona-se ao período entre 4 a 8 semanas, logo após, temos 26,67% entre 10 a 15 semanas, 10,00% com 16 semanas, e 3,33% referiram ter iniciado com 28 semanas.

No quesito, número de consultas pré-natal que realizaram até o momento da entrevista obtivemos, 40,00% das gestantes entre 3 a 5 consultas, 36,67% entre 1 e 2 consultas, 16,67% entre 6 a 9 consultas e 6,67% com 10 consultas.

Tabela 3

Situação gestacional de mulheres atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Semanas de gestação que se encontra	Frequência	%
8 a 10 semanas	3	10,00
11 a 15 semanas	5	16,67
16 a 20	7	23,33
21 a 25	2	6,67
26 a 30 semanas	7	23,33
32 a 35 semanas	3	10,00
36 a 38	2	6,67
Não sabe	1	3,33
Com quantas semanas descobriu a gestação		
4 a 9 semanas	23	76,67
10 a 15	3	10,00
16 a 20 semanas	3	10,00
Não sabe	1	3,33
Com quantas semanas iniciou o pré-natal		
4 a 8 semanas	18	60,00
10 a 15 semanas	8	26,67
16 semanas	3	10,00
28 semanas	1	3,33
Total de consultas que realizou até o momento		
1 a 2 consulta	11	36,67
3 a 5 consultas	12	40,00

6 a 9 consultas	5	16,67
10 consultas	2	6,67
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

No quesito conhecimento gestacional foi questionado a gestante o tempo ideal para um nascimento termo, a idade gestacional que deve-se iniciar e finalizar o pré-natal, o total de consultas que devem ser realizadas e o/os profissionais que realizam as consultas de pré-natal.

Metade das gestantes 50,00 % consideram um total de 36 semanas gestacionais para um nascimento termo, 36,67,00 % consideram de 37 a 41 semanas, 6,67% de 42 semanas ou mais e 10% não souberam responder.

Ao questionar-se o período que se deve-se iniciar o pré-natal 60% das gestantes disseram que deve-se iniciar logo após descobri a gestação, 20% responderam que deve-se iniciar do 1º ao 2º mês, 10% do 4º ao 5º mês e 10% desconhece essa informação. Já na questão de até quando deve ir as consultas de pré-natal 36,67 % das gestantes disseram que deve-se realizar pré-natal até o momento do parto, 56,67 disseram que é até 8º ao 9º mês e 6,67% não sabem.

Quanto ao total de consultas que deve ser realizadas 10% disseram que deve ser realizadas de 4 a 5 consultas, 33,33 % apontam que deve-se realizar 6 consultas, 70 % de 7 à mais de 9 consultas e 6,67% não soube responder. Em relação ao (s) profissional (is) que realizam consultas de pré-natal foi evidenciado que a enfermeira e médico surge como maior porcentagem, correspondendo a 70%, seguindo de somente a enfermeira 23,33, somente o médico 3,33% e também 3,33% disse que não sabe.

Tabela 4- Conhecimento a respeito de consultas de pré-natal de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Semanas para nascimento termo	Frequência	%
36 Semanas	15	50,00
37 - 41 Semanas	11	36,67
Apartir de 42 semanas	2	6,67
Não soube responder	3	10,00
Quando deve-se iniciar o Pré-Natal		
Após descobri a gestação	18	60,00
1º a 2º mês	6	20,00
4º a 5º mês	3	10,00
Não sabe	3	10,00
Até quando ir ao Pré-natal		

Até o parto	11	36,67
Até 8º a 9º mês	17	56,67
Não sabe	2	6,67
Total de consultas que devem ser realizadas		
4 a 5 Consultas	3	10,00
6 consultas	4	13,33
7 à mais de 9 consultas	21	70,00
Não sabe	2	6,67
Profissional que realiza as consultas		
Enfermeira	7	23,33
Médico	1	3,33
Enfermeira e Médico	21	70,00
Não Sabe	1	3,33
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Ainda em relação a conhecimento do pré-natal ao questionar os exames que devem ser realizados durante o pré-natal 100% das gestantes relataram a contagem de Ht/ Hb e o Anti-HIV; o grupo sanguíneo, Fator Rh e Ultra-sonografia Obstétrica foi referido por 93,33 % das gestantes; 96,67% referiram o VDRL, Glicemia, Sumário de Urina, HbsAg; o HCV foi relatado por 80% das gestante e em menos porcentagem aparece a sorologia para Toxoplasmose com 73,33%.

Com relação ao local de realização desses exames 63,33% disseram realizar na rede pública (policlínica) 23,33 % na rede particular, 10,00 % na rede pública e particular e 3,33 disse não ter realizado exames.

Tabela 5- Conhecimento referente aos exames a serem realizados durante o pré-natal de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Exames a serem realizados no Pré-natal	Frequência	%
Ht/ Hb	30	100,00
Grupo Sanguíneo e Fator Rh	28	93,33
VDRL	29	96,67
Glicemia	29	96,67
Sumário de Urina	29	96,67
Anti-HIV	30	100,00
HbsAg	30	100,00
Toxoplasmose	22	73,33
Ultra-sonografia Obstétrica	28	93,33
HCV	24	80,00
Onde Realiza os exames		
Policlinica	19	63,33

Particular	7	23,33
Policlínica e Particular	3	10,00
Não fez	1	3,33
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Quanto a vacinação da gestante no período gestacional, 73,33 % da amostra disseram ser necessário tomar a vacina Dupla Adulto dT; 83,33 % relataram a Hepatite B; 80 % a Influenza e 6,67 não souberam quais vacinas tomar na gestação. E quanto a necessidade de tomar as vacinas, 40% das gestantes consideram uma proteção para mãe e feto e 60% não sabem por que deve tomar as vacinas.

Na questão das medicações a serem tomadas pelas gestantes, 100% consideram necessário tomar o Ácido Fólico e 80% disseram que deve tomar o Sulfato Ferroso. E os motivos conhecido das gestante para fazer uso dessas medicações é que para 16,67 % elas evitam Anemia e má formação do feto; 23,33% falaram que é só para anemia, assim também 23,33% disseram que é só para evitar má formação do feto e a maioria 36,67 não sabem o motivo de tomar as medicações.

Tabela 6- Conhecimento referente a vacinação e medicação na gestação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Vacinas e Medicação que a gestante deve tomar	Frequência	%
Vacinas		
Dupla Adulto dT	22	73,33
Hepatite B	25	83,33
Influenza	24	80,00
Não sabe	2	6,67
Por que tomar		
Proteção	12	40,00
Nao sabe	18	60,00
Medicações		
Ácido Fólico	30	100,00
Sulfato Ferroso	24	80,00
Por que Tomar		
Evitar Anemia e má formação do feto	5	16,67
Anemia	7	23,33
Formação de feto	7	23,33
Não sabe	11	36,67
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

No quesito de cuidados corporais durante a gestação avaliou-se o conhecimento em relação a prevenção de estrias, a prevenção de inchaço nos membros e aos cuidados com as mamas. Ao perguntar se óleos corporais ajudam a prevenir estrias 60% disseram que sim e 40% disseram que não; quanto a questão de elevar as pernas p/ prevenir inchaço 90% apontaram como uma prática correta, 6,67% relataram que não deve elevar as pernas para prevenir o inchaço e 3,33 não soube.

E no cuidado com as mamas 73,33 disseram que deve-se expor as mamas ao sol, 20% disseram que não e 6,67 não souberam; ao uso de hidratante em mamas 16,67 % disseram que deve-s usar, 73,33% disseram que não e 10% não soube responder; Em relação ao uso de esponja vegetal 40% relataram que deve-se usar, 53,33% apontaram que não deve-se usar e 6,67% não sabem a respeito dessa prática. Quanto a expressão do mamilo 56,67% as gestantes disseram que deve-se fazer, 36,67% disseram que não e 6,67% não sabem.

Tabela 7 -Conhecimento referente aos cuidados corporais durante a gestação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Óleos corporais ajuda a prevenir estrias	Frequência	%
Sim	18	60,00
Não	12	40,00
Deve-se elevar as pernas p/ prevenir inchaço		
Sim	27	90,00
Não	2	6,67
Não sabe	1	3,33
Deve-se expor as mamas ao sol		
Sim	22	73,33
Não	6	20,00
Não Sabe	2	6,67
Deve-se usar hidratante nas mamas		
Sim	5	16,67
Não	22	73,33
Não Sabe	3	10,00
Deve-se usar esponja vegetal		
Sim	12	40,00
Não	16	53,33
Não Sabe	2	6,67
Deve-se fazer a expressão do mamilo		
Sim	17	56,67
Não	11	36,67
Não Sabe	2	6,67
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Nos cuidados com alimentação ao perguntar se mulher grávida deve comer por dois, 33,33% disseram que sim e 66,67 falaram que não; quanto ao uso do suco de beterraba para curar anemia 90% disseram ser eficaz, 6,67% disseram que não e 3,33% não souberam responder ao questionamento. Se comer grandes volumes evita enjoos, 93,33% relataram que não e 6,67% não souberam opinar; em relação a ingesta de frutas e verduras para evitar a prisão de ventre 90% disseram ser eficaz, 6,67 % disseram que não e 3,33% não souberam responder. Em relação a ingesta hídrica para evitar prisão de ventre, estrias, infecção urinária e ajuda na produção de leite, 93,33% apontam como eficiente e 6,67 não souberam opinar.

Tabela 8- Conhecimento referente a alimentação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Cuidados com Alimentação	Frequência	%
Mulher grávida deve comer por dois		
Sim	10	33,33
Não	20	66,67
Suco de beterraba cura anemia		
Sim	27	90,00
Não	2	6,67
Não Sabe	1	3,33
Comer grandes volumes evita enjoos		
Não	28	93,33
Não Sabe	2	6,67
Frutas e verduras evita prisão de ventre		
Sim	27	90,00
Não	2	6,67
Não Sabe	1	3,33
Beber liquido evita prisão de ventre, estrias, infecção urinária, e ajuda na produção de leite		
Sim	28	93,33
Não Sabe	2	6,67
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Nos cuidados com amamentação perguntou-se quantas vezes deve-se da o peito ao bebê, 50 % das gestantes falaram que sempre quando ele quiser, 20% disseram que é de 3 a 4 vezes ao dia, 6,67 % disseram que deve-se amamentar 12 vezes ao dia e 23,33% das gestante não sabem.

Em relação a até que idade a criança deve ser amamentada, 26,67% relataram que é até 1 a 2 anos, 56,67% até os 6 meses, até os 3 anos e até os 9 meses foi apontado por 3,33% das gestantes e 10,00 relataram que até quando a criança quiser; No questionamento sobre a não serventia do primeiro leite para o bebê, 6,67% dissera ser uma afirmação verdadeira, 90 %

disseram que não, o leite serve para o bebê e 6,67 % não souberam responder; no quesito que o leite não mata a sede do bebê, 16,67 % disseram que sim, concordando com a afirmação, 76,67 disseram que não, discordando com a afirmação e apenas 3,33 não soube opinar.

