

UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE
FACULDADE DE CIÊNCIAS HUMANAS E SOCIAIS DA UNIVALE
MESTRADO EM GESTÃO INTEGRADA DO TERRITÓRIO

Mayara Ribeiro Jerônimo Fernandes

Representação social sobre assistência pré-natal das gestantes inseridas no
Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Governador Valadares

2016

MAYARA RIBEIRO JERÔNIMO FERNANDES

Representação social sobre assistência pré-natal das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN)

Dissertação apresentada ao curso de Pós-Graduação em Gestão Integrada do Território da Faculdade de Ciências Humanas e Sociais da Universidade Vale do Rio Doce, como requisito parcial à obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Marileny Boechat Frauches

Co-orientadora: Suely Maria Rodrigues

Governador Valadares

2016

A meu esposo, filho e familiares pelo incentivo e apoio na realização deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, por ter me permitido alcançar mais uma vitória com determinação, dedicação e por me proporcionar a oportunidade de conhecer pessoas maravilhosas que contribuíram para a conclusão desse trabalho.

Sou grata pela orientação que recebi da Professora Marileny Boechat Frauches que, muito além dos esclarecimentos e sugestões, sempre competentes relativas a esta dissertação, se manifestou como uma companheira nessa jornada, através de sua dedicação, paciência e cuidado para com a minha formação.

A todos os professores do Programa Gestão Integrada do Território pela contribuição quanto à ampliação do conhecimento de forma tão primorosa, também agradeço a todos os funcionários, em especial os administrativos que sempre prestaram auxílio e apoio quando solicitados.

Agradeço aos meus pais Jorge e Luciene; ao meu filho Arthur, pela compreensão, ao serem privados em muitos momentos da minha companhia e atenção, e pelo profundo apoio, me estimulando nos momentos mais difíceis.

Por fim, agradeço a meu esposo Wendel, pelo seu companheirismo e compreensão, uma vez que me incentivou, abriu mão de alguns prazeres, do tempo para que este objetivo fosse alcançado, por sua paciência e amor. Obrigada por desejarem sempre o melhor para mim, pelo esforço que fizeram para que eu pudesse superar cada obstáculo em meu caminho e chegar até aqui.

RESUMO

O período da gestação é marcado por diversas mudanças no organismo materno. Tais mudanças sofrem influências de múltiplos fatores, desde biológicos, até alterações das características sociais e econômicas da população, o que faz com que nesse período a mulher necessite de cuidados especiais, e de acompanhamento por profissionais de saúde. Com a criação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento e a implementação das diretrizes, houve a melhoria dos serviços de saúde, com intuito de atender as necessidades específicas da mulher durante o período gestacional. A avaliação da assistência pré-natal, nesse sentido auxilia a entender esse território da saúde como um espaço além da realização das consultas ou prestação de serviços, e sim um ambiente para criação de vínculos, onde ocorrem troca de saberes entre os profissionais envolvidos na assistência almejando um cuidado humanizado. O estudo teve como objetivo Identificar a representação social sobre assistência pré-natal das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na zona urbana no município de Governador Valadares/MG. Trata-se de uma pesquisa com abordagem quali-quantitativa, é um estudo observacional, descritivo, de corte transversal sobre a forma de estudo de caso, tendo como perspectiva de análise a Teoria das Representações Sociais. Realizado nas Estratégias de Saúde da Família na região da zona urbana do município de Governador Valadares, no período de janeiro a agosto de 2014. A amostra constituiu-se de 33 gestantes que encontravam-se com idade gestacional superior à 30 semanas. Os dados quantitativos foram processados no *software R*, versão 3.2.2. Os resultados do presente trabalho foram obtidos principalmente pela aplicação da técnica estatística multivariada denominada Análise de Correspondência Múltipla além da utilização do Qui-quadrado e aplicação do teste Kruskal-Wallis para verificar a significância estatística. Os dados qualitativos coletados foram analisados por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). O estudo permitiu conhecer a representação social das gestantes pesquisadas no município de Governador Valadares quanto à assistência pré-natal, além de proporcionar a oportunidade de análise dos indicadores do PHPN no município, em relação ao cumprimento das metas preconizadas pelo programa. A pesquisa aponta que as gestantes possuem uma percepção positiva frente à assistência prestada pelos profissionais, porém essas mulheres possuem uma visão fragmentada da assistência pré-natal associando a relevância dos cuidados prestados a procedimentos e consultas, valorizando cada vez mais as intervenções que as ações de promoção à saúde. Espera-se que as discussões e reflexões entre os profissionais e gestores da saúde, influenciem na assistência pré-natal para que seja realizada de maneira mais qualificada e humanizada com atitudes que sejam acolhedoras, promovendo o bem-estar da

mulher, contribuindo para que os laços afetivos entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde se estreitem cada vez mais.

Palavras-Chave: Gestantes, Programa de Humanização no pré-natal e Nascimento, Assistência pré-natal, Territorialidades

