

REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE PUÉRPERAS SOBRE O ATENDIMENTO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE

SOCIAL REPRESENTATIONS OF POSTPARTUM WOMEN ON PRENATAL CARE IN PRIMARY HEALTH CARE

REPRESENTACIONES SOCIALES DE PUÉRPERAS ACERCA DEL CUIDADO PRENATAL EN LA ATENCIÓN PRIMARIA DE SALUD

Eryjósy Marculino Guerreiro¹, Dafne Paiva Rodrigues², Ana Beatriz Azevedo Queiroz³, Márcia de Assunção Ferreira⁴, Ivana Rios Rodrigues⁵, Laura Pinto Torres de Melo⁶

Objetivou-se apreender as representações sociais de puérperas sobre o atendimento pré-natal na atenção primária de saúde. Estudo descritivo, qualitativo, norteado pela Teoria das Representações Sociais, desenvolvido em nove Centros de Saúde da Família, em Fortaleza, Ceará, Brasil, de maio a julho de 2012. Participaram 31 puérperas, por meio de entrevista semiestruturada. Estas foram gravadas, transcritas na íntegra e processadas através do *software* ALCESTE - versão 2010. Os resultados observados na análise lexical das entrevistas revelaram a distribuição dos conteúdos em quatro classes. Exploraram-se neste estudo as classes 4 e 1, que tratam do atendimento no pré-natal. As representações sociais das usuárias sobre o pré-natal estão ancoradas na dimensão protocolar e na dimensão socioeducativa. Faz-se necessária a implantação e a manutenção de atividades para o compartilhamento de saberes e de interação entre as usuárias.

Descritores: Cuidado Pré-Natal; Gestaçã; Psicologia Social.

This article aimed at capturing the social representations of postpartum women on prenatal care in primary health care. This is a descriptive, qualitative study, guided by the Theory of Social Representations, developed in nine Family Health Centers, in Fortaleza, Ceará, Brazil, from May to July, 2012. 31 women on postpartum were interviewed through semi-structured interviews. The interviews were recorded, fully transcribed and processed through ALCESTE software - 2010 version. The results observed in the lexical analysis of the interviews revealed the distribution of contents in four classes. Classes 4 and 1 dealing with prenatal care were explored in this study. Social representations of users about the prenatal are anchored in the protocol dimension and socio-educational dimension. The implantation and the maintenance of activities are necessary in order to share knowledge and interaction among the users.

Descriptors: Prenatal Care; Pregnancy; Pregnancy; Psychology Social.

El objetivo fue identificar las representaciones sociales de puérperas acerca del cuidado prenatal en la atención primaria de salud. Estudio descriptivo, cualitativo, guiado por la Teoría de las Representaciones Sociales, desarrollado en nueve Centros de Salud de la Familia, en Fortaleza, Ceará, Brasil, de mayo a julio de 2012. Participaron 31 mujeres después del parto a través de entrevistas semiestructuradas. Estas fueron grabadas, transcritas íntegramente y procesadas por el *software* ALCESTE - versión 2010. Los resultados observados en el análisis léxico de las entrevistas revelaron la distribución de contenidos en cuatro clases. Explorado en este estudio las clases 4 y 1, que tratan de la atención prenatal. Representaciones sociales de los usuarios sobre el prenatal están ancladas en la dimensión de protocolo y socio-educativa. Es necesaria implementación y mantenimiento de actividades para el intercambio de conocimientos y la interacción entre las usuarias.

Descriptor: Atención Prenatal; Gestación; Psicología Social.

*Recorte da dissertação "Representações sociais de puérperas sobre a educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal", Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, 2012.

¹Enfermeira, Doutoranda, Professora Substituta, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: eryjosy@msn.com

²Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: dafneprodriques@yahoo.com.br

³Enfermeira, Doutora, Professora Adjunta, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: anaqueiroz@oi.com.br

⁴Enfermeira, Doutora, Professora Titular, Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Pesquisadora 1D do CNPq. Rio de Janeiro, RJ, Brasil. E-mail: marciadeaf@ibest.com.br

⁵Enfermeira, Mestranda, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: ivana_rius@hotmail.com

⁶Enfermeira, Mestranda, Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza, CE, Brasil. E-mail: lauratorresdemelo@hotmail.com

INTRODUÇÃO

A gravidez pode ser considerada um fenômeno singular na vida de muitas mulheres, que se caracteriza por constantes modificações e alterações de ordem física, hormonal, psicológica, emocional e social⁽¹⁾. Diante disso, reflete-se na necessidade de um cuidado específico a cada mulher que vivencia a gestação, visto que é um período de transformação, permeado por dúvidas e anseios.