Em relação a proteção que o leite materno oferecem ao bebê 100% das gestantes concordaram com a afirmação. E na questão de se existe leite fraco 30% disseram que sim e 70% disseram que não. Na questão o Leite de mamadeira é mais forte que o leite materno, 10% disseram que sim, 86,67% apontaram que não e 3,33 não souberam.

Quando questionadas se o leite bom é o com engrossante/mingau, 96,67% disseram que não e apenas 3,33% disse que sim. Em relação ao leite artificial substituir o leite materno apenas 10 disseram que sim e 90% apontam que não. E em relação a saber realizar a pega mamaria no momento do aleitamento, 36,67 apontaram que sim e 63,33 que não sabe realizar essa técnica.

Tabela 9- Conhecimento referente a amamentação de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

AMAMENTAÇÃO		
Quantas vezes deve-se dar o peito ao bebê	Frequência	%
Sempre quando ele quiser	15	50,00
3 a 4 vezes ao dia	6	20,00
12 vezes ao dia	2	6,67
Não sabe	7	23,33
Até quando a criança deve ser amamentada		
1 a 2 anos	8	26,67
6 meses	17	56,67
3 anos	1	3,33
9 meses	1	3,33
Até quando a criança quiser	3	10,00
O primeiro leite não serve para o bebê		
Sim	2	6,67
Não	27	90,00
Não Sabe	1	3,33
O leite não mata a sede do bebê		
Sim	5	16,67
Não	23	76,67
Não Sabe	2	6,67
O leite oferece proteção ao bebê		
Sim	30	100,00
Existe leite fraco		
Sim	9	30,00
Não	21	70,00
Leite de mamadeira é mais forte que o leite materno		
Sim	3	10,00

Não	26	86,67
Não sabe	1	3,33
Leite bom é o com engrossante/mingau		
Sim	1	3,33
Não	29	96,67
O leite artificial substitui o leite materno		
Sim	3	10,00
Não	27	90,00
Você sabe fazer a prega mamaria		
Sim	11	36,67
Não	19	63,33
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Em relação aos cuidados com o bebê, questionou-se sobre a realização do teste do pezinho, os cuidados com o coto-umbilical e higiene íntima. Em relação idade ideal para realização teste no pezinho 40 % das gestantes relatam que este deve ser feito no 1º dia de vida, 50% disseram que é até o 7º dia de vida e 10% de 8º até 30.

No quesito na higienização da região umbilical 36,67% disseram que este deve ser lavado com água e sabão, 90% relatam fazer limpeza com álcool a 70%, 16,67 % apontaram o uso do iodo ,6,67% disseram que deve manter o coto umbilical coberto, 13,33 citaram que deve-se colocar pomada e 10% não souberam responder.

E na higiene íntima do bebê 76,67% apontam que deve-se usar a água e sabão, 73,33 relatam que deve-se usar lenço umedecido e nenhuma relatou usar papel higiênico, porém a maioria cito duas opções como corretas.

Tabela 10- Conhecimento referente aos cuidados com o bebê de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus-Ba no período de agosto a setembro de 2013.

CUIDADOS COM O BEBÊ	Frequência	%
Quando deve-se fazer o Teste do Pezinho		
1º dia de vida	12	40,00
Até o 7º dia	15	50,00
De 8 a 30 dias	3	10,00
Como cuidar do coto-umbilical		
Lavar com água e sabão	11	36,67
Limpar com álcool a 70%	27	90,00
Colocar iodo	5	16,67
Deixar coberto	11	36,67
Colocar pomada	4	13,33
Não Lavar	3	10,00
Como fazer a higiene íntima do bebê		

Com papel higiênico		
Com água e sabão	23	76,67
Com lenço umedecido	22	73,33
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Na questão da métodos anticoncepcionais que pode ser usado após a gestação. 86,67 % das gestantes referiram a camisinha, 40% a minipílula, 10% a tabelinha, 40% Injeção de 1 mês, 30% o DIU, 6,67% relataram o coito interrompido, 10% injeção de 3 meses, 16,67% Anel Vaginal, 56,67% a Laqueadura/Vasectomia, 30% Pílula e 6,37 citaram a LAM.

Tabela 11- Conhecimento referente aos anticoncepcionais que podem ser usados após o parto de gestantes atendidas no serviço de pré-natal em duas USF do município de Santo Antônio de Jesus- Ba no período de agosto a setembro de 2013.

Depois de parir o que posso usar para evitar gravidez	Frequência	%
Camisinha	26	86,67
Minipílula	12	40,00
Tabelinha	3	10,00
Injeção de 1 mês	12	40,00
DIU	9	30,00
Coito interrompido	2	6,67
Injeção de 3 meses	3	10,00
Anel Vaginal	5	16,67
Laqueadura/Casectomia	17	56,67
Pílula	9	30,00
LAM	2	6,67
Total	30	100,00

Fonte: Formulário de pré-teste do projeto de intervenção

Assim a pesquisa nos mostra um perfil de gestantes com idade entre 20 a 30 anos, de cor negra, donas de casa, casadas, com renda familiar de um salário mínimo e com história reprodutiva de 1 a 2 gravidezes. E em relação aos conhecimentos, estas mulheres mostraram desconhecer a idade para um nascimento termo, as rotinas do pré-natal e não sabem a importância de algumas ações que fazem parte desde. Há deficit relacionados a auto-cuidado e aos cuidados com o recém nascido e a crença em mitos e saberes populares errôneos.

5. DISCUSÃO

O perfil sociodemográfico das mulheres atendidas nas duas Unidades de Saúde da Família configura-se, na sua maioria, como mulheres adultas jovens, 56,67% com idade de 21 a 30 anos, 83,33% de negras(pardas e pretas) , 56,67% casadas, 80% tem por ocupação dona de casa e 53,33% vivem com renda familiar de um salário mínimo.

Essa situação converge ao estudo de Sassi et all, (2007), realizado na periferia da cidade de Rio Grande do Sul, com 367 gestantes, onde a maioria das gestante, 48,5% tinham idade entre 20 a 29 anos, situação conjugal casadas 80,1%, porém a questão cor houve uma prevalência de mulheres brancas e renda familiar superior a dois salários mínimos o que diverge desse trabalho.

Já no trabalho realizado por Silva e Peloso, (2009) no estado do Paraná, a questão de cor e da ocupação estão convergentes com os resultados encontrados, sendo assim as mulheres em sua maioria de cor negra e donas do lar. E nos demais quesitos estes se apresentam diferente sendo a idade prevalente menos que 20 anos, situação civil solteira.

Dessa forma percebe-se um o perfil de gestantes semelhante entre o município de Santo Antônio de Jesus-Ba e o estado do Paraná, com maioria das mulheres atendidas no serviço de pré-natal são de características: negras, dona de casa e com baixa renda familiar. Já a cidades de Rio Grande do Sul, apresenta características diferenciadas. Uma população de gestante, em sua maioria, de cor branca e melhor renda familiar comparado as outras duas localidade. Situação que pode ser justificada pelos aspectos históricos herdados do período de colonização.

De acordo com os estudos de Silva e Peloso (2009), Carvalho et al, (2009), as características de cor negra e baixa renda familiar, estão fortemente ligados a baixa escolaridade, desinformação e assim submissão e a piores condições de vida. Sendo a escolaridade fator primordial na definição da ocupação e da condição socioeconômica. Quanto menor a escolaridade maior o ocupação do cargo de dona de casa. Situação, que nesse caso, se da por ausência de emprego e assim reflete também em menor renda familiar, ficando esta sob responsabilidade do companheiro e/ou familiares ou na dependência de auxílios do governo.

O perfil das gestantes evidenciado nesse estudo e na literatura nos mostra claramente as questões de raça, onde a população negra tem piores condições de vida e também as questões de gênero onde a mulher ocupa o papel de cuidadora, dona de casa, e o homem é visto como o provedor da casa e assim é responsável por ter um emprego para “sustentar” a família.

Quanto ao perfil gestacional, de paridade e de aborto percebeu-se que a maioria das gestantes estudadas tinham entre 1 a 2 gestações, sendo metade da amostra, 50%, primigestas, o que limita o estudo a avaliar os números de partos, de abortos, de filhos nascidos vivos ou mortos. E das gestantes não primíparas a maioria teve de 1 a 2 partos. Em relação ao aborto e a natimorto, 30,00 % dessas tiveram aborto e nenhuma teve filho nascido morto.

De acordo com o estudo de Xavier et al, (2013), realizado no Rio de Janeiro, o perfil gestacional se aproxima do atual estudo, visto que neste, 33,5% das mulheres estavam em sua primeira gestação e das não primigestas sua maioria também tiveram de 1 a 2 partos. Porém o que mais chama atenção nos dois estudos é a semelhança do número de abortos. Este episódio foi encontrado em 31,2% das gestantes, resultado bem semelhante ao presente estudo. Sendo que no estudo de Xavier et al, (2013) as características das mulheres também foram descritas, em sua maioria, com baixa renda familiar e idade entre 20 a 30 anos. Porém, no estudo citado, não houve avaliação do quesito cor/raça, da ocupação e do estado civil dos sujeitos, o que poderia complementar e/ou reforçar as relações dos fatores sociodemográfico ao aborto.

Cecatti et al (2009) corrobora ao dizer que o abortamento tanto espontâneo como o provocado é mais frequente em mulheres não-brancas e com baixa renda econômica. De acordo com este as condições socioeconômicas desfavoráveis se relacionam com dificuldades para o acesso a informações e aos métodos adequados para se evitar uma gestação indesejada, e assim o abortamento induzido funciona como um método de planejamento familiar para mulheres mais carentes, o que é preocupante, pois provavelmente seria realizado de forma insegura, contribuindo para a morbimortalidade materna.

Ainda segundo Cecatti et al (2009), o aborto é responsável por 12% da mortalidade materna, sendo a quarta causa dos óbitos por estas causas, e em algumas regiões da América Latina esta chega a ser responsável por até 30% delas. Sendo que muitas dessas mortes estavam provavelmente relacionadas às leis restritivas à legalização do aborto que faz com que as mulheres busquem procedimentos não seguros para a realização dessa prática.