ABSTRACT

The period of gestation is marked by several changes in the maternal organism. These changes are influenced by multiple factors, from biological factors, to changes in the social and economic characteristic so the population, which causes the woman to require special care and follow-up by health professionals. With the creation of the Prenatal and Birth Humanization Program the implementation of the guidelines, there was an improvement in health services, in order to meet the specific needs of women during the gestational period. The evaluation of prenatal care in this sense helps to understand this territory of health as a space beyond the performance of consultations or services, but rather an environment for creating links, where there is an exchange of knowledge among professional so involved in care Aiming for a humanized care. The objective of this study was to identify the social representation of prenatal care of pregnant women enrolled in the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN) in the urban area of the city of Governador Valadares / MG. It is a research with a qualitative-quantitative approach, it is an observational, descriptive, cross-sectional study on the form of case study, having as perspective of analysis the Theory of Social Representations. Carried out in Family Health Strategies in the region on the urban area of the municipality of Governador Valadares, from January to August 2014. The sample consisted of 33 pregnant women who were of gestational age over 30 weeks. The quantitative data were processed in software R, version 3.2.2. The results of the present study were obtained mainly by applying the multivariate statistical technique. Multiple Correspondence Analysis in addition to the use of the Chi-square and Kruskal-Wallis test to verify the statistical significance. The qualitative data collected were analyzed during the "Content Analysis" technique proposed by Bardin (2011). The study allowed to know the social representation of the pregnant women surveyed in the city of Governador Valadares regarding prenatal care, besides providing the opportunity to analyze the indicators of the PHPN in the municipality, in relation to the fulfillment of the goals advocated by the program. The research indicates that pregnant women have a positive perception regarding the care provided by the professionals, but these women have a fragmented view of prenatal care, associating the importance of the care provided to procedures and consultations, valuing more and more the interventions that the actions of Health promotion. Discussions and reflections among health professionals and managers are expected to influence prenatal care so that it is carried out in a more qualified and humanized way with welcoming attitudes, promoting the well-being of women, Ties between professionals and users of health services are becoming more and more narrow.

Key words: Pregnant women, Prenatal Humanization and Birth Program, Prenatal care, Territorialities

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 Número de óbitos maternos notificados segundo abrangência e ano	27
FIGURA 2 - Número de óbitos maternos notificados segundo abrangência e ano ...	28
FIGURA 3 - Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares subdividido em áreas geográficas estratégicas – regiões	50
FIGURA 4 - Mapa das gestantes na ACM.	73
FIGURA 5 - Dispersão das categorias das cinco variáveis abordadas na ACM	75

LISTA DE TABELAS

TABELA 1– Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes pesquisadas	59
TABELA 2- Características relacionadas ao acompanhamento da gestação das entrevistadas	65
TABELA 3– Características dos exames realizados pelas gestantes pesquisadas ..	72
TABELA 4 - Coordenadas no plano cartesiano e os respectivos escores das gestantes pesquisadas.....	78
TABELA 5- Descrição das variáveis com relação estatisticamente significativa ao escore e suas respectivas medianas por grupos de estudo.....	79

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP - Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas

ACM - Análise de Correspondência Múltipla

ACS - Agentes Comunitários de Saúde

APS - Atenção Primária à Saúde

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

ESF - Estratégia Saúde da Família

FAPEMIG - Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais

HBSAG – Sorologia para Hepatite B

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS – Ministério da Saúde

NV - nascidos vivos

OMS - Organização Mundial da Saúde

PACS - Programa de Agentes Comunitários de Saúde

PAISM - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNPS - Política Nacional de Promoção da Saúde

PSF - Programa Saúde da Família

RS - Representações Sociais

SIH - Sistema de Informação Hospitalar

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

SUS - Sistema Único de Saúde

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRS - Teoria das Representações Sociais

VDRL – *VenerealDiseaseResearchLaboratory* (Teste de identificação da Sífilis)

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	19
2 A GESTAÇÃO E O PRÉ-NATAL.....	22
2.1 Histórico da assistência pré-natal no Brasil.....	24
2.2 Atenção Primária à Saúde e a Estratégia Saúde da Família	28
2.3 O Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN).....	33
3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)	38
4 TERRITÓRIO E SAÚDE	41
4.1 O território da saúde e sua relação com a Atenção Primária à Saúde..	43
5 METODOLOGIA	47
5.1 Abordagem do estudo	47
5.2 Tipo do estudo.....	48
5.3 Universo do estudo	49
5.4 Amostra.....	51
5.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	52
5.6 Estudo piloto	52
5.7 Aspectos éticos	53
5.8 Coleta de dados	53
5.7 Análise dos dados	55
5.7.1 Dados quantitativos	55
5.7.2 Dados qualitativos	56
6 RESULTADOS E DISCUSSÃO	58
6.1 DADOS QUANTITATIVOS.....	58
6.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes pesquisadas .	58
6.1.2 Avaliação do cumprimento das metas propostas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN).....	64
6.2 DADOS QUALITATIVOS	81
6.2.1 Representação Social sobre Assistência Pré-natal	82
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	101
7.1 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO	103

REFERÊNCIAS.....	104
ANEXO	113
APÊNDICES	114

1 INTRODUÇÃO

O período gestacional é marcado por diversas mudanças no organismo materno, tais transformações sofrem influências de múltiplos fatores, desde biológicos, até alterações das características sociais e econômicas da população, o que faz com que nesse período a mulher necessite de cuidados especiais, e de acompanhamento por profissionais de saúde (CUNHA; SANTOS; GONÇALVES, 2012).

Dessa maneira, cabe aos profissionais de saúde trabalharem para reduzir os principais problemas de morbidade e mortalidade que envolve o período gestacional e pós-gestacional (MARKLE; FISHER; SMEGO JUNIOR, 2015). Com esse objetivo, durante a década de 1980, o Ministério da Saúde (MS) implementou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com diretrizes que previam a capacitação dos serviços de saúde para atender as necessidades específicas da mulher durante todos os ciclos da vida (BRASIL, 2000; BRASIL, 2004).

Frente às discussões sobre a humanização e sua influência na qualidade da assistência prestada relacionada ao impacto na mortalidade materna, buscou-se garantir o acesso qualificado e humanizado do acompanhamento pré-natal ampliando a assistência já existente com a criação do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), estabelecendo estratégias de melhoria da assistência, tendo, como paradigma conceitual, as ações de humanização no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2006).