No que tange aos cuidados oferecidos pelos profissionais de saúde no período da gravidez, o pré-natal é o acompanhamento da evolução da gestação, que visa cuidar da saúde da mulher e de seu bebê, até que o nascimento ocorra. Inclui a prevenção de doenças e a promoção da saúde, assim como o diagnóstico e o tratamento dos problemas que podem ocorrer durante este período⁽²⁾.

Portanto, a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, fator essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal⁽³⁾. No entanto, outros aspectos também são determinantes na adesão ao pré-natal, como: acesso ao serviço, humanização, rede de serviços para assistência integral, experiência prévia, reconhecimento da importância e benefícios, dentre outros.

Visualizando as formas de contemplar os objetivos da assistência pré-natal, o Ministério da Saúde lançou, em 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como principal estratégia assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e do puerpério às mulheres e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania^(4:5).

Como forma de dar continuidade ao enfoque da humanização na atenção materna e infantil, o Ministério da Saúde instituiu, em junho de 2011, o Programa Rede Cegonha, que visa garantir o atendimento de qualidade

a todas as brasileiras pelo Sistema Único de Saúde (SUS), desde a confirmação da gestação até os dois primeiros anos de vida do bebê. Conforme as diretrizes gerais e operacionais desse programa, deve ser assegurado às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada no decorrer da gravidez, do parto e do pós-parto, e às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudável⁽⁵⁾.

As propostas desenvolvidas pelo Ministério de Saúde, incluindo o PHPN e a Rede Cegonha, revelam que a assistência à mulher no período gravídico-puerperal e ao recém-nascido deve ser realizada de forma integral e humanizada, atendendo as principais necessidades apresentadas pelas mulheres no decorrer da gestação, parto e puerpério⁽⁴⁻⁵⁾.

O atendimento no pré-natal na atenção primária envolve as usuárias com papel de destaque, possibilitando inferir a existência de representações nesse grupo. A forma de expressão das mulheres sobre o tema fornece direcionamentos acerca de como vem sendo conduzido o seu acompanhamento durante a gestação pelos profissionais do serviço de atenção primária à saúde.

Neste sentido, o atendimento no pré-natal é entendido sob o olhar social dos significados, considerando as usuárias como portadoras de um saber construído e partilhado socialmente pela interação⁽⁶⁾. Esse atendimento emerge como objeto de relevância para o grupo de mulheres que vivenciaram o fenômeno da gravidez, passível de suscitar Representações Sociais (RS), que norteiam as usuárias nas ações sobre a realidade, tendo como base um sistema de valores definido sob a influência social.

Acessar as RS de puérperas sobre o atendimento no pré-natal implica em compreender suas interpretações e sentidos sobre este objeto, sob o enfoque no saber construído no cotidiano dos grupos sociais – o conhecimento do senso comum⁽⁷⁾. As

representações dão sentido, orientam e conduzem os grupos sociais. Formam um saber prático tanto por estar inseridas na experiência, que envolve um contexto histórico, cultural e espacial, quanto por orientarem as comunicações e condutas dos sujeitos⁽⁶⁾.

Portanto, o estudo objetivou apreender as representações sociais de puérperas sobre o atendimento pré-natal na atenção primária de saúde.

MÉTODO

Estudo norteado pela Teoria das Representações Sociais (TRS), desenvolvido em nove Centros de Saúde da Família (CSF) da Secretaria Executiva Regional (SER) IV, do município de Fortaleza, Ceará, Brasil. Participaram 31 usuárias que atenderam aos critérios de inclusão: puérperas cadastradas em um dos CSF da SER IV, maiores de 18 anos, que realizaram no mínimo seis consultas de pré-natal e uma consulta puerperal. Ressalta-se que a amostra foi escolhida por critério intencional, até a ocorrência da saturação teórica dos dados, o que ocorreu com 31 entrevistas.

Esleu-se a entrevista semiestruturada como técnica de coleta de dados, por se tratar de um instrumento que favorece à entrevistada a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem se prender à indagação formulada pela pesquisadora⁽⁸⁾. O instrumento contemplou o perfil obstétrico e sócio-familiar-demográfico das participantes e explorou os sentidos atribuídos ao pré-natal.