Em relação a ausência de natimortos no estudo, segundo Silva e Pelloso (2009), o número de primigestas é um fator favorável a redução de nascidos mortos, por nunca terem gestado antes. Também a partir de ações efetivas é possível oferecer uma assistência adequada no intuito de prevenir identificar e tratar intercorrências maternas e fetais que possam ocasionar o óbito fetal. Assim chama-se atenção para uma assistência pré-natal de qualidade em todo o período gestacional para que possa evitar e até prever possíveis complicações e assim tratá-las a tempo de não levar ao óbito fetal.

Quanto a idade gestacional a maioria das mulheres se encontravam com idade superior a 16 semanas de gestação. Somente 26,67% apresentaram idade menor que 16 semanas, evidenciando assim que a amostra foi composta por gestantes em fase gestacional avançada e assim espera-se um maior conhecimento em relação ao pré-natal, ao auto cuidado e aos cuidados com o recém nascido.

Ressalta-se ainda que uma das gestantes não soube informar a sua idade gestacional. Este episódio, apesar de ser um número mínimo, ainda assim nos remete a qualidade da assistência pré- natal que foi prestada, já que essa é uma das informações básicas que mulher deve ter conhecimento, como também pode estar relacionada ao nível de entendimento dessa gestante.

Em relação a idade que descobriram a gestação, a grande maioria, 76,67 %, teve a gestação descoberta logo no início, entre 4 a 9 semanas, e assim também teve um grande percentual, 60%, de mulheres que iniciou o pré-natal nesse período. Porém ainda assim, quando comparado o número total de gestante (76,67%) que descobriu a gestação entre 4 a 9 semanas com o total de gestante que iniciaram o pré-natal (60,00%) nesse período, evidencia-se um quantitativo menor que buscaram o serviço, mostrando que apesar das maioria das mulheres descobrirem precocemente a gestação elas não iniciaram o pré-natal logo após essa descoberta.

Divergindo destes dados, o trabalho realizado no Rio de Janeiro por Spindola e Silva, (2009), apontou que 70,5% das gestantes iniciaram tardiamente o pré-natal. Para esses pesquisadores a adesão ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde, sendo humanização e o estabelecimento de vínculos primordial da captação precoce das gestantes para o pré-natal.

Segundo o Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), um dos principais sinais de gravidez é o atraso menstrual de mais de 15 dias. Cientes desta rotina e do fato de que as mulheres estão mais frequentemente nos serviços, os profissionais de saúde, médico ou enfermeiro, devem orientar a mulher sobre a realização o *Teste Imunológico de Gravidez (TIG)*, para confirmar ou não gestação.

Logo a ausência da menstruação e sua associação com gravidez justifica a descoberta da gestação pela maioria das mulheres no período de 4 semanas. Isto porque o ciclo menstrual varia geralmente em torno de 28 a 30 dias e recomenda-se um intervalo maior que 15 dias de ausência de menstruação para suspeitar de gestação.

O Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), ainda ressalta que o acompanhamento pré-natal deve iniciar no 1º trimestre da gravidez. E

essa descoberta inicial da gestação é de extrema relevância para o início precoce do pré-natal e assim a prevenção, diagnósticos e tratamento de possíveis intercorrências. Logo percebe que neste estudo a maioria das gestantes, por ter iniciado o pré-natal no primeiro trimestre, atente a esse requisitos do Ministério da Saúde.

Quanto ao total de consultas de pré-natal que já realizaram, a maioria das gestantes, 63,34%, já fizeram 3 consultas ou mais consultas. Quando comparado esse dado a idade gestacional, onde maioria da amostra tem idade gestacional menor ou igual a 32 semanas, correspondendo assim ao primeiro e segundo trimestre de gestação, percebe-se que as mulheres apresentam um bom número de consulta que já realizadas.

De acordo como a recomendação do Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), o número mínimo de consultas de pré-natal a serem realizadas, corresponde a 1 consulta no primeiro trimestre, 2 consultas no segundo trimestre e 3 consultas no terceiro trimestre, chegando a um total de 6 consultas. Desse forma percebe que nesse estudo as gestante superaram esse número mínimo preconizado.

Nesse contexto o quantitativo de consultas esta diretamente proporcional ao conhecimento das gestantes, já que o pré-natal tem a função de informar, capacitar e preparar a mulher seu companheiro ou companheira e família para o processo gravídico-puerperal. Assim espera-se que quando maior o número de consultas maior o conhecimento das gestantes em relação ao auto cuidado e aos cuidados com o recém nascido, conseqüentemente maior confiança e autonomia.

Corroborando e complementando Primo, Amorim e Castro (2007), afirmam que o número total de consultas realizadas no pré-natal tem uma relação direta com a condição socioeconômica, sendo que quanto menor a condição menor o número de consultas realizadas. Porém os autores ainda ressaltam que, nós países em desenvolvimento, com assistência a saúde é precária, a atenção pré-natal representa talvez a única oportunidade para as mulheres receberem assistência a saúde no período gestacional.

Neste contexto o atual estudo não mostrou correlação entre a situação de baixa condição socioeconômica e menor número de consultas de pré-natal, já que as mulheres se caracterizaram com baixa condição socioeconômica e apresentaram um bom número de consultas de pré-natal já realizadas. No entanto pode-se associar esse bom número de consultas realizadas por ser o pré-natal a oportunidade das mulheres terem conhecimento do processo gravídico-puerperal.

No quesito conhecimento das gestantes em relação as semanas para um nascimento termo, 10% da amostra relataram desconhecer essa informação, metade, 50,00%, consideram

36 semanas o tempo ideal para um nascimento e apenas 36,67%, responderam idades que variaram de 37 a 41 semanas de gestação, como descrito pelo Ministério da Saúde.

De acordo o Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco do Ministério da Saúde (2012), a duração média da gestação normal é de 40 semanas (280 dias) a partir da DUM. Sendo que é considerado termo os nascimentos com idade gestacional entre 37 até 41 semanas, pré-termo nascimentos antes da 37ª semana de gestação e pós-termo os nascimentos com idade gestacional igual ou maior que 42 semanas de gestação.

Dessa forma, percebe-se um desconhecimento das gestantes em relação a idade gestacional para um nascimento termo. No entanto, o conhecimento desse item associado aos riscos de um nascimento fora do período ideal e aos sinais de parto é fundamental para a gestante, ao iniciar o trabalho de parto, avaliar se o mesmo está ocorrendo em pré-termo ou pós-termo e assim buscar os serviços de saúde o mais rapidamente quando o evento ocorre nos períodos não adequados.

Com relação ao relevante quantitativo de gestantes que associaram a idade gestacional de 36 semanas para um nascimento termo, deve-se considerar que culturalmente é associado o período de 9 meses a gestação humana, os quais correspondem a 36 semanas, período insuficiente para um nascimento termo.

Quanto as consultas de pré-natal, grande parte das gestantes, 60%, referiram que estas devem ser iniciadas após descobrir a gestação e devem ser realizadas, segundo 56,67% da amostra, até o 8º a 9º mês. Já em relação a número de consultas que devem ser realizados a opção mais referida foi mais de 7 consultas, apenas 13,33% relatam 6 consultas como recomendado a ser realizadas no pré-natal.

Controverso ao atual estudo na pesquisa realizado por Mendoza-Sassi et all (2007), a minoria das gestantes relataram a necessidade de realizar consultas de pré-natal no inicio da gestação e no quesito total de consultas a serem realizadas a grande maioria 96% referiram a necessidade de no mínimo de 6 consultas.

Mendoza-Sassi et all (2007) ainda corrobora ao discorrer que as gestantes que mais precisariam de informação e educação em saúde, devido a sua condição socioeconômica e assim os fatores de risco atrelados a sua condição, apresentam conhecimento deficiente quanto ao pré-natal levando assim a maiores chances de complicação e até morte materna e fetal.

Segundo Brasil, (2012), o número mínimo de consulta de pré-natal que devem ser realizadas é equivalente a 6. Sendo que o pré-natal deve ser iniciado após descobrir a gestação e deve durar até o parto. Como a maioria das gestantes tem o conhecimento que a gestação

dura 36 semanas, correspondo a nove meses, essa idade também foi associada como período final para a realização das consultas de pré-natal.

Logo se evidencia um desconhecimento das gestantes em relação ao número mínimo de consultas que devem ser realizadas durante o pré-natal. Porém há um bom conhecimento com relação ao início e ao término do pré-natal, já que na concepção dessas mulheres o final da gestação e momento do parto é aos 9 meses.

Com relação aos profissionais que realizam as consultas de pré-natal foi referido por quase todas as gestantes os profissionais médico e enfermeira, havendo assim concordância com o preconizado pelo Ministério da Saúde (2012). Porém o Ministério recomenda que as consultas devem ser intercaladas entre esses profissionais. No entanto o estudo mostra um destaque para a enfermeira que foi associada como responsável por realizar a maioria das consultas.

Ainda em relação ao conhecimento de práticas do pré-natal, as gestantes mostram ter um bom conhecimento em relação aos exames que devem ser realizados, principalmente a dosagem de Hematócrito e hemoglobina, o AntiHIV e HbsAg citado por 100% da amostra. E quanto a rede para realização deste, em sua maioria foi citado a rede pública, serviço que no município de Santo Antônio de Jesus é prestado na Policlínica.

Como a maioria da população estudada possui renda familiar de um salário mínimo, denotando um nível econômico, o serviço público torna-se a única alternativa para a realização dos exames. Porém ainda assim, 23,33% relatam usar a rede particular e 10% usam as duas, rede pública e particular, para realização dos exames.

Comparando ao estudo de Mendoza-Sassi et al, (2007), onde houve uma proporção menor de mulheres que relataram conhecer os exames necessários a serem realizados, especificamente uma porcentagem bastante baixa, 15% e 17%, respectivamente, para os exames de detecção de diabetes e sífilis, e para o teste de hepatite. Assim o atual estudo teve um resultado mais satisfatório, visto que a maioria das gestantes mostraram ter um bom conhecimento dos exames que devem ser realizados no pré-natal. Porém esses dois estudos se igualam com relação ao exame de ultrassonografia obstétrica, sendo este exame citado por todas as gestantes.

De acordo com Mendoza-Sassi et al, (2007), a ultra-sonografia um exame altamente desejado entre as gestantes, devendo ser realizado sobretudo entre a 20ª e a 30ª semana de gestação. Porém Mendoza-Sassi et al, (2007), ressalta que a partir desta idade, em virtude de o bebê ganhar peso muito rapidamente, é comum erros no cálculo da idade gestacional. Em geral há superestimação da idade do bebê, o que leva o médico, sobretudo os menos

experientes, a induzir o parto ou a realizar cesariana. Dessa forma pode haver intervenções desnecessária no nascimento gerando bebês prematuros, com conseqüente aumento da morbimortalidade infantil.