Mesmo com a implantação do PHPN ao final da década de 1990, o Brasil vem apresentando aumento da cobertura da assistência pré-natal e do número de consultas por gestantes (ALMEIDA; TANAKA, 2009). No entanto,

ainda persiste um elevado número de morbimortalidade de mulheres e crianças por complicações da gravidez e do parto (DOMINGUES et al., 2012).

De acordo com os dados divulgados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), a razão de mortalidade materna aceitável é de até 10 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV). No Brasil, a mortalidade materna apresentou queda, entre os anos de 2006 e 2010: a razão de 2006 foi de 77,2/100 mil NV; e a de 2010, 68,2/100 mil NV. Mas, ainda trata-se de um número bastante elevado, se comparado com o preconizado pela OMS (HANDELL; CRUZ; SANTOS, 2014).

Estima-se que os óbitos em mulheres em idade fértil estão relacionados a causas ligadas à gestação, parto ou puerpério, no Brasil em 2015 foram registrados 1.651 óbitos maternos, sendo 579 da região Sudeste do país. Em Minas Gerais foram notificados 115 casos e no município de Governador Valadares no período de 2015, especificamente no mês de agosto registrou-se um caso de morte materna (Fonte: SIM).

Segundo os autores supracitados, as causas de mortes maternas predominantes foram as obstétricas diretas, com destaque para as doenças hipertensivas e as síndromes hemorrágicas. Dessa maneira, mesmo após a criação do PHPN, questiona-se sobre quais as diretrizes que devem ser traçadas para promover uma maior redução da mortalidade materna, para atingir o valor máximo aceitável pela OMS.

Nesse contexto, a importância de se avaliar a assistência pré-natal é necessária, pois esse território da saúde é um espaço para além da realização das consultas ou prestação de serviços (GUERREIRO et al., 2013), para também a criação de vínculos (BRASIL, 2010), com uma escuta qualificada das gestantes e o trabalho de educação em saúde, onde ocorrem trocas de saberes entre os profissionais envolvidos na assistência almejando um cuidado humanizado (GONÇALVES, 2009; BRASIL, 2013).

A qualidade da assistência pré-natal permanece como um desafio a ser superado (CUNHA et al., 2009; BRASIL, 2010a), para que isto efetivamente ocorra faz-se necessário a criação de ambientes saudáveis uma vez que para promover saúde deve-se levar em conta não somente o indivíduo, mas sua singularidade e o contexto no qual se insere.

Tendo em vista que o território na saúde seria mais que um depósito de atributos da população e profissionais na tentativa de implementar política de saúde, mas sim o lugar da responsabilidade e da atuação compartilhada. Acredita-se que, no processo de atenção à saúde das gestantes não basta simplesmente olhar para elas, deve-se atentar para os usos e as diferentes apropriações do espaço vivido, uma vez que este não se constitui apenas como um local, mas como um território a partir do qual ela orienta suas ações. Portanto, são imprescindíveis que sejam levadas em consideração as vivências e experiências das gestantes, a partir das quais se torna possível identificar as territorialidades que influenciam na vida social, nos seus problemas e necessidades de saúde.

Tomando como base o contexto apresentado, o presente estudo objetivou identificar a representação social sobre assistência pré-natal das gestantes inseridas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) na zona urbana no município de Governador Valadares/MG.

A atenção qualificada no pré-natal pode contribuir significativamente na redução da mortalidade materna, pois promove uma maternidade segura. Assim é nesse território da saúde, que além das consultas, ocorre a criação de vínculos mais ativos com a gestante, onde efetivam-se as trocas de saberes entre os profissionais envolvidos na assistência almejando um cuidado e ações mais eficazes e direcionadas.

A perspectiva é de que os resultados desta pesquisa possam contribuir para reflexões dos profissionais e gestores para que implementem novas

práticas em saúde, com intuito de qualificar a assistência nos serviços, com uma visão ampliada do indivíduo, um olhar holístico para a gestante, diminuindo a preocupação com apenas o atendimento clínico e voltando-se também ao contexto individual de cada gestação, ou seja suas territorialidades.

2 A GESTAÇÃO E O PRÉ-NATAL

A gravidez e o parto constituem uma experiência mobilizadora que envolve a mulher, familiares e profissionais de saúde, é um fato significativo repleto de intensas transformações, onde a atuação na assistência torna-se uma ação necessária para promover bem-estar à gestante, e rastreamento de possíveis complicações decorrentes desse processo (BRASIL,2001).

Por muitos anos a gestação representou significados distintos para as mulheres, pois trazia alegria e dor, e ao mesmo tempo em que era um processo de renovação, ou seja, uma vida nova, também denotava morte de um período vivenciado por elas. Esse modo de viver a maternidade só confirma a relevância do período gestacional como evento singular e único (MALDONADO,1997).

Com intuito de atender as gestantes com mais segurança e qualidade, foram inseridas práticas médicas voltadas para assistência à saúde da mulher, o enfoque dos profissionais como atores protagonistas tornou-se essencial na hora do parto. A razão principal para a ocorrência destas alterações foram as altas taxas de mortalidade materna e perinatal nesse período, onde após o início da incorporação dessas práticas, houve uma redução significativa desses índices (ALLEYNE et al., 2002; SERRUYA, 2004).

Com a inserção dessas mudanças no âmbito da saúde da mulher, um fato que revolucionou a assistência foi a criação de maternidades dentro das instituições hospitalares, e serviços de atendimento de pré-natal para ofertar uma assistência diferenciada às gestantes em todos os países, considerando

as medidas terapêuticas imediatas e aquelas de caráter preventivo atendendo as mães e os seus respectivos filhos (BRASIL, 2004).