As entrevistas foram realizadas após o aceite das participantes e a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Estas aconteceram no CSF ou no domicílio das usuárias, atendendo a privacidade e a disponibilidade das participantes. As entrevistas foram gravadas, transcritas na íntegra e preparou-se um banco de dados único para ser processado através do *software* Análise Lexical Contextual de um Conjunto de Segmentos de Texto (ALCESTE) - versão 2010.

O programa informático ALCESTE emprega uma análise de Classificação Hierárquica Descendente (CHD) e permite uma análise lexical do material textual, oferecendo contextos (classes lexicais) que são caracterizados pelo seu vocabulário e pelos segmentos de textos que compartilham este vocabulário⁽⁹⁾.

O *corpus* de análise é formado pelas unidades de contexto iniciais (uci), unidades a partir do qual o programa efetuará a fragmentação inicial e que correspondem a cada entrevista realizada. Numa análise padrão, após o programa reconhecer as indicações das uci, divide o material em unidades de contexto elementar (uce), unidades com menor fragmento de sentido. O qui-quadrado (χ^2) calcula a frequência de aparição da palavra e evidencia o grau de associação estatística de uma palavra ou variável à classe. Quanto maior o χ^2 , mais relevante é a palavra para a construção da classe⁽⁹⁾. A análise do χ^2 põe em evidência as temáticas em torno das quais se articula o discurso, à luz do contexto semântico das palavras de maior associação estatística à classe e, também, mostra ao pesquisador o papel das variáveis na organização de tais classes.

O programa fornece, então, o número de classes resultantes da análise, assim como as formas reduzidas, o contexto semântico e as uce características de cada classe consolidada. De posse desse material, as autoras explicitaram o conteúdo presente no mesmo, nomeando cada classe a partir de todas as informações fornecidas pelo *software*. Por fim, a interpretação e análise das classes fundamentaram-se na perspectiva processual da TRS. Os depoimentos das participantes estão numerados pelas uce, χ^2 e uci.

A entrada nos locais de investigação efetivou-se após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará, com parecer nº. 26905 e CAAE: 01261912.5.0000.5534. Mediante autorização do estudo pela SER IV e

aprovação no comitê, a coleta de dados ocorreu entre os meses de maio a julho de 2012.

RESULTADOS

Em relação ao perfil obstétrico e sócio-familiar-demográfico das 31 mulheres participantes do estudo, pode-se afirmar que eram majoritariamente multíparas (64,5%), na faixa etária entre 18 e 33 anos (71,0%), moravam com companheiro (64,5%), cursaram até o ensino fundamental (48,4%), tinham trabalho remunerado (87,1%), realizaram parto cesáreo (71,0%) e não sofreram intercorrências no ciclo gravídico-puerperal (71,0%).

A partir de processamento dos dados no *software* ALCESTE foram encontradas 1.913 formas distintas ou palavras diferentes. O programa teve 75% de aproveitamento. Quando 75% ou mais das uce foram classificadas, tem-se um bom desempenho da CHD. Foram selecionadas 368 uce, das quais 275 foram classificadas em quatro classes. Cada classe é composta por agrupamentos de várias uce de vocabulário homogêneo.

Cabe esclarecer que para fins deste artigo foram explorados e discutidos os conteúdos presentes na Classe 4: avaliação do atendimento no período pré-natal e na Classe 1: pré-natal: os profissionais e os procedimentos, uma vez que são nestas que se concentram os léxicos que exploram o objeto recortado para a discussão. Por ter significância estatística maior em termos de agregação de uce, perfazendo 28% do total, a Classe 4 foi descrita antes da Classe 1 (10% do total). Ambas discutem o tema "O atendimento no pré-natal".

Classe 4: avaliação do atendimento no período pré-natal

É formada por 78 uce e 53 palavras analisáveis. Os vocábulos ilustrativos desta classe são: dúvida (khi2 = 27), tirava (khi2 = 14), ótimo (khi2 = 14), perguntava

(khi2 = 14), pré-natal (khi2 = 13), dor (khi2 = 12), normal (khi2 = 11), sal (khi2 = 8), risco (khi2 = 8), gravidez (khi2 = 7), atendida (khi2 = 7), exame (khi2 = 5), cesáreo (khi2 = 5), conversava (khi2 = 5), acompanhamento (khi2 = 5).