Quanto a realização dos exames, Carvalho e Araújo, (2007), corroboram ao relatarem que esta é uma condição necessária para assegurar a qualidade da assistência pré-natal. E ainda afirmam que há uma dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados, sendo a demora na entrega dos resultados dos exames laboratoriais um dos aspectos negativos no pré-natal, encontrado na sua pesquisa, realizada em Recife.

A dificuldade na realização ou na obtenção dos resultados dos exames faz com que as mulheres de melhor condição econômica busquem a rede particular para a realizarem os exames. No entanto este fato é contradizente ao proposto pelo PHPN, o qual atribui aos serviços públicos o dever de assegurar uma assistência adequada às gestantes e considera a realização desses exames parte fundamental na avaliação da qualidade da assistência pré-natal.

Segundo o Manual de Pré-Natal do Ministério da Saúde, (2012), os exames que devem ser obrigatoriamente solicitados no pré-natal correspondem os seguintes: Glicemia de jejum; Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR; Teste rápido diagnóstico anti-HIV; Anti-HIV; Toxoplasmose IgM e IgG; Sorologia para hepatite B (HbsAg); Exame de urina e urocultura. Porém a Ultrassonografia Obstétrica não é considerada obrigatória, mas é rotina na maioria dos serviços de pré-natal, com a função de verificar a idade gestacional. No município de Santo Antônio de Jesus realiza-se também a testagem para a Hepatite C, porém esta não está na lista do preconizado pelo Ministério da Saúde.

O conhecimento das mulheres em relação aos procedimentos que fazem parte da assistência pré-natal, mostrou-se satisfatório. Sendo que esse esclarecimento que a mulher tem a respeito dos seus direitos reprodutivos é um dos pilares do PHPN, e também indicador para a avaliação da assistência pré-natal. Pois é justamente esse conhecimento que deve garantir uma participação ativa da mulher durante todo processo de atenção no pré-natal e assim as tornam protagonistas da assistência à saúde que lhes é prestada.

Com relação à vacinação a maioria das mulheres demonstram ter conhecimento das vacinas que elas devem tomar, a antitetânica (dT) e hepatite B, e nos períodos de campanhas de influenza. Somente 6,67% não souberam dizer as vacinas que compõem o calendário vacinal da gestante.

Quando perguntado porque deve-se tomar as vacinas, a maioria, 60%, não souberam o motivo de tomar as vacinas mesmo sabendo que deve tomá-las e o restante, 40% associaram a

prevenção. Correspondendo ao proposto pelo Programa Nacional de Imunização, (2013), e ao Manual de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco(2012) que recomenda a vacinação durante a gestação com objetivo não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto.

Avaliando o conhecimento em relação a suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, os números são ainda melhores do que o conhecimento da vacinação. Todas as gestantes relatam ter conhecimento do uso do ácido fólico e uma grande maioria também referiu conhecer o sulfato ferroso. Porém uma proporção de 36,67%, demonstraram não ter conhecimento do motivo do seu uso. Apenas 16,67% associaram seu uso a má formação do feto e a prevenção de anemia.

De acordo com o Brasil, (2005), a suplementação de ácido fólico deve começar no período pré-gestacional ou no início da gestação, quando a gravidez não for planejada, afim de prevenir anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações. Já o sulfato ferroso, usado na profilaxia da anemia, deve ser usado a partir da 20ª semana de gestação e até o 3º mês pós-parto.

No trabalho de Melo et al, (2009), diverge do atual, visto que neste um pequeno percentual 33,03% das puérperas relataram conhecer o ácido fólico. No entanto os trabalhos convergem em relação ao sulfato ferroso, onde um percentual bastante semelhante, 83,93%, referiram conhecer o sulfato ferroso.

Estes dados mostram que gestantes apenas seguem o recomendado pelos profissionais de saúde e não tem o entendimento do processo de cuidados que lhes é prestado, ficando assim a mercê de tudo que lhes é oferecido e sem o exercício do auto cuidado.

De acordo com Busanello et al (2011), nessa relação de obediência e de aceitação, por parte do ser cuidado em relação a equipe de saúde, os profissionais agem como se reconhecessem e se percebessem responsáveis pelo outro, que se torna o objeto do cuidado. Assim, ao decidir pelo paciente o que é melhor para ele, antecipando-se, possivelmente de modo desnecessário, às suas manifestações e à suas necessidades, os profissionais podem retirar destes a sua condição de ser sujeito da sua própria saúde e de decisão pessoal.

No contexto gestacional onde as alterações fisiológicas ocorridas durante o período sejam elas sutis ou marcantes, estão entre as mais acentuadas que o corpo humano pode passar. Além disso estas ainda podem gerar desconforto, visto que alguns dos sinais e sintomas são desagaveis, gerando mal estar, medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade em relação às transformações ocorridas no corpo, necessitando assim de grande atenção dos profissionais de saúde no intuito de informar e capacitar as gestantes e família (Costa et al, 2010).

Com relação aos cuidados com o corpo, os dados mostraram que as gestantes estão informadas quanto algumas das práticas como elevar as pernas para evitar edema, não usa hidratantes nas mamas e expô-las ao sol. Porém em relação ao aparecimento de estrias as mulheres equivocadamente acreditam que os óleos corporais são eficientes na sua prevenção. No entanto, na literatura não há estudos que comprovem essa eficácia.

Além disso, há um desconhecimento por parte das gestantes sobre o uso de espojas vegetais no mamilo a fim de fortalecer a pele, bem como houve um expressivo número que acreditam que devem fazer a expressão do mesmo, prática esta não recomendada pelo Ministério da Saúde devido a ação de contração que esse hábito provoca no útero (Brasil, 2012).

De acordo com os estudos de Urasaki, (2010) e Saes et al, (2006), o aparecimento de estrias, de edema e as fissuras de mamas no puerpério são preocupações recorrente de gestantes e dos familiares. Esses sujeitos quando não estão devidamente informados acabam não as prevenindo ou absorvendo práticas inadequadas a sua prevenção e tratamento, que muitas vezes acabam prejudicando a saúde. Além o desconforto gerado lesões nas mamas tem associação com o desmame precoce.

Dessa forma, segundo Costa et al, (2010), as enfermeiras devem compreender a percepção da mulher diante das diversas alterações que ocorrem no corpo desta durante o período gestacional, e assim deve desenvolver uma assistência pré-natal harmoniosa, qualificada e humanizada. Implementando ações que auxiliem a mulher a compreender as possíveis modificações fisiológicas, características do período gravídico, minimizando a ansiedade e evitando que um momento natural se transforme em algo patológico.

Em relação aos aspectos nutricionais da gestação percebe-se que em geral as mulheres apresentam noções básicas de nutrição, com exceção do mito do uso da beterraba para cura de anemia, onde 90% das gestantes acreditam nessa informação. Essa crença tem sido difundida devido a associação da cor da beterraba e cor do sangue. Porém não há a literatura estudos que evidenciem a eficácia da beterraba a anemia.

No estudo realizado por Cançado, Pereira e Fernandes, (2009), os conhecimentos das gestantes sobre os aspectos nutricionais convergem com o atual estudo, porém apesar de também haver um número de gestantes que associaram o uso a beterraba a cura da anemia, este foi em menor proporção. Assim percebe-se que os mitos culturalmente arraigados ainda exercem uma influencia nos conhecimentos e nas práticas das gestantes.

Chama-se atenção também para a questão quantidade de alimentos que uma grávida deve comer, já que 33,33% acreditam que mulher grávida deve comer por dois, evidenciando mais um mito acreditado pelas gestantes.

Em relação amamentação, as mulheres em geral mostraram-se informadas na maioria dos aspectos, principalmente quanto a utilidade do leite materno, sendo a sua capacidade de proteção ao recém nascido apontada por todas as gestantes. Porém ainda assim houve um quantitativo, 23,33%, que não souberam a quantidade de vezes que se deve dar o peito ao bebê, além de haver um déficit em relação a até que idade a criança deve ser amamentada. A maioria referiram como idade limite até os 6 meses de vida e não até 2 anos como recomendado pelo Ministério da Saúde.

No entanto esse fato pode estar atrelado a falhas no instrumento de coleta de dados utilizado, que não categorizou em amamentação exclusiva ou complementada. Porém também pode estar relacionado a falhas nas campanhas de amamentação, onde ressaltasse-se a amamentação exclusiva até os 6 meses, levando as mulheres a sempre estarem associado esse período quando se fala em amamentação.

Em relação a prega mamária, técnica que facilita amamentação, a maioria das gestantes disseram não saber como realizar. Esse fator nos mostra um despreparo das gestante para vivenciar a maternidade, e assim presar os cuidados adequados ao recém nascido.

Comparando os dados ao estudo de Vasconcelos et al (2008), realizado em Fortaleza, os resultados convergem, mostrando que apesar de ainda haver o desconhecimento em alguns aspectos, as mulheres tem apresentado certo conhecimento em relação a amamentação. Nos dois estudos houve igualmente o reconhecimento da eficácia do leite materno. Porém quando ao mito de que existe leite fraco o atual estudo apresenta uma proporção maior, onde 30% afirmaram essa preposição, enquanto que no estudo de Vasconcelos et al (2008), menos de 5% fizeram essa afirmação.

De acordo com Costa et al (2010), o conhecimento das práticas de cuidado corretas e das mudanças fisiologias que as gestantes estão sujeitas, possibilita um encorajamento da mulher ara vivenciar o processo gestacional, possibilitando o desenvolvimento do ciclo gravídico com menos anseios, mitos e insegurança.

Costa et al (2010), ainda corrobora ao dizer que para uma assistência qualificada faz-se imprescindível no acompanhamento das gestantes, a fim de minimizar o medo e a ansiedade decorrentes do período gravídico. Logo se deve capacitá-la para o processo de cuidado, buscando sua autonomia, assim como também deve-se fornecer auxílio aos familiares, visto estes também vivenciam com a mulher a experiência da gravidez. Logo

devem compreender as mudanças decorrentes do período gravídico e o processo de auto cuidado e de cuidados com o recém nascido.

Nesse processo de cuidados com o recém nascido, metade das gestantes, 50%, responderam corretamente que se deve fazer a Triagem Neonatal, conhecido como Teste do Pezinho, ente o 3º e 7º dia, assim como recomendado pelo Programa de Triagem Neonatal da Bahia (2010). Porém as demais apresentaram desconhecimento desse período, 40%, disseram que o teste deve ser realizado no primeiro dia de vida e o restante relataram que o teste deve ser feito do 8º ao 30º dia de vida.

Esses dados convergem com o estudo de Santos et al (2011), onde as mulheres também mostram desconhecer esse exame e até confundiram com o procedimento de impressão plantar do recém-nascido necessário para a Declaração de Nascido Vivos (DNV) e cartão da criança. Esse estudo também mostra que apesar de algumas mulheres conhecer o Teste do Pezinho, elas desconheciam a sua importância e o consideraram doloroso e assim não levaram seus neonatos para realizarem o Teste do Pezinho.