Um fator que contribuiu para diminuição dos índices de morbimortalidade foi a institucionalização do parto em locais exclusivos e o processo de maternidade incluído nas intervenções dos profissionais da medicina, com terapias padronizadas garantindo uma assistência segura e de qualidade no momento do parto e puerpério (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Gerar uma criança era um fato vivenciado por muitas mulheres, mas até a metade do século XIX o momento do parto realizado em espaços específicos era destinado somente para mulheres de alta classe, às outras mulheres de baixo poder aquisitivo, o parto era realizado no próprio domicílio com auxílio de parteiras ou cirurgiões barbeiros. Nesse contexto, com a mudança do cenário, o momento do parto passa ser valorizado, expondo uma preocupação com as mães e os bebês (PICCININI et al., 2008).

No Brasil o processo de institucionalização do parto ocorreu na década de 1940, considerada a primeira ação de saúde pública voltada para mulher. Até 1960 as preocupações eram voltadas para o momento do parto e cuidados durante a internação, a partir da mudança do modelo de atenção da medicina preventiva no país, foram instituídos centros de saúde que iniciaram a assistência pré-natal visando redução de complicações para a mulher e o bebêno período do pré-natal (BRASIL, 2010).

Em 1980 surgem iniciativas de humanização do parto, com a tentativa de integrar parteiras leigas ao sistema de saúde local, garantindo uma melhor assistência, respeitando assim a cultura e individualidade das mulheres reduzindo riscos. Apartir de intensos movimentos feministas, um marco para assistência à saúde da mulher foi a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com objetivo de englobar ações

relativas às mulheres em todos os ciclos da vida, incluindo parto, pré-natal e puerpério (BRASIL, 2011).

Assim, a assistência pré-natal tem ocupado espaço de destaque ao longo dos anos, sendo uma das ações mais antigas desenvolvidas pelos serviços de saúde (COSTA et al., 2009). A saúde da mulher foi inserida às políticas nacionais, com intuito de melhorar a qualidade da assistência garantindo uma maternidade segura, resgatando a autonomia da mulher durante processo de gestação e parto (BRASIL, 2011).

2.1 HISTÓRICO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL

A implantação das ações de saúde da mulher nas políticas públicas foi marcada por intensas transformações, a chamada saúde da mulher, inicialmente restringia-se em consultas no pré-natal e a assistência hospitalar ao parto. A partir de mobilizações que iniciaram na década de 1970, grupos constituídos de mulheres e profissionais, reivindicavam uma ampliação da assistência, exigindo uma política de saúde que contemplasse direitos femininos, bem como questões relacionadas ao planejamento familiar e a contracepção, antes não ofertada a esse público (COUTINHO et al., 2003).

Esse momento de intenso debate influenciou em 1983, a incorporação das atividades relacionadas à contracepção, considerada o ponto focal de maior discussão. As discussões refletiam sobre a necessidade de um programa que também deveria prever ações relacionadas à esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Duas questões deveriam ser transversais nestas ações, a da compreensão dos diferentes

aspectos psicológicos e sociais relacionados a cada problema e a introdução de práticas educativas (BRASIL, 2004).

Com o movimento de reforma sanitária e a necessidade de reestruturar o sistema de saúde existente a partir de uma nova base programática com enfoque em ações de promoção da saúde e prevenção de doenças, tomando como norteador um Sistema Único de Saúde (SUS) com princípios doutrinários que garantiam o direito constitucional à saúde, o Ministério da Saúde (MS) instituiu em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que representou um paradigma na atenção à saúde da mulher (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O PAISM além de contemplar uma assistência integral às mulheres em todos os ciclos da vida reforçava princípios do SUS como descentralização das ações, hierarquização e regionalização da assistência, aspectos considerados fundamentais para sua organização. Esse programa representou um marco na forma de proporcionar atenção à saúde da mulher, pelo fato de ampliar os serviços e autonomia dos gestores sobre a questão (BRASIL, 2004).

A sua implantação ocorreu na década de 1980, e tornou-se um programa de destaque em todo país, além de ser uma proposta ampla e complexa de cobertura, introduzindo conceitos de integralidade na assistência, preservação da individualidade e empoderamento da mulher, reforçada por ações de educação em saúde estrategicamente articuladas pelo programa. Além da capacitação dos profissionais, outro parâmetro utilizado foi a análise epidemiológica na tentativa de influenciar nos determinantes de saúde, qualificando cada vez mais as atividades (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Apesar de todas as iniciativas do programa, a atenção à mulher no que tange a gestação e parto permaneceram como um desafio, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do

cuidado, ainda centrado em um modelo biomédico fundamentado em ações curativas, técnicas e fragmentadas (PICCININI et al., 2008).

Ao agregar as ações de promoção e prevenção no âmbito da saúde da mulher durante a gestação, uma mudança de enfoque ocorre, valorizando o período gravídico e os procedimentos, deixando em segundo plano questões subjetivas como as territorialidades e singularidades de cada mulher (ZAMPIERI, 2006; COSTA et al., 2009).

Mesmo realizando a assistência preconizada pelo PAISM, surgiram questionamentos sobre a qualidade das ações realizadas e os resultados das intervenções do programa. A assistência pré-natal encontrava-se sempre como meta dos serviços de saúde, mas, a acessibilidade das usuárias aos serviços, a humanização na atenção prestada, o vínculo criado entre o profissional e a gestante durante o atendimento e as taxas de mortalidade materna e perinatal existentes são fatores que ainda merecem uma análise sobre a eficiência do programa (SANTOS; RADOVANOVIC; MARCON, 2010).