Estas palavras representam a assistência no pré-natal: protocolar, com a realização de exames, como também é caracterizada pelas orientações, no âmbito de ações educativas individuais. O grupo de mulheres avaliou o atendimento dos profissionais de saúde, a partir de representações que apresentam juízo de valor e que se remetem à qualidade do atendimento recebido: *Ela (a enfermeira) me examinava, perguntava como é que estava, o que eu sentia, se o bebê estava se mexendo ou não, ela perguntava tudo relacionado a ele e a mim* (uce nº334; Khi2 = 14; uci nº27). *Foi ótimo, maravilhoso. Quando eu entrei na sala, sim, os médicos foram maravilhosos. Bem atendida* (uce nº164; Khi2 = 11; uci nº11). Os depoimentos avaliaram positivamente o cuidado promovido no período gestacional.

Neste estudo, as mulheres consideraram os exames fundamentais ao bom acompanhamento. Elas representam a assistência a partir da presteza da realização dos exames e do acompanhamento dos profissionais ao longo do período vivenciado: *Assim, eu estava com anemia muito forte e ele não descobria o que era. Fazia exame e exame e ele não descobria o que era* (uce nº21; Khi2 = 12; uci nº2). *Aí depois ela vai lhe botar em uma fila de espera para você fazer uma ultrassom mamária, uma transvaginal e isso demora demais, e muitas mulheres deixam de vir no posto por conta disso* (uce nº88; Khi2 = 6; uci nº6).

Além da solicitação de exames, o atendimento dos profissionais de saúde apresenta como enfoque as orientações educativas: *Porque na realidade você precisa de ajuda, quanto mais filhos você tem, mais ajuda você precisa. Quanto mais orientação, mais você vai. Sempre, sempre foram bem-vindas para mim, o que disser para mim é válido. Quando eu estava grávida e fazia o pré-natal, a enfermeira sempre me ajudou* (uce nº231; Khi2 = 9; uci nº15). *Para eu não comer muita massa, comer mais fruta, tomar bastante líquido. Do parto ela (a enfermeira) orientou que quando a dor vir de cinco em cinco minutos, que já estava na hora do parto* (uce nº239; Khi2 = 9; uci nº16). *Eu sabia que era, mas era difícil, porque eu não queria mais ter filho. Não estava preparada. Eu sempre perguntava ao médico, porque minha gravidez ele achou sempre de*

risco devido ao meu peso, mas ele disse que o jeito que eu estava fazendo estava ótimo, que continuasse (uce nº160; Khi2 = 7; uci nº11). O médico que me assistiu durante o pré-natal, qualquer dúvida que eu tivesse ele tirava (uce nº16; Khi2 = 6; uci nº1).

Também detectou-se que algumas mulheres não se sentiam à vontade para esclarecer suas dúvidas com os profissionais, preferindo recorrer às orientações da patroa, das amigas ou ainda buscar informações na mídia, em revistas e meio eletrônico: *Foi e agora já ganhei. Mas foi bom, na minha gravidez fui bem atendida, foi ótimo. Eu tirava sempre as dúvidas com a minha patroa. Eu fiquei muito em dúvida na minha gravidez, porque eu não queria mais ter e ela foi uma pessoa que me apoio muito, deu muita força para eu ter esse bebê, que era tudo de bom (uce nº159; Khi2 = 11; uci nº11). Não, a gente não conversava muito, não, eu não conversava muito, sou muito fechada. Ficava mais ouvindo, nunca fui de perguntar, não. Tirava com minhas amigas. Elas só falavam que na gravidez, na hora de ter, eu ia sofrer muito (uce nº240; Khi2 = 8; uci nº16). Recebi. Não, não, foi só conversa com o médico. Agora a gente vê muito na televisão e lê em revista, porque quando a gente está grávida tem o interesse de ler em revista, a gente termina vendo na internet também, mas com o médico era só os exames que a gente fazia (uce nº5; Khi2 = 6; uci nº1).*

A classe 4 apresentou associação estatística com mulheres que vivem com companheiro (Khi2 = 13), na faixa etária entre 34-41 anos (Khi2 = 6) e múltiparas (Khi2 = 4). O sujeito típico da classe foi a entrevistada 11 (Khi2 = 19). Também constatou-se que as múltiparas e de idade mais avançada discursaram mais sobre a avaliação do atendimento, pela maturidade e a experiência do acompanhamento profissional.