O trabalho de Santos et al (2011), ainda corrobora ao apontar que as gestantes disseram não receber ou receber poucas informações a respeito do Teste do Pezinho durante o pré-natal, ficando a maioria das informações referidas no período de alta hospitalar ou de gestações anteriores, sendo a enfermeira a profissional responsável por essas informações.

Com relação aos cuidados com o coto umbilical do recém nascido, este se apresentou como um dos quesitos de maior desconhecimento por parte das gestantes. As mulheres demonstraram ter conhecimento do uso de álcool a 70% para limpeza do coto, como recomendado pelo Ministério da Saúde (2013). Porém com relação aos demais aspectos houve uma pequena porcentagem 36,67% que relataram a necessidade de lavar com água e sabão, as demais respostas embasaram nos mitos e costumes populares de colocar iodo, deixar coberto, colocar pomada e até a crença em não lavar o coto umbilical.

O estudo de Andrade et al (2012), teve resultado semelhante, convergindo. Na sua pesquisa a maioria das puérperas acreditava ser necessária a cobertura do coto com curativos ou faixas e desconheciam os produtos adequados para esta higienização. Portanto também nos mostra um desconhecimento das gestantes em relação aos cuidados com o coto umbilical, convergindo com o atual estudo.

Andrade et al (2012), ainda ressalta que a limpeza do coto umbilical é uma medida importante na prevenção de onfalites causadas por microrganismos que podem evoluir para sepse, levando até mesmo ao óbito da criança. Porém ainda existem, em algumas populações, hábitos culturais arraigados, muitas vezes passados por avós, acerca dos cuidados prestados às

crianças, como recomendações de colocar sobre o coto banha de galinha, faixas umbilicais, café, arruda, folha de fumo e moeda.

No quesito da higiene íntima das crianças, apesar de um bom percentual referir o uso da água e sabão como correto, percebeu-se um grande quantitativo de mulheres que relataram o uso do lenço umedecido como correto. No entanto de acordo Ferreira et al, (2013) o uso do lenço umedecido podem causar assaduras e eritema na pele do criança.

O relevante percentual de gestantes terem relatado o uso do lenço umedecido na higiene íntima da criança, pode estar atrelado a grande influencia da mídia através dos comercias de produtos de fácil acesso e praticidade. Além disso, pode haver também uma correlação com hábitos da vida moderna, onde o tempo é algo escasso.

Controverso a esse estudo no trabalho de Andrade et al (2012), não foi citado pelas mulheres nenhum produto para a higiene íntima das crianças. Nesta pesquisa foi referindo somente o uso de água e sabão. Nesse sentido Andrade et al (2012), ainda complementa ao discorrer sobre a necessidade do uso de produtos adequados para crianças, líquidos, suaves, sem fragrância, com pH neutro, tendo em vista que a pele do recém-nascido sofre um progressivo processo de adaptação ao ambiente extra-uterino, é sensível, frágil, sendo necessários cuidados especiais.

Segundo Busanello et al, (2009), nesta perspectiva de cuidado e autonomia dos sujeitos, é imprescindível que os profissionais de saúde, principalmente a enfermeira, reconheça o contexto social e cultural da mulher. Visto que as alternativas do cuidado popular estão emersas nas crenças e costumes do meio no qual está inserida a mulher e a sua família. E assim o conhecimento dessa realidade pode auxiliar os profissionais a compreender como a mulher vivencia e se adapta ao ciclo gravídico-puerperal. Além de apropriar-se das crenças e mitos dos sujeitos para assim pode desmistificá-los, respeitando-os e favorecendo a participação da mulher no processo decisório do auto cuidado e do cuidados com o recém nascido.

Nesse contexto de auto cuidado uma das questões relevantes é o uso de métodos contraceptivos após a gestação. De acordo Minanni et al, (2009), diante da proximidade do evento obstétrico a mulher se encontra sensibilizada e mais receptiva a discutir seu futuro reprodutivo. Dessa forma os profissionais de saúde, com ênfase na enfermeira, responsável por grande parte da realização do pré-natal e também das consultas de planejamento familiar, deve abordar essa tema durante do pré-natal no intuito de instruir a gestante na prevenção de uma gravidez me curto intervalo do parto e/ou gravidez indesejada.

No presente estudo as gestantes mostraram não ter conhecimento dos métodos contraceptivos indicados no retorno as atividades sexuais, com exceção do uso de preservativo onde a grande maioria relatou ser indicado. Um expresso quantitativo apontou o uso da injeção mensal, DIU e a pílula de alta dosagem, método estes que de acordo com o Manual de Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva do Ministério da Saúde (2010), não podem ser usados no período de amamentação pois interferem na produção do leite. Já o uso do DIU tem sido associado a maior risco de infecção uterina.

No estudo de Minanni et al, (2009), as gestantes apresentaram números semelhantes com relação ao uso da pílula de alta dosagem e ao DIU. Porém houve um número bem reduzido em relação ao uso do preservativo. Além disso, ao avaliar o desejo das mulheres em relação ao uso de um tipo de método contraceptivo no período gestacional e o método adotado após o parto, revela que a maioria das gestantes não estavam fazendo uso do método desejado no período gestacional.

Minanni et al, (2009), ainda corrobora ao relatar que esse pouco conhecimento dos métodos contraceptivos adequados acarreta em um pequeno intervalo entre as gestações. Além disso, a anticoncepção, tão desejada e buscada neste importante momento da vida reprodutiva da mulher, não é adequadamente orientada. E grande parte dos casos, os profissionais de saúde apenas se encarregam em distribuir os métodos e assim não levam em consideração o conhecimento e o desejo das mulheres a respeito dos métodos.

Nesse sentido Costa et al, (2010), corrobora ao afirmar que não se pode pensar nos serviços de saúde sem refletir sobre as relações entre esses atores e os sujeitos, uma vez que qualquer atendimento à saúde envolve, no mínimo, a interação entre duas pessoas. O déficit de conhecimento sobre as alterações locais e sistêmicas da gravidez percebido nas falas das entrevistadas remete a um pensamento crítico-reflexivo de como acontece a comunicação nas consultas pré-natais de enfermagem.

6. CONCLUSÃO

Percebeu-se que o perfil socioeconômico das gestantes se assemelha a outros estudos realizados em diferentes regiões do país. A maioria configura-se como donas de casa com renda familiar de um salário mínimo. Essas condições sócio-econômicas atreladas ao custo de vida atual do país e ao nascimento de um criança, que exige maiores cuidados em relação a moradia, vestuário e alimentação, pode acarretar em dificuldades em acesso aos serviços e recursos de saúde. Assim os sujeitos com melhor poder aquisitivo tem buscado a iniciativa privada para atender as suas necessidades integrais de saúde. Diante deste fato, o Sistema Único de Saúde (SUS) que é um direito de todos e dever do Estado, neste estudo reproduz a idéia de serviço de saúde para pobres perpetuando na sua prática desigualdades sociais, de gênero, raça, entre outras.

Nesse contexto, o SUS, apesar de adotar a integralidade como um dos seus princípios, muitas vezes não dispõe de todos os recursos necessários a uma assistência integral. Pois esta necessita de uma equipe multiprofissional para que possa atender a todas as necessidades do indivíduo, como também requer um conhecimento dos fatores que o sujeito estar inserido. Assim também demanda tempo para o acompanhamento e continuidade do processo de cuidar.

Considerando um indivíduo como um ser biopsicossocial, para se prestar uma assistência adequada é preciso atender a todas as necessidades que direta ou indiretamente afetam o seu estado de saúde. Logo, é necessário uma visão dos sujeitos ampliada para além da sua queixa principal e/ou situação atual. Assim é relevante a correlação das questões de condição econômica, raça e gênero as quais os sujeitos trazem consigo.

Nesse estudo, outra questão relevante foi o quesito cor/raça, visto que a maioria das gestantes se declararam negra. E ao associar essa característica a condição socioeconômica, percebe-se uma relação entre esses fatores e denotando mais uma vez que pessoas negras vivem com baixos salários, sem emprego e assim comprometendo a qualidade de vida, conseqüentemente tornam-se mais vulneráveis.

Além disso, foi perceptível também as questões de gênero, onde as mulheres em sua grande maioria caracterizaram-se como donas de casa e desempregadas, sendo o companheiro responsável por trabalhar e manter as despesas da casa, ocupando assim o papel de provedor do recurso financeiro.

No entanto essa relação de não ter emprego e de ser o companheiro responsável por trabalhar e manter o lar, quando não devidamente estabelecida, por comum acordo, pode gerar

uma situação de submissão e dependência da mulher ao seu companheiro. Assim também, pode haver o não reconhecimento do valor da mulher e a atribuição do seu papel somente a ser cuidadora, do lar, do companheiro e dos filhos.

Ainda assim deve-se considerar que nem sempre ter um emprego significa igualdade de gêneros, visto que também há no mercado de trabalho uma divisão das funções do homem e da mulher. Onde as mulheres recebem menores salários e mantêm o papel de cuidadora do lar, com dupla jornada de trabalho. Portanto considera-se que apesar das várias lutas do movimento feminista pela igualdade de gêneros e da inserção feminina no mercado de trabalho, ainda persiste as situações de desigualdade, de submissão e da atribuição do processo de cuidar a mulher.

Com relação ao conhecimento das mulheres aos aspectos do pré-natal elas demonstraram conhecer a maioria de suas rotinas como, o período de início e final das consultas, os exames que devem ser realizados, das medicações e vacinas que devem ser tomadas. Porém há uma falta de conhecimentos em relação a importância e necessidades dos mesmo. Assim as mulheres demonstram que elas apenas seguem o recomendado pelos profissionais de saúde, obedecem suas orientações, mas não tem conhecimento da necessidade das ações e procedimentos.

Essa falta de conhecimento da importância das ações faz com que as gestante fiquem submissas ao que lhes é oferecido, abstendo-se do direito de exigir uma atenção adequada, de questionar os seus direitos e de recusar-se quando o serviço ou procedimento ofertado não é o correto. Dessa forma, as mulheres privam-se do auto cuidado, ficando os profissionais a responsabilidade de cuidar desses sujeitos. Porém o processo de cuidar torna se dificultado e as vezes não consegue ser eficiente quando não há participação dos sujeitos envolvidos.

Outro evento relevante foi o não conhecimento das gestantes a cerca dos contraceptivos que podem ser usados após o parto, no período da amamentação. Este fato além de evidenciar dificuldades na assistência pré-natal que tem sido prestada, nos faz refletir a respeito da efetividade de outros programas de assistência a saúde da mulher, como o Programa de Planejamento Familiar. Visto que este deve informar as mulheres a cerca da característica dos métodos contraceptivos existentes e as indicações e contra-indicações do seu uso.