A partir dessas considerações, surgiu a ideia de implementar ações que incorporassem e complementassem às que já estavam implantadas, ampliando a cobertura de atenção à saúde da mulher. Essa nova estratégia tornou-se um desafio, pois exigia dos gestores a introdução de práticas integrais e humanizadas para romper o modelo tradicional de atenção à saúde feminina (BARRETO, 2013).

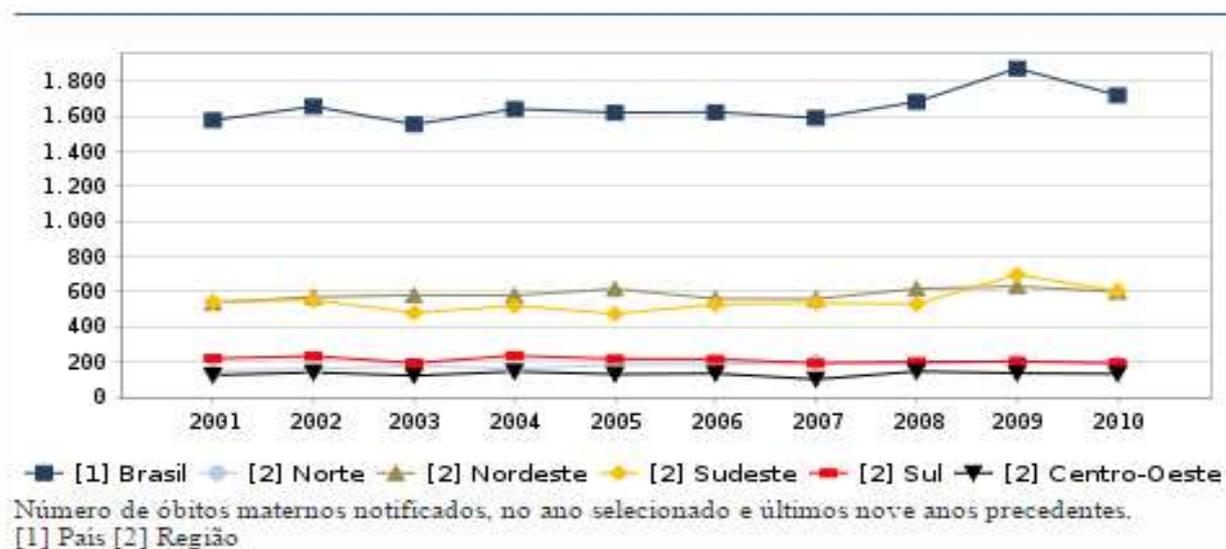


FIGURA 1 Número de óbitos maternos notificados segundo abrangência e ano

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade – 2015

Mesmo com a introdução de novas práticas primando a atenção à saúde da mulher no período gravídico, há registros de ocorrência de aproximadamente 68 casos de mortes maternas por 100.000 nascidos vivos no ano de 2010, com aproximadamente 1.600 óbitos anuais (FIGURA 1) Apesar da implantação de rotinas de atendimento pré-natal a redução dos índices de mortalidade materna foram lentas em torno de 2,3% ao ano, desde 1990 (SOARES et al, 2012).

Em Minas Gerais em 2012, houve uma queda de 21% na redução de óbitos maternos em decorrência das complicações na gestação e parto. No município de Governador Valadares/MG registrou-se em 2014 apenas um caso de óbito materno (FIGURA 2).

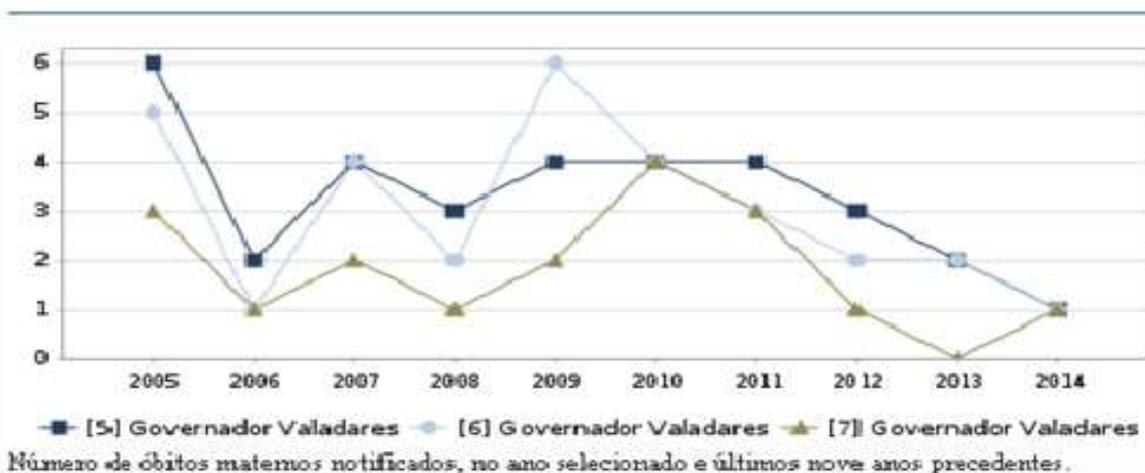


FIGURA 2 - Número de óbitos maternos notificados segundo abrangência e ano

Fonte: SIM – Sistema de Informação sobre Mortalidade – 2015.

Apesar da relativa diminuição de casos de mortalidade materna, a prevenção e as ações estratégicas ainda são consideradas um desafio, com intuito de melhorar cada vez mais esses índices o Ministério da Saúde investiu na promoção da saúde das gestantes com a tentativa de fortalecimento e organização da atenção básica almejando assim maior qualidade da assistência (RODRIGUES, 2016).