Classe 1: pré-natal: os profissionais e os procedimentos

Esta classe é formada por 27 uce e 36 palavras analisáveis. É a classe de menor significância estatística em termos de agregação de uce, perfazendo 10% do total. Os vocábulos ilustrativos desta classe são: barriga (khi2 = 66), recebia (khi2 = 47), medicação (khi2 = 40), coração (khi2 = 37), escutar (khi2 = 31), ultrassom (khi2 = 28), neném (khi2 = 18), bebê (khi2 = 11), camisinha (khi2 = 11), resultado (khi2 = 11), orientações (khi2 = 11), pesar (khi2 = 9), doutora (khi2

= 9), médico (khi2 = 8), visita (khi2 = 7), conversava (khi2 = 7), consulta (khi2 = 6), tomar (khi2 = 5).

Estas palavras representam os procedimentos de rotina realizados durante a assistência no pré-natal, com enfoque no bebê, além de tratar do profissional em si e de sua atuação: ao oferecer orientações educativas nas consultas, realizar medição da altura uterina, auscultar os batimentos cardíacos fetais, solicitar ultrassom, prescrever medicamentos e verificar o peso: *Recebia, a gente chega, ela pede para pesar, tirar a pressão, escuta o coraçãozinho do bebê, a medida da barriga para ver se está evoluindo bem, é isso (uce nº363; Khi2 = 29; uci nº31). O doutor (médico) me deitava e passava aquela maquinazinha na minha barriga para escutar ele, media a minha barriga, foi bem (uce nº142; Khi2 = 18; uci nº9). Consulta normal. Ele (o médico) mede a barriga, escuta o coração do neném, passa sulfato ferroso e pronto. Porque a doutora (a médica) eu fui só uma vez para ela, porque ela nunca estava aqui, aí foi que ela disse como dava de mamar, se o bico do peito estava bom para a criança mamar ou não (uce nº106; Khi2 = 14; uci nº7). Dependendo dos resultados dos exames, por exemplo, o do diabetes, para ver se tinha diabetes ele pediu a curva glicêmica, de acordo com o resultado da curva ele pedia uma dieta, que no meu caso não foi necessário porque deu tudo certo (uce nº6; Khi2 = 9; uci nº1).* Percebeu-se o predomínio de uma prática protocolar, procedimental.

Constatou-se a necessidade de a gestante ir a clínicas particulares para receber o resultado imediato dos exames: *No pré-natal eu fui mais nas minhas ultrassons, porque quando eu ia estava faltando aparelho para escutar. Então o médico passava a medicação, aqueles comprimidos que a gente toma, sulfato ferroso e outro (uce nº150; Khi2 = 26; uci nº10). Com quinze dias já sai o resultado de tudo, eu volto no médico, com um mês já tenho resultado de tudo e pelo público, não. Particular. Já era pelo plano e eu fazia tudo, toda vida que eu ia, me consultava com ele e fazia na hora a ultrassom (uce nº90; Khi2 = 8; uci nº6).*

Esta classe apresentou associação estatisticamente significativa pelas entrevistadas 18 (Khi2 = 11), 05 (Khi2 = 9), 22 (Khi2 = 7) e 19 (Khi2 = 6). Estes sujeitos típicos da classe apresentam em comum as seguintes características: múltiparas, ter realizado parto cesáreo e não ter tido intercorrências durante o ciclo gravídico-puerperal.

A atenção ao filho é a principal preocupação deste grupo de mulheres: *Isso é o que eu entendo como educação*

desde pequenininho. A primeira consulta para sentir o coração do bebê, a primeira consulta quando faz a ultrassom para saber como ele está, isso é que é o mais, as primeiras consultas e que são mais importantes, porque está se formando um feto dentro da sua barriga (uce nº253; Khi2 = 14; uci nº18). Muito importante também, é muito importante. A primeira consulta é para você não tomar banho de lua, porque atinge o feto logo quando está se formando. Você não pode pegar peso, porque o cérebro do bebê está se formando. Então, essas são as orientações que eles passam e eu acho muito importante (uce nº254; Khi2 = 28; uci nº18).