Com relação aos cuidados com corpo, alimentação e cuidados com o recém-nascido, apesar de apresentar um relativo conhecimento, principalmente sobre a amamentação, ainda persiste fortemente a crença em mitos ditados culturalmente ao longo dos anos. Fato este que, quando a gestante não esta capacitada para o período gravídico-puerperal e convive com

sentimentos de medo, insegurança e ansiedade, favorece a adoção de práticas ditadas pela família e comunidade que muitas vezes são prejudiciais a sua saúde e a do feto ou recém nascido.

Assim faz-se necessário qualificar/informar a gestante de forma que ela tenha subsídios suficientes, para lidar com a influência das práticas errôneas culturalmente acreditadas e assim não comprometa o processo de cuidado. Além disso, a prática de capacitar os sujeitos é fundamental para o reconhecimento dos mesmos enquanto participes no processo de cuidar.

Essa prática de qualificação/informação gera nas mulheres o poder de cuidar de si própria e do eu conceito, torna-a autônoma, conquistando autoridade para lidar com as mudanças e também para promover mudança através do reconhecimento dos seus direitos e da exigência dos mesmos, sendo assim capaz de promover modificações no cenário dos serviços de saúde.

Dessa forma, equipe de saúde, com destaque a enfermeira, por realizar a maioria das consultas de pré-natal, tem papel de preparar a gestante para vivenciar esse processo de intensas mudanças que a gravidez e o nascimento de uma criança traz. Assim, a enfermeira deve a todo momento incentivar o auto-cuidado, a autonomia e o protagonismo dos sujeitos no seu processo de cuidado. Logo deve fazer com que estes reconheçam a sua importância no cuidado e seja protagonista do mesmo não deixando essa tarefa a cargo somente dos profissionais de saúde.

Além disso, a enfermeira deve também incentivar os sujeitos a buscarem seus direitos, exercendo assim e também fomentando os indivíduos a exercerem o seu papel de cidadão e buscar melhorias para os serviços públicos de saúde.

Na prática de capacitação, o profissional de saúde deve trabalhar não somente a gestante, mas também seu companheiro ou companheira e família, já que estes exercem grande influência na vida da mulher e também serão cuidadores no processo gravídico-puerperal. Logo também se deve atentar aos aspectos socioculturais em que os indivíduos estão inseridos assim adequar os cuidados prescritos a sua condição.

Diante da visão de cuidar ampliado e cuidar para empoderar, chama-se atenção para a educação em saúde, para os grupos de gestantes e de casais grávidos. Porém para que haja efetividades dessas ações é necessário adotar uma metodologia participativa para que assim possa envolver os sujeitos na construção de conhecimentos.

Nesse processo chama-se atenção também para o estabelecendo um diálogo de forma horizontal e relações de confiança, a fim de conhecer os sujeitos e o meio em que estão

envolvidos. E assim, ao apropriar-se desse conhecimento, deve capacitá-los a partir do seu contexto sociocultural e econômico, de modo que as orientações oferecidas possam ser adequadas às reais necessidades e apropriadas para cada caso específico. Desse forma, se torna possível um processo gestacional vivenciado da forma mais tênue e prazerosa.

Portando diante do estudo percebe-se a necessidade de mudança de práticas e atitudes. Nesse contexto, cabe aos gestores e aos profissionais de saúde, dispor de estratégias metodologias que busquem atender os objetivos proposto pelo PHPN. E assim tornem os indivíduos mais participes do seu processo de cuidado. Além disso, é preciso também promover uma melhor capacitação e empoderamentos das gestantes, companheiro (a) e família, a fim que estes não apenas conheçam as rotinas do pré-natal, como evidenciado no estudo, mas que entendam a importância dessas ações para a sua saúde e a saúde do embrião ou feto e do recém nascido.

7. REFERÊNCIAS

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. **Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento.** *Rev. Saúde Pública* [online], vol.43, n.1, p. 98-104. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>>. Acessado em: 10 agosto de 2013.

ANDRADE, L. C. O.; SANTOS, M. S.; AIRES, J. S.; JOVENTINO, E. S.; DODT, R. C. M.; XIMENES, L. B. **Conhecimento de Puérperas Internadas em um Alojamento Conjunto Acerca da Higiene do Neonato.** *Cogitare Enferm.* Jan/Mar; 17(1),p. 99-105. 2012. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewFile/26381/17574>>. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>>. Acessado em: 10 agosto de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de atenção básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco.** Brasília-DF. 2012. Disponível em: <http://portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/arquivos/caderno_atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf>. Acessado em 03 de julho de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no- 1.459, de 24 de junho de 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do parto Humanização no Pré-natal e nascimento.** Brasília-DF. 2002. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/parto.pdf>>. Acessado em 03 de julho de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Imunização. Caledário Nacional de Vacinação.** Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1448. Acessado em 03 de outubro de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro.** Brasília-DF. 2005. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/manual_ferro.pdf>. Acessado em 03 de julho de 2013

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização.** Brasília-DF. 2004. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/doc_base.pdf>. Acessado em 08 de julho de 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. **RESOLUÇÃO N°196/96 versão 2012.** Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 2012. Disponível em:

<http://conselho.saude.gov.br/web_comissoes/conep/aquivos/resolucoes/23_out_versao_final_196_ENCEP2012.pdf>. Acessado em 03 de junho de 2013.

BUSANELLO, J.; LUNARDI FILHO, W. D.; KERBER, N. P. C.; LUNARDI, V. L.; SANTOS, S. S. **Participação da mulher no processo decisório no ciclo gravídico-puerperal: revisão integrativa do cuidado de enfermagem.** *Rev. Gaúcha Enferm.* [online]., vol.32, n.4, p. 807-814. 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1983-14472011000400023&script=sci_arttext. Acessado em 03 de agosto de 2013.

CARDOSO, Â. M. R.; MENDES, V. B.; SANTOS, S. M. **O pré-natal e a atenção à saúde da mulher na gestação: um processo educativo?** Universidade de Brasília – Departamento de Saúde Coletiva. Diálogos possíveis janeiro/junho 2007. Disponível em: <<http://www.faculdadesocial.edu.br/dialogospossiveis/artigos/10/11.pdf>>. Acessado em 07 de agosto de 2013.

CARDOSO, M. O. **Atuação do (a) enfermeiro (a) frente às necessidades de saúde sexual e reprodutiva do adolescente.** Trabalho de Conclusão de Curso. Universidade Federal do Recôncavo da Bahia, Centro de Ciências da Saúde. Santo Antônio de Jesus, BA, 2012.

CNES.Net. **Secretaria de Atenção à Saúde. Estabelecimentos de Saúde do município de Santo Antônio de Jesus no Estado da BAHIA 2013.** Disponível em: <http://cnes.datasus.gov.br/Lista_Es_Municipio.asp?VEstado=29&VCodMunicipio=292870&NomeEstado=BAHIA>. Acesso em: 01 maio de 2013.

COELHO, E. A. C; SILVA, C.T.O; ALMEIDA, M.S; OLIVEIRA, J.F. **Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional .** *Esc Anna Nery Rev Enferm*, V. 13, n. 1, p.154-160. jan-mar. 2009. Disponível em:

<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>. Acesso em: 03 de junho de 2013.

DOMINGUES, Thais RS; BARBOSA, Simone P . **Influência das ações educativas em saúde no auto-cuidado de mães e cuidados com recém-nascidos.** *Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: Unileste*, V.5 - N.2 - Nov./Dez. 2012. Disponível em: <http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v5_2/03-influencia-das-acoes-educativas-em-saude-no-auto-cuidado-de-maes-e-cuidado-com-recem-nascidos.pdf> Acesso em: 08 de agosto de 2013.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. **O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil.** *Saude soc.* [online].

vol.17, n.2, p. 132-139, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v17n2/13.pdf>>. Acesso em: 03 de junho de 2013.

FERREIRA, A.S.; GUERRA A. L. C. I.; JAVORSKI M.; BONFIM, S. F. S. F.; SILVA T. A.; LEAL, L.P. **Lesões de Pele em Recém-nascidos e Lactentes.** *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 208-15. abr/jun 2013. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v21n2/v21n2a12.pdf>. Acesso em: 08 de agosto de 2013.

FREIRE, P. **Pedagogia da Autonomia: saberes necessários à prática educativa.** 36. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2011. Acesso em: 30 de setembro de 2013.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde.** *Rev. Eletr. Enf.* [Internet]. V.11. n.2, p.424-8. 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 30 de setembro de 2013.

HEILBORN, M. L.; PORTELLA, A. P.; BRANDÃO, E. R.; CABRAL, C. S. **Assistência em contracepção e planejamento reprodutivo na perspectiva de usuárias de três unidades do Sistema Único de Saúde no Estado do Rio de Janeiro, Brasil.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n.2, p.269-278. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-311X2009001400009&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

HILLESHEIM, B.; SOMAVILLA, V. C.; DHEIN, G.; LARA, L. **Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas.** *Psicologia em Revista*. Belo Horizonte, v. 15, n. 1, p. 196-211, abr. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.pucminas.br/index.php/psicologiaemrevista/article/viewFile/P.1678-9563.2009v15n1p196/646>>. Acesso em: 20 de setembro de 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Resultados gerais da amostra. Censo Demográfico 2010.** Rio de Janeiro, 27 de abril de 2012. [Internet]. Disponível em:

<<http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/imprensa/ppts/00000008473104122012315727483985.pdf>>. Acesso em 03 de maio de 2013.

MAZZINI, M. L. H; ALVES, Z. M. M. B; SILVA, M. R. S; SAGIM, M. B. **Mães adolescentes: a construção de sua identidade materna.** *Cienc Cuid Saude*. V.7, n.4, p.493-

502, Out/Dez. 2008. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/.../6657/3915>. Acesso em 20 de setembro de 2013.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. **Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão.** Estudos Feministas. Florianópolis, v.17, n.1, p.296, janeiro-abril. 2009. Disponível em: <<https://periodicos.ufsc.br/index.php/ref/article/view/11681/10982>>. Acesso em 08 de outubro de 2013.

MENDOZA-SASSI, R. A.; CESAR, J. A.; ULMI, E. F.; MANO, P. S.; DALL'AGNOL, M. M.; NEUMANN, N. A. **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* [online]., vol.23, n.9, p. 2157-2166. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s0102-311x2007000900023&script=sci_arttext>. Acesso em 20 de setembro de 2013.

NETO, X; GUIMARÃES F.R. **Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará.** *Rev. bras. enferm.* [online]. 2008, vol.61, n.5, pp. 595-602. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672008000500011&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 08 de outubro de 2013.