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao consolidar as políticas públicas em níveis de atenção de acordo com a complexidade de ações, é possível coordenar os serviços de saúde favorecendo equidade e a integralidade, garantindo assim a continuidade da assistência. As políticas propõem a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de normas técnicas viáveis nos setores que estão diretamente

ligados à saúde. Seu objetivo maior é mostrar a todos os gestores que as escolhas acessíveis são as mais fáceis de serem realizadas, ou seja, atenção primária por estar mais próximo do usuário, torna-se a porta de entrada para o SUS (CARTA DE OTTAWA, 1986).

No campo de ação da saúde pública, na Atenção Primária à Saúde (APS) tem-se a visão integral do indivíduo, onde ocorrem atividades de promoção, prevenção e recuperação. Com tais serviços, esse nível de atenção é reforçado pelos gestores e torna-se presente na agenda de prioridades de organização e fomento, e por se tratar do nível mais acessado do serviço público, deve ser resolutivo e garantir uma qualidade aos que buscam a assistência (BRASIL, 1997).

Nesse sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) enfatiza a promoção da saúde, como uma das estratégias de produção, ou seja, como um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, contribuindo na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde. A estratégia de promoção da saúde é retomada como uma possibilidade de focar os aspectos que determinam o processo saúde adoecimento e potencializam formas mais amplas de intervir em saúde (BRASIL, 2006).

No contexto histórico, um marco fundamental no processo de organização da APS foi a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, que aconteceu na cidade de Alma-Ata, situada na antiga União Soviética, em 1978. Nesta conferência, discutiram-se as primeiras referências dos cuidados primários de saúde, e foi apresentado o tema “Saúde para todos no ano 2000” que, ressaltava a importância da APS para reduzir a lacuna existente entre o estado de saúde dos países em desenvolvimento e desenvolvidos. Como uma estratégia de organização a APS apresentava-se

voltada para responder de forma regionalizada, contínua e sistematizada as ações de prevenção, promoção e reabilitação da população (RIBEIRO, 2007).

Esse movimento foi uma resposta às expectativas por uma nova saúde pública, e auxiliou no direcionamento de outras mobilizações em saúde que vinham acontecendo em todo o mundo. Como resultado ocorreu no executivo a implantação de um Sistema Único de Saúde (SUS), e no Congresso Nacional, a elaboração da Constituição Federal de 1988, que incorporou um conjunto de conceitos, princípios e diretrizes, reorganizando-os na nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária (TORRES-FERNANDES, 1999; RIBEIRO, 2007).

A ideia de atenção primária foi utilizada como forma de organização dos sistemas de saúde pela primeira vez no chamado Relatório Dawson, esse documento do governo inglês procurou, romper com o modelo Flexneriano, que apresenta cunho curativo, fundado no reducionismo biológico e na atenção individual, fundamentando-se numa referência para a organização do modelo de atenção visando solucionar problemas como custo elevado, crescente complexidade da atenção médica e baixa resolutividade (MATTA; MOROSINI, 2009).

A utilização do termo expressa de maneira comum o entendimento de uma assistência à saúde com ações de baixa complexidade, ofertadas nas unidades de saúde, que se caracterizam pelo desenvolvimento de atividades clínicas e educacionais, em muitos países, como no Brasil, são denominadas atividades de saúde pública (LAVRAS, 2011).

A APS é caracterizada pelo nível de assistência de baixa complexidade, por ofertar atividades e procedimentos básicos, com o intuito de obter a integralidade trabalhando com os serviços de prevenção de agravos e promoção da saúde, buscando sempre a equidade, através de parcerias com ações intersetoriais, participação social, práticas horizontais de gestão e

estabelecimento de redes de cooperação para além de realizar o atendimento básico, divulgar e informar as iniciativas voltadas para a saúde de toda a população fortalecendo assim o sistema de saúde (BRASIL, 2012).

Para reestruturar a APS e organizar toda a forma de atendimento, em 1991, criou-se o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), considerado uma estratégia transitória para o estabelecimento de vínculos entre os serviços de saúde e a população (BRASIL, 2001a).

Tratou-se de uma experiência bem sucedida de ações voltadas para as famílias. Teve início no nordeste brasileiro e foi decisivo para o desenvolvimento do Programa Saúde da Família (PSF) que em 1994, surge na tentativa de contribuir para a efetivação do SUS, mediante a consolidação da atenção primária à saúde (BITTENCOURT; MATEUS, 2006; ROCHA et al., 2009; UCHIMURA; BOSI, 2012). O PSF priorizou as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e família, principalmente para as populações de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2001b; GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009).

O PSF no ano de 2006 deixou de ser programa e passou a ser uma estratégia permanente na APS, justamente por que programa possui tempo determinado e estratégia é permanente e contínua. Desse modo passou a ser denominado de Estratégia Saúde da Família (ESF). A ESF foi implantada no Brasil, juntamente com o Pacto em Saúde que, se divide em três componentes centrais, o pacto pela vida, em defesa e da gestão do SUS. Essa pactuação surge com a finalidade de consolidar o SUS, buscando fortalecer principalmente a APS e focalizando em ações de promoção a saúde (KELL; SHIMIZU, 2010).

O processo de trabalho da ESF é focado no trabalho em equipe, o que é considerado essencial para o funcionamento adequado e para a qualidade da assistência. Para tanto, as unidades são compostas por uma equipe mínima

(um médico, um enfermeiro, três auxiliares de enfermagem e cinco Agentes Comunitários de Saúde - ACS). Algumas contam com suporte de integrantes da saúde bucal e todas possuem assistente social, psicólogo, dentre outros profissionais (DALPIAZ; STEDILE, 2011).