As falas anteriores expressam um atendimento ancorado na dimensão socioeducativa. As mulheres representam grande valorização ao pré-natal em parte associada à existência de outro ser em seu ventre, em que tais representações podem ser objetivadas na expressão "está se formando um feto dentro de sua barriga". A palavra importante tem repercussão positiva na atenção prestada, acrescentando-lhe a característica de valor, significado e sentido, assim como a palavra bom: *Ah, foi bom. Orientação. A médica, a enfermeira me orientava como eu tinha que fazer (uce nº301; Khi2 = 18; uci nº24). Fui. Teve. Foi o enfermeiro e o médico. Nas visitas (uce nº341; Khi2 = 11; uci nº28).*

O diálogo e a interação entre profissional e gestante são de grande importância para a adesão às consultas: *Recebia. Ela me passava tudo, ela conversava com a minha filha na barriga, a doutora. Eu gostei muito, porque ela conversava, ela dava carinho. Eu me sentia bem, foi muito bom. Era a enfermeira. Era, mas é porque eu gostei tanto da enfermeira que eu preferi só com a enfermeira (uce nº183; Khi2 = 9; uci nº12). Nas consultas que fui, sempre procurei receber orientações. Quando eu vou no ginecologista, ele sempre conversa, fala para mim ter cuidado, para sempre tomar o medicamento direito, usar camisinha e tudo (uce nº260; Khi2 = 45; uci nº19).*

Os conteúdos representativos sobre o atendimento no pré-natal atribuídos pelas mulheres estão apresentados na Figura 1, ancorados em duas dimensões: protocolar e socioeducativa.

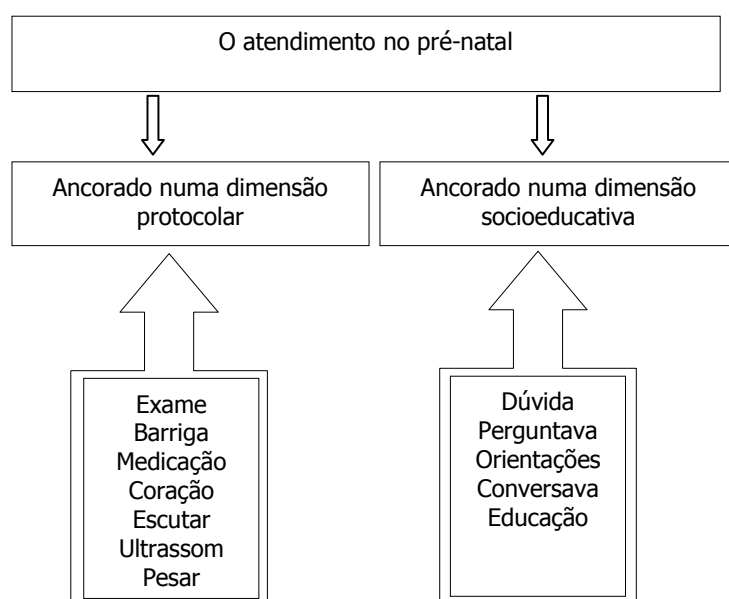


Figura 1 - Representações sociais de mulheres sobre o atendimento no pré-natal. Fortaleza, CE, Brasil, 2013.

DISCUSSÃO

Em relação aos dados obstétricos deste estudo, é alarmante o quantitativo de partos cesáreos nos serviços públicos de saúde, tendo em vista que a maioria das mulheres não sofreu qualquer intercorrência durante o ciclo gravídico-puerperal. Os dados aqui apresentados confirmam o crescimento de cesáreas no Brasil e sua crescente ascensão. Em 2010, a taxa nacional de cesarianas alcançou 52%, bem acima do que preconiza a Organização Mundial de Saúde (10-15%)⁽¹⁰⁾.

O Ministério da Saúde considera como atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura⁽²⁾. O início do acompanhamento no primeiro trimestre da gestação permite a realização oportuna de ações preventivas, de diagnósticos mais precoces e de ações de promoção à saúde. Além disso, possibilita a identificação no momento oportuno de situações de alto risco que envolvem encaminhamentos para outros pontos da atenção, permitindo melhor planejamento do cuidado⁽²⁻³⁾.

A classe 4 apresenta como as puérperas avaliam o atendimento pré-natal na atenção primária de saúde. Entende-se que a qualidade dos serviços de atenção à mulher não pode se efetivar sem considerar às suas necessidades e/ou expectativas e sem ter sensibilidade e intuição para captar o que é necessário incluir no plano de cuidados, para que a usuária se sinta tranquila e confortada. Se algum elemento do cuidado provido se apresenta omissivo, deve ser resgatado para tornar esse cuidado mais significativo à mulher⁽¹¹⁾.