REDE NACIONAL FEMINISTA DE SAÚDE, DIREITOS SEXUAIS E DIREITOS REPRODUTIVOS. Marcos da saúde das mulheres, dos direitos sexuais e direitos reprodutivos. Porto Alegre. 2008.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.12, n.2, pp. 477-486. 2007. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232007000200024&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em 08 de outubro de 2013.

SANTOS, Aliny L; RADOVANOVIC, Creilde A T; MARCON, Sonia S. **Assistência pré-natal: satisfação e expectativas.** *Rev. Rene*, vol. 11, Número Especial, 2010. p. 61-71. Disponível em: < http://www.revistarene.ufc.br/edicao especial/a07v11esp_n4.pdf>. Acesso em 23 de julho 2013.

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DA BAHIA. **Práticas do Programa de Triagem Neonatal na Bahia.** Salvador-BA. 2010. Disponível em:

<<http://www.apaesalvador.org.br/noticias/anexos/2010%20manual%20SRTN.pdf>>. Acesso em 24 de setembro 2013.

SERRUYA S.J.; CECATTI J. G. **O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.** *Cad de Saúde Pú*b, vol 20. Rio de Janeiro. 2004. Disponível em <<http://www.scielo.br.php>> Acesso em 19 de Outubro de 2010.

XAVIER, R. B.; JANNOTTI, C. B.; SILVA, K. S.; MARTINS, A. C. **Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes.** *Ciênc. saúde coletiva* [online]. vol.18, n.4, p. 1161-1171. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232013000400029&script=sci_arttext>. Acesso em 24 de setembro 2013.

APÊNDICE A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido das Gestantes**UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA****CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE****TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO****Resolução nº 466/2012 – Conselho Nacional de Saúde**

Título da pesquisa: Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal- cuidado e autonomia do sujeito

Pesquisadoras responsáveis: Prof^a Msc. Patrícia Figueiredo Marques, Renata Lôbo Matias de Carvalho, Ana Raquel Carneiro Barreto, Valdilia Santos Costa e Arisne Munique da S. Ramos, Isadora Reis.

Prezada Senhora, vimos por meio deste, pedir sua colaboração, como voluntária, na pesquisa “Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal- cuidado e autonomia do sujeito”. Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora responsável Profa. Msc. Patrícia Figueiredo Marques. Em caso de recusa, a senhora não será penalizada de forma alguma. Caso a senhora concorde em participar, este documento servirá como comprovante que sua aceitação foi de livre vontade.

Esta pesquisa objetiva capacitar mulheres gestantes e seus acompanhantes a partir de dinâmicas participativas sobre a gravidez, o parir e os cuidados pós parto com a mulher e a criança, preparando as gestantes quanto ao auto-cuidado e os cuidados com o recém nascido e caracterizar o conhecimento sobre auto-cuidado de vocês durante sua gravidez e cuidados co recém-nascida(o). Serão realizadas oficinas com dinâmicas participativas e os dados sobre conhecimento serão coletados através de um questionário aplicado pelas estudantes Renata Lôbo Matias de Carvalho e Ana Raquel Carneiro Barreto à todas as gestante atendidas nas Unidades de saúde da Família Andaiá I e II que desejarem participar e assinem este termo. As entrevistas serão realizadas num ambiente calmo cedido pela própria unidade de saúde. As informações geradas a partir das oficinas serão arquivados por cinco anos sendo depois destruídas.

Gostaríamos de deixar claro, que as informações contidas no questionário não serão utilizadas em seu desfavor e sim para melhor orientá-la sobre auto-cuidado. A senhora poderá pedir informações sobre a pesquisa, se assim julgar necessário, no Centro de Ciências da Saúde (CCS/ UFRB), Rua do Cajueiro, s/n, Cajueiro, Santo Antonio de Jesus- Bahia. CEP: 44.570-000. Telefones: Trabalho (75) 3632-6950; Patrícia Marques (75) 92066668, Renata Lôbo (75) 91899479.E-mail: pfmef@yahoo.com; renatalmc@yahoo.com.

Por se tratar de uma atividade para gestantes e seus acompanhantes, um grupo de maior vulnerabilidade emocional, poderá haver algum desconforto em participar das atividades, caso

queira falar sobre o assunto garantimos que sua identidade jamais será revelada, pois essa será mantida em sigilo e caso não deseje participar daquela dinâmica ou oficina poderá retirar-se, retornando depois ou não. Será garantido ainda que o (a) senhor (a) poderá desistir de continuar na pesquisa em qualquer momento, sem a necessidade de explicar a sua desistência caso assim queira. Devemos destacar que esta atividade foi aprovada pelo Comitê de Ética na Pesquisa da UFRB.

Os resultados desse trabalho poderão contribuir para o esclarecimento de dúvidas sobre o ser acompanhantes de mulheres grávidas, pós parto e cuidados com recém-nascido(a) e ainda poderá promover uma mudança no cenário de atendimento às gestantes na assistência pré-natal e parto, a partir a exercício da autonomia dessas mulheres e de vocês como acompanhantes capacitados. Os resultados destas oficinas e entrevistas serão conhecidas pelo(a) na última oficina quando realizaremos o encerramento, em data a ser marcada e divulgada em murais da Unidade de Saúde e nas oficinas.

Se a senhora se achar devidamente esclarecida e concordar em participar voluntariamente do estudo assine ou coloque sua impressão digital neste documento juntamente conosco no espaço abaixo.

 Patricia Figueiredo Marques Renata Lôbo Matias de Carvalho Ana Raquel Carneiro

 Arisne Munique da Silva Ramos Valdília Santos da Costa Isadora Reis

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DO ENTREVISTADO

Santo Antônio de Jesus, _____ de _____ de 2013.

Declaro estar esclarecido sobre as informações contidas deste TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou ser incomodado.

Impressão digital (se necessário)

Assinatura do participante da pesquisa



APÊNCIDE B - Roteiro para Entrevista

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RECÔNCAVO DA BAHIA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Título da Pesquisa: Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal- cuidado e autonomia do sujeito.

Pesquisadores Responsáveis: Patrícia Figueiredo Marques (Professora Orientadora da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB); Ana Raquel carneiro Barreto (Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB); Arisne Munique da S. Ramos e Renata Matias Lôbo (Discentes do Curso de Graduação em Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB), Valdilia Santos Costa (Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB), Isadora Reis(Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Recôncavo da Bahia- UFRB).

ROTEIRO PARA ENTREVISTA**1- CARACTERIZAÇÃO DO SUJEITO**

Nome (INICIAIS): _____

Idade: _____

Cor autodeclarada: () Preta () Parda () Índia () Amarela () Branca

Profissão/Ocupação: _____

Estado civil: () Solteira () Casada () União Estável () Viúva

Renda Familiar: () Menos de 1 salário mínimo () 1 Salário mínimo () 2 Salários mínimos () 3 Salários mínimos () Mais de 3 salários mínimos

HISTÓRIA REPRODUTIVATotal de gravidezes () Número de partos () Número de abortos ()
Número de filhos nascidos vivos () Número de filhos nascidos mortos ()**SITUAÇÃO ATUAL**

Quantas semanas de gestação se encontra () Com quantas semanas descobriu a gestação ()

Com quantas semanas iniciou o pré-natal () Quantas consultas de pré natal realizou até o momento desta gestação ()

CONHECIMENTO GESTACIONAL

Com quantas semanas o bebê deve nascer ()

Quando a gestante deve iniciar o pré natal ()

Até quando se deve ir as consultas de pré-natal ()

Quantas consultas devem ser realizadas: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 ()
7 () 8 () 9 () Mais de 9 ()

Quais profissionais realizam as consultas de pré-natal: Enfermeira () Médico ()

Outros: _____

Quais exames você necessita fazer durante a gestação:

Hemoglobina e hematócrito (Anemia) ()

Grupo sanguíneo e fator Rh ()

Sífilis (VDRL) ()

Glicemia em jejum ()

Sumário de urina ()

Anti-HIV ()

Sorologia para hepatite B (HBsAg) ()

Sorologia para toxoplasmose ()

Ultra-sonografia obstétrica ()

HCV ()

Onde realizou os exames: Policlínica () Particular ()

Qual clínica: _____

VACINAÇÃO E MEDICAÇÕES

Quais vacinas você deve tomar:

Dupla Adulto-dT ()

Hepatite B ()

Influenza ()

Outras: _____

Por que? _____

Quais as medicações você deve tomar:

Sulfato ferroso ()

Ácido

fólico ()

Outros _____

Por que? _____

CUIDADOS CORPORAIS

Óleos corporais ajudam a prevenir estrias?

Sim ()

Não ()

- Deve-se expor as mamas a banhos de sol? Sim ()
 Não ()
- Deve manter as pernas elevadas para evitar o inchaço? Sim ()
 Não ()
- Deve-se usar hidratantes nas mamas? Sim ()
 Não ()
- Deve usar esponja vegetal nas mamas? Sim ()
 Não ()
- Deve-se fazer a expressão de mamilo para ver se tem leite? Sim ()
 Não ()

ALIMENTAÇÃO

- Mulher grávida deve comer para dois? Sim ()
 Não ()
- Suco de beterraba cura anemia? Sim ()
 Não ()
- Comer grandes volumes de alimentos evita enjoos? Sim ()
 Não ()
- Para evitar prisão de ventre deve-se comer frutas e verduras? Sim ()
 Não ()
- Beber bastante líquido evita a prisão de ventre, o aparecimento de estrias, a infecção urinária e ajuda na produção de leite? Sim ()
 Não ()

AMAMENTAÇÃO

- Quantas vezes devem-se dar o peito ao bebê? _____
- Até quando a criança deve mamar? () anos
- O primeiro leite não serve para o bebê? Sim ()
 Não ()
- O leite não mata a sede do bebê. Sim ()
 Não ()
- O leite oferece proteção ao bebê. Sim ()
 Não ()
- Existe leite fraco? Sim ()
 Não ()
- O leite da mamadeira é mais forte que o leite materno. Sim ()
 Não ()

Leite bom é o engrossado com maisena. Sim ()
 Não ()
 O leite artificial substitui o leite materno. Sim ()
 Não ()
 Você saber fazer a prega mamaria? Sim ()
 Não ()

PARTO

Quais os tipos de parto (vias de parto) você conhece? Normal () Cesáreo ()
 Fórceps ()

Qual você considera melhor? Normal () Cesáreo ()
 Fórceps ()

É direito seu levar uma acompanhante para o parto? Sim ()
 Não ()

Quais os sinais de parto?

Cólicas/contrações () Sangramento () Dor na barriga ()

Dor de cabeça () Perda de líquido () Amnésia ()
 Sonolência ()

Recebeu informações sobre as vantagens e desvantagens das vias de parto?