Essa estratégia atua em territórios delimitados com características específicas e prioridades distintas, que serão observadas a partir do diagnóstico situacional, o que contribuirá para a realização do planejamento e programação das ações e serviços de saúde, buscando a qualidade dos mesmos e o atendimento prioritário e direcionado aos problemas e necessidades de cada área de cobertura. Nesses espaços as equipes de saúde da família têm o dever de substituir o modelo tradicional com enfoque na doença e atenção curativa, para uma abordagem ampliada com visão sistêmica e multidisciplinar, estabelecendo a família como objeto de trabalho, e desenvolvendo ações de promoção, prevenção e proteção à saúde (BRASIL, 2010a).

A ESF incorpora e reafirma as diretrizes e os princípios básicos do SUS e se alicerça sobre três grandes pilares a família, o território e a responsabilização, além de ser respaldada pelo desenvolvimento das atividades em equipe. Na ESF, a família é entendida de forma integral e em seu espaço social, abordando seu contexto social, econômico e cultural, e considera que é nesse contexto que ocorrem interações e conflitos que podem ser capazes de influenciar de maneira direta a saúde das pessoas (BRASIL, 2011).

As equipes de ESF tem como prioridade trabalhar a saúde em parcela de corresponsabilidade com usuários dos serviços, na tentativa de empoderá-los, tornando-os sujeitos responsáveis no que refere aos cuidados em saúde, bem como promover a autonomia dos indivíduos na própria comunidade (ROSA, LABATE, 2005).

Em relação à ESF, o território adotado refere-se a uma delimitação de determinado local onde são realizadas ações e serviços de saúde. Ao conceituar o território no estudo da geografia ele é mais abrangente, perpassa por questões culturais, econômicas, sociais e não se restringe à demarcação de espaço. Torna-se interdisciplinar e está diretamente relacionado com relações de poder. O território é permeado por vertentes básicas com uma dimensão política que refere às relações de poder normativo e controlador do Estado buscando determinar os territórios para finalidades específicas. Na dimensão cultural do território o espaço-vivido é visto como produto de apropriação, significados e simbologia de um indivíduo ou grupo, a dimensão econômica há existência do território a partir das relações entre classes sociais, capital e trabalho (HAESBAERT, 2004).

Essa abordagem ampla de território envolto por questões políticas, culturais e econômicas abre possibilidades para análise em saúde em especial a ESF auxiliando o entendimento do processo saúde e doença, pois envolve desde a dimensão espacial material até as relações sociais e o significado atribuído a esse espaço (MONKEN et al., 2008)

2.3 O PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ NATAL E NASCIMENTO (PHPN)

Para ampliar a assistência à saúde da mulher, garantindo aspectos fundamentais que englobam a humanização no atendimento e visando incorporar o novo modelo de atenção preventiva, em junho de 2000 o MS instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) efetivado através da APS tendo como estratégia o atendimento no pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2000).

O programa foi instituído pelas Portarias GM nº 569, GM nº 570, GM nº 571 e GM nº 572 de 1/6/2000, tendo como objetivo a redução dos índices de morbi-mortalidade materna e perinatal. Como estratégia primordial para melhorar a acessibilidade das gestantes aos serviços, promover vínculo entre as pacientes e os profissionais responsáveis pelo cuidado, bem como qualificar a assistência com ações resolutivas, como a detecção precoce de complicações no período gestacional e no pós-parto (BRASIL, 2002).

Além de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento, o programa visa estabelecer o direito a cidadania. Fundamenta-se na humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição essencial para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. O termo humanizar o atendimento implica em responsabilizar as unidades de saúde em receber com dignidade a mulher, seus familiares e o bebê. Isto requer toda estruturação e organização da instituição, de modo a criar um ambiente acolhedor e uma postura ética e solidária por parte dos profissionais de saúde adotando medidas e procedimentos seguros para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas desnecessárias que expõem à gestante e seu filho a riscos (BRASIL, 2000).

O programa estrutura-se com intuito de seguir os princípios constitucionais onde saúde é direito de todos, nesse contexto, estabelece que toda gestante tem direito de ser assistida durante o pré-natal, parto e puerpério, com assistência de qualidade, humanizada e segura e esses cuidados estendidos ao bebê que deve ser acompanhado pelas equipes de saúde (BRASIL, 2002).

QUADRO 1 - Indicadores de cumprimento das metas do PHPN

Indicadores de cumprimento das metas do PHPN	
Indicador estabelecido	Meta preconizada pelo MS
Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal	Até o 4º mês de gestação (até 120 dias de gestação)
Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal	6 consultas (1 no primeiro trimestre, 2 no segundo e 3 no terceiro trimestre)
Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:	
Escuta da mulher e de seus/suas acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;	
Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível,	
Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;	
Exames laboratoriais: ABO-Rh e Hemoglobina/Hematócrito na primeira consulta; glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação; testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta; sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação e sorologia para toxoplasmose (IgM), na primeira consulta (se disponível);	
Aplicação de vacina antitetânica	Esquema recomendado com 3 doses básicas ou uma dose de reforço em mulheres já imunizadas.
Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento	Através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais
Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;	
Tratamento das intercorrências da gestação;	
Classificação de risco gestacional	Realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes.
Registro em prontuário e cartão da gestante	Registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
Atendimento às gestantes classificadas como de risco	Garantindo vínculo ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial/ou hospitalar à gestação de alto risco.
Realização de consulta de puerpério (Atenção à mulher e ao recém-nascido)	Até 42 dias após nascimento

Fonte: adaptado de BRASIL, 2000.