As mulheres entrevistadas avaliam a qualidade do pré-natal principalmente a partir dos exames realizados. Em outro estudo realizado em São Paulo, a satisfação das usuárias com o serviço oferecido no pré-natal tem sido avaliada a partir de: conhecimento do programa de pré-natal, adequação do atendimento prestado, conhecimento da equipe que presta o atendimento, conhecimento do hospital que será referência para o parto e recebimento de visitas mensais dos agentes comunitários de saúde⁽¹²⁾.

Entende-se que a assistência pré-natal de qualidade é realizada através de um esforço contínuo de todos os envolvidos no processo, dispondo-se de todos os meios existentes na comunidade e ambiente de trabalho para a facilitação das ações e melhora da satisfação das usuárias, através de um atendimento rápido, eficaz, integral e igualitário⁽¹¹⁾.

Também foi relatada a importância das orientações individuais, apesar de que algumas mulheres não se sentiam a vontade para tirar as dúvidas com os profissionais. Dentre as orientações recebidas, o foco era o cuidado com o bebê.

Evidencia-se outros assuntos na literatura quanto aos conteúdos das orientações recebidas dos profissionais que conduziram as consultas de pré-natal, sendo discussões sobre alimentação, atividade física, estresse, medicação, atividade sexual e controle de peso⁽¹³⁾. Essas orientações estão coerentes com as

recomendações do Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada⁽¹⁴⁾.

O esclarecimento de dúvidas e o intercâmbio de informações entre a gestante e o profissional de saúde são necessários para a compreensão do processo gestacional, para a satisfação da mãe e da família e, conseqüentemente, para uma avaliação positiva quanto à qualidade da atenção recebida⁽¹⁴⁻¹⁵⁾. Porém, as mulheres acabavam buscando informações em outras fontes como família, amigas, televisão e revistas.

Desta forma, acredita-se que a formação do vínculo seja crucial para o maior envolvimento da gestante nas questões relacionadas à sua saúde, a atribuição da autonomia e definição de suas escolhas e, conseqüentemente, a percepção mais consciente do autocuidado⁽¹⁶⁾. Ressalta-se ainda, que o vínculo entre profissional e gestante proporciona a maior adesão às consultas de pré-natal e garante maior contato das usuárias com as informações sobre a gestação, o parto e o puerpério, contribuindo, assim, para uma troca de diferentes vivências entre as mulheres e os profissionais⁽¹⁷⁾.

Elementos socioeconômicos e emocionais devem ser considerados no atendimento à mulher e que esta deve ser instruída quanto aos cuidados necessários para o sucesso desse estágio. O profissional deve oferecer suporte psicológico à cliente, estimulando o vínculo profissional-família, através de diálogos francos, visitas domiciliares e reuniões de grupo⁽¹¹⁾.

Ao analisar a classe 1 e os procedimentos realizados durante a consulta de pré-natal, tendo como parâmetro as normas técnicas do PHPN, verifica-se frequência elevada da aferição da pressão arterial, do peso materno e da medida da altura uterina⁽¹⁸⁾. Esses procedimentos foram relatados pelas puérperas do estudo.

Outras pesquisas têm mostrado a presença de alguns procedimentos durante a realização do exame

físico obstétrico na gestante, como: a medição do peso e da altura da mulher, a aferição da pressão arterial, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais, a medida da altura uterina e o exame de toque vaginal. Além disso, era solicitada também a ecografia obstétrica⁽¹³⁾.

Para a adequada assistência pré-natal necessita-se dispor de conhecimentos técnico-científicos atualizados, recursos humanos e/ou de infraestrutura adequados, como por exemplo, uma área física adequada, equipamentos disponíveis para o exame da mulher e do bebê, medicamentos básicos suficientes à demanda, profissionais aptos e treinados⁽¹¹⁾.

Quanto aos exames solicitados, muitas puérperas acabam optando por realizá-los em clínicas particulares, para que não haja demora nos resultados. Fato também apresentado em outro estudo realizado na SER IV, em que os resultados de exames demoraram até três meses para chegar às mãos das gestantes; estando, portanto, desatualizados. Observou-se a carência de recursos materiais e tecnológicos nos CSF⁽¹¹⁾. O principal problema é a detecção tardia de alguma complicação, que poderia já estar sendo tratada se houvesse agilidade nos resultados dos exames.