Sim () Não ()

Sentiu-se informada sobre vantagens do parto normal;

Sim () Não ()

Sentiu-se informada sobre vantagens do parto cesáreo;

Sim () Não ()

Qual sua preferência inicial pela via de parto?

Normal () Cesárea ()

A sua escolha pela via de parto foi influenciada por:

Experiência reprodutiva (cesariana anterior, experiência reprodutiva favorável à cesariana) ()

Preferência do parceiro ()

Opção por laqueadura tubária (apenas para as mulheres com parto anterior) ()

Aconselhamento de profissional de saúde, durante o pré-natal, sobre vantagens do parto cesáreo e parto normal ()

Influência de familiares ()

Medo da dor ()

Qual via de parto proporciona recuperação mais rápida para a mãe?

Normal () Cesárea () Fórceps ()

Qual a via de parto deve ser a de 1ª escolha, caso a gestante não apresente nenhum fator de risco?

Normal ()

Cesárea ()

Fórceps ()

Quais as reais indicações para um parto cesáreo?

Problemas cardíacos ()

Desproporção céfalo-pélvica ()

DHEG ()

Primeira gravidez ter sido cesárea ()

Sofrimento fetal ()

Idosas ()

Quem forneceu estas informações sobre parto?

CUIDADOS COM O BEBÊ

Quando deve fazer o teste do pezinho do bebê:

1º dia de vida ()

Até o 7º dia ()

Depois de 30

dias ()

Outros: _____

Como deve-se cuidar do coto-umbilical:

Lavar com água e sabão ()

Limpar com álcool a 70% ()

Colocar

iodo ()

Deixar coberto ()

Colocar pomada ()

Não

lavar ()

Como deve-se fazer higiene íntima do bebê

Com papel higiênico ()

Com água e sabão ()

Com lenço

umedecido ()

ANTICONCEPÇÃO

Depois de parir o que posso usar para evitar gravidez:

Camisinha ()	Injeção de 1 mês ()	Injeção de 3 meses ()	Pílula ()
Minipílula ()	DIU ()	Anel vaginal ()	LAM ()
Tabelinha ()	Coito interrompido ()	Laqueadura/vasectomia ()	Outros _____

ANEXO A - CARTA DE ANUÊNCIA



Prefeitura Municipal de Santo Antônio de Jesus
Secretaria Municipal de Saúde
Coordenação da Integração Ensino-Serviço

DECLARAÇÃO DE INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

Santo Antônio de Jesus, 02 de abril de 2013.

Declaro, por meio desta, a anuência da Secretaria Municipal de Saúde de Santo Antônio de Jesus na realização do projeto de pesquisa "**Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal- cuidado e autonomia do sujeito**", vinculado à Universidade Federal da Bahia (UFRB). A pesquisa será desenvolvida pelas graduandas Ana Raquel Carneiro Barreto (Discente do Curso de Graduação em Enfermagem da UFRB), Renata Lôbo Matias de Carvalho e Pâmela Santana da Silva (Discentes do Bacharelado Interdisciplinar em Saúde da UFRB) orientadas pela Prof.ª Patrícia Figueiredo Marques.

Ratifico necessidade do cumprimento da Resolução n. 196/96, do Conselho Nacional de Saúde, do aguardo do parecer a ser emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa, para dar início à coleta de dados que, por sua vez, só será possível mediante a confecção da carta de apresentação para os sujeitos/ setores, por esta Secretaria.

Por fim, afirmo que esta secretaria está ciente de suas corresponsabilidades enquanto coparticipante deste projeto de pesquisa.


Tatiana Santos de Almeida
 Coordenação de Integração Ensino e Serviço

Rua A – Quinta do Inglês – Centro Médico Cajalba, no. 87 – Sala 203 – 2.º andar
 Santo Antônio de Jesus – BA – CEP: 44572-055
 E-mail: sajsaude@mma.com.br - Telefax: (75) 3632-4482/4491-4538/4634

ANEXO B - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal- cuidado e autonomia do sujeito

Pesquisador: Patrícia Figueiredo Marques

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 14984213.8.0000.0056

Instituição Proponente: Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio
Universidade Federal do Recôncavo da Bahia - UFRB

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 352.815

Data da Relatoria: 31/07/2013

Apresentação do Projeto:

"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. Sendo essa atividade uma das prerrogativas da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) lançado no início dos anos 2000, a qual dá ênfase aos cuidados básicos de saúde e destaca a importância das ações educativas no atendimento à mulher, trazendo assim, a marca diferencial em relação a outros. Aparentemente, está havendo uma falha nas ações educativas durante o período do pré-natal, visto que se torna paradoxal que a mulher, ao passar por uma gestação sem complicação e frequentando o pré-natal, chegue ao último mês demonstrando falta de conhecimento sobre alterações advindas da gravidez e despreparo para vivenciar o parto e realizar os primeiros cuidados ao recém-nascido. Dessa forma entendendo como um dos papéis da Universidade como prestadora de serviços a sociedade e a necessidade de fornecer uma maior qualificação na assistência pré-natal, torna-se pertinente uma capacitação das gestantes e acompanhantes sobre o ciclo gravídico-puerperal. Os objetivos são capacitar mulheres gestante e seus acompanhantes a partir de uma metodologia crítica participativa sobre o processo gravídico-puerperal numa perspectiva de gênero, informar

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 352.815

mulheres e acompanhantes quanto ao ciclo gravídico e puerperal; formar as mulheres quanto ao auto-cuidado e os cuidados com o recém nascido e instrumentalizar com informações as mulheres, a fim de que estas exerçam seus direitos reprodutivos de forma autônoma; caracterizar o conhecimento sobre auto-cuidado das gestantes..Pretende desenvolver uma metodologia criticoparticipativa com no mínimo 20 sujeitos, sendo estes gestantes e seus acompanhantes e a partir daí criar estratégias para capacitá-las. Para alcançar este objetivo propõe-se a realização de oficinas sobre astemáticas relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal numa perspectiva de gênero. Também será aplicado um questionário com as gestante para caracterizar o conhecimento das mesmas sobre o autocuidado enquanto no ciclo gravidico-puerperal e com o recém-nascida(o). Em relação aos resultados espera-se amenizar e/ou extinguir com a situação de carência de informações,ou inadequadas sobre o parto, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascidonos primeiros dias, e que trazem para a gestante, companheiro ou companheira e família um estado de tensão, influenciando negativamente todo o processo. A prática de uma atenção que forneça a mulher e acompanhantes informações necessárias para possibilitarcompreender as mudanças fisiológicas que estão ocorrendo e irão ocorrer, os cuidados coma criança e para consigo, durante e após a gestação, informando claramente os mecanismos de parto e possibilite o direito desta fazer sua escolha pelo parto normal ou cesariano,buscando a garantia da humanização neste momento, e assim seus direitos e os princípios da autonomia sejam preservados são os pressupostos deste projeto".

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

"capacitar mulheres gestante e seus acompanhantes a partir de uma metodologia critica participativa sobre o processo gravídico-puerperal numa perspectiva de gênero, informar mulheres e acompanhantes quanto ao ciclo gravídico e puerperal.

Objetivo Secundário:

"Formar as mulheres quanto ao auto-cuidado e os cuidados com o recém nascido e instrumentalizar com informações as mulheres, a fim de que estas exerçam seus direitos reprodutivos de forma autônoma; Caracterizar o conhecimento sobre auto-cuidado das gestantes".

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

"Por se tratar de um estudo voltado para gestantes, uma grupo de maior vulnerabilidade emocional, poderá haver algum desconforto em falar sobre o tema, sendo livre o desejo de revelar

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 352.815

ou não suas necessidades e/ou informações, podendo retirar-se da oficina e de responder o questionário para as gestantes. No caso de acompanhantes liberdade de sair das oficinas".

Benefícios:

"Como a Universidade além produzir conhecimento científico também é considerada prestadora de serviços a sociedade. E existe a necessidade de fornecer uma maior qualificação na atenção pré-natal, torna-se pertinente uma capacitação das gestantes e acompanhantes para esse período, uma assistência que forneça a amba(o)s informações necessárias para possibilitar compreender as mudanças fisiológicas que estão ocorrendo e irão ocorrer, os cuidados com a criança e para consigo, durante e após a gestação, que informe claramente os mecanismos de parto e possibilite o direito desta fazer uma escolha livre e autônoma pelo parto normal ou cesariano, que busque a garantia da humanização neste momento, e assim seus direitos reprodutivos e os princípios da autonomia sejam preservados".

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo se mostra relevante, pois busca capacitar mulheres gestante e seus acompanhantes a partir de uma metodologia crítica participativa sobre o processo gravídico-puerperal numa perspectiva de gênero, informar mulheres e acompanhantes quanto ao ciclo gravídico e puerperal, temática importante e que suscita discussões, pois questiona como se dá a educação em saúde de gestantes e acompanhantes para o processo gravídico-puerperal em uma unidade de saúde.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos foram apresentados.

Recomendações:

SUGESTÕES:

NO TCLE:

- 1- Informar que a pesquisa foi aprovada pelo CEP e retirar a informação que no CEP o participante poderá tirar dúvidas sobre a pesquisa, haja vista que isso é atribuição da pesquisadora;
- 2- Corrigir o endereço eletrônico do CEP-UFRB (eticaempesquisa@ufrb.edu.br)
- 3- Esclarecer melhor o que a pesquisadora entende como "vulnerabilidade emocional", a fim de que a participante compreenda;
- 4- A primeira lauda deve conter a rubrica de todos e na segunda lauda a assinatura de todos (pesquisadoras e participantes);
- 5- Incluir espaço para assinatura do acompanhante, na condição de participante da pesquisa.

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710

Bairro: Centro

CEP: 44.380-000

UF: BA

Município: CRUZ DAS ALMAS

Telefone: (75)3621-1293

Fax: (75)3621-9767

E-mail: secgab@ufrb.edu.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RECÔNCAVO DA BAHIA -
UFRB



Continuação do Parecer: 352.815

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Após nova avaliação do projeto de pesquisa concluímos que ele está adequado as normativas da resolução 196/96 (versão 2012).

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

O parecer atende as normativas da Resolução 196/96 (versão 2012). Assim, sugerimos que as observações sejam incluídas no TCLE antes da coleta de dados e desejamos sucesso as pesquisadoras na realização desse estudo.

CRUZ DAS ALMAS, 07 de Agosto de 2013

Assinador por:
Deisy Vital dos Santos
(Coordenador)

Endereço: Rua Rui Barbosa, 710
Bairro: Centro **CEP:** 44.380-000
UF: BA **Município:** CRUZ DAS ALMAS
Telefone: (75)3621-1293 **Fax:** (75)3621-9767 **E-mail:** secgab@ufrb.edu.br