As puérperas ancoram a temática "*O atendimento no pré-natal*" em duas dimensões (Figura 1): na dimensão protocolar, representada pelas palavras exame, barriga, medicação, coração, escutar, ultrassom e pesar e, na dimensão socioeducativa, representada através das palavras dúvida, perguntava, orientações, conversava e educação.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

No presente estudo, as puérperas representam o atendimento no pré-natal como protocolar, com a realização de exames de rotina e repasse de informações no âmbito de ações educativas. Os procedimentos realizados durante a assistência no pré-natal, com enfoque no bebê, estão ligados às orientações nas consultas, medição da altura uterina,

ausculta dos batimentos cardíacos fetais, ultrassom, prescrição de medicamentos e verificação do peso.

Faz-se necessário a persistência dos profissionais de saúde no sentido de que sejam implementadas atividades que visem a melhoria das ações educativas na área de saúde da mulher como criação e manutenção de grupos de gestantes, de casais, dentre outras atividades para o compartilhamento de saberes e interação entre os usuários, gerando esforços para a realização da prática educativa como forma de melhorar o impacto dessa ação na saúde física, mental e emocional da mulher.

Como limitações deste estudo evidenciam-se a restrição aos CSF de uma dada SER (IV), da capital do Estado do Ceará, devendo-se ser ampliado para outras e municípios do interior do Estado.

Os resultados encontrados servem de apoio para a adoção de novas estratégias e tecnologias de atendimento em saúde por parte dos profissionais para o acompanhamento de mulheres no período gravídico, possibilitando a sensibilização para mudança e inovação de atitudes.

AGRADECIMENTOS

Pesquisa realizada com o apoio financeiro do Programa de Demanda Social da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), vigência 2011/2012 e do Programa Nacional de Cooperação Acadêmica da CAPES, vigência 08 a 10/2012.

COLABORAÇÕES

Guerreiro EM e Rodrigues DP contribuíram para a concepção, análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Queiroz ABA e Ferreira MA contribuíram para a análise, interpretação dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada. Rodrigues IR e Melo LPT contribuíram para a análise dos dados, redação do artigo e aprovação final da versão a ser publicada.

REFERÊNCIAS

1. Piccinini CA, Gomes AG, De Nardi T, Lopes RS. Gestação e a constituição da maternidade. *Psicol Estud.* 2008; 13(1):63-72.
2. Ministério da Saúde (BR). Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
3. Valente MMQP, Freitas NQ, Áfio ACE, Sousa CSP, Evangelista DR, Moura ERF. Prenatal care: a look at the quality. *Rev Rene.* 2013; 14(2):280-9.
4. Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
6. Jodelet D. As representações sociais. Rio de Janeiro: EdUERJ; 2001.
7. Moscovici S. Representações sociais: investigações em psicologia social. 9ª ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
8. Minayo MCS, Deslandes SF, Gomes R. Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 29ª ed. Petrópolis: Vozes; 2010.
9. Coutinho MPL, Saraiva ERA. Métodos de pesquisa em psicologia social: perspectivas qualitativas e quantitativas. João Pessoa: UFPB; 2011.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
11. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. *Rev Min Enferm.* 2012; 16(3):315-23.
12. Alencar NG, Gomes LC. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma unidade com Programa de Saúde da Família. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2008; 4(19):13-7.
13. Etges MR, Oliveira DLLC, Cordova FP. A atenção pré-natal na ótica de um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar. *Rev Gaúcha Enferm.* 2011; 32(1):15-22.
14. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Manual técnico pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde; 2006.
15. Sarmento R, Setúbal MSV. Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. *Rev Ciênc Med.* 2003; 12(3):261-8.
16. Líbera BD, Saunders C, Santos MMAS, Rimes KA, Brito FRSS, Baião MR. Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Ciênc Saúde Coletiva.* 2011; 16(12):4855-64.
17. Barreto MS, Mathias TAF. Care to pregnant women in primary care: report of activities in supervised training. *Rev Rene.* 2013; 14(3):639-48.
18. Gonçalves CV, Cesar JA, Mendoza-Sassi RA. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública.* 2009; 25(11):2507-16.