Para garantir uma assistência qualificada e eficaz, o PHPN prevê a captação precoce das gestantes, e que a primeira consulta se realize antes do quarto mês de gestação. Para considerar um acompanhamento eficaz se realizar no mínimo seis consultas até o final da gestação, sendo uma no

primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro semestre gestacional. Durante os atendimentos as gestantes devem realizar uma série de exames laboratoriais na tentativa de rastrear possíveis complicações e tratá-las o mais breve possível. Deve-se atentar para a situação vacinal, e a imunização contra tétano é priorizada. Para o puerpério, o programa prevê uma consulta para reavaliação pós-parto da mulher até 42 dias após o nascimento, sendo que todas essas ações que integram o programa visam promover uma gestação livre de agravos (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O funcionamento do programa é garantido pela articulação de estratégias do MS com as Secretarias Estaduais e Municipais. Prezando pelo incentivo da assistência pré-natal os municípios que aderem ao programa recebem um repasse financeiro para custear as ações ao nível da APS e hospitalar. Para receber tal incentivo os municípios devem alimentar regularmente os sistemas de informação referentes ao programa desde o nível básico que tem o SIS-PRÉ-NATAL para cadastramento e lançamento dos atendimentos e procedimentos realizados com as gestantes até as redes hospitalares com o Sistema de Informação Hospitalar do SUS (SIH/SUS) com informações referentes a todo atendimento, visando declaração dos gastos e prevendo a remuneração da assistência, bem como alimentação do banco de dados do programa para avaliação (BRASIL, 2002).

Na tentativa de monitorar o programa para garantir sua qualidade, foram estabelecidos parâmetros que avaliam constantemente a assistência prestada, o PHPN determina critérios de acesso e frequência do atendimento, solicitação de exames complementares básicos a serem realizados no período gestacional e imunização preventiva (BRASIL, 2003).

O monitoramento da saúde da mulher requer mobilizações políticas para direcionar ações e serviços voltados para a melhoria e qualidade da assistência. Portanto, o PHPN é uma estratégia eficaz de cuidado à saúde da gestante e da futura criança, na perspectiva de melhorar os indicadores

nacionais de saúde e a assistência à saúde da mulher no âmbito municipal (BRASIL, 2004; 2005).

Para que seja possível o monitoramento da atenção pré-natal e puerperal, de forma organizada e estruturada, foi disponibilizado pelo Banco de dados do SUS (DATASUS) um sistema que possui informações sobre o PHPN (SIS-PRÉ-NATAL), de uso obrigatório nas Unidades de Saúde e que possibilita a avaliação da atenção a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2006).

No que se refere ao cuidado à saúde da gestante e do recém-nascido (RN), O PHPN é uma estratégia eficaz, pois visa melhorar indicadores nacionais de saúde materno infantil. Com base nessa estratégia, cabe a todos os gestores, seja nacional, estadual ou municipal, elevar a cobertura desse programa, incentivando o cumprimento de todas as metas propostas, e assegurar a manutenção do banco de dados com base no real acompanhamento durante gestação, parto e puerpério. Pressupondo assim, uma preocupação com a qualidade dos procedimentos e assistência realizados. Por meio de indicadores de processos propostos, o monitoramento dos resultados é uma ferramenta adequada de gestão, visto que, possui a capacidade de gerar ações programáticas e técnicas, baseadas no perfil da população-alvo (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Além do compromisso com a gestão do programa, cabe aos profissionais, principalmente os que são responsáveis pela assistência à gestante, ter uma formação qualificada e capacitada para promover um acompanhamento, com acolhimento, escuta qualificada, diálogo franco e sensibilidade para respeitar a individualidade de cada mulher, fazendo com que o saber em saúde possa ser colocado à disposição da mesma e de sua família. A equipe de saúde deve estar atenta para compreender os múltiplos significados e percepções que a gestante expressa durante esse período (BRASIL, 2012a).

O pré-natal efetivamente garante o sucesso da assistência da mulher no período de gestação. O atendimento a essas pacientes deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar; contar com a participação da gestante e de seus familiares, bem como com o apoio dos órgãos assistenciais. Portanto, a gestação deve ser acompanhada através de um adequado pré-natal, tanto na qualidade técnica, como na qualidade de envolvimento afetivo entre o profissional, a gestante e sua família (RODRIGUES, 2013).

3 TEORIA DAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS (TRS)

Na tentativa de explicar os acontecimentos do cotidiano, resolver os problemas e até mesmo entender a realidade que o cerca, o indivíduo acaba atribuindo significados aos objetos físicos que são considerados representações, e como dividi-se interações e vive-se em grupos, essas representações são sociais, pois ajudam a interpretar e definir diferentes aspectos da vida cotidiana (JODELET, 2002).

As Representações Sociais (RS) são construções coletivas ou individuais de significados atribuídos a um objeto. Sendo uma expressão ou interpretação da realidade de um indivíduo que é exteriorizada, compreende questões como a subjetividade, articulando elementos afetivos, sociais que integram o campo do conhecimento. Esse termo é considerado transdisciplinar sendo discutido nas abordagens da Psicologia Social, Sociologia e Antropologia, possuindo múltiplas dimensões no campo dos estudos, pois apresenta-se como variações de conhecimento prático para a compreensão do contexto social e material, orientadas pelo processo de comunicação (SPINK, 1993).

Este termo surge na década de 1960, com o crescente interesse pelo simbólico, procuram-se explicações para o mesmo, as quais recorrem às

noções de consciência e imaginário. Assim as noções de representação e memória social evoluem a partir dos anos 1980, e seus pressupostos teóricos iniciais são desenvolvidos por Moscovici, e posteriormente por Jodelet, importantes referências que auxiliaram no entendimento teórico desse campo. Assim a RS tornou-se relevante nas áreas da saúde, educação, e meio ambiente servindo de ferramenta para ampliar o conhecimento sobre o mundo (ARRUDA, 2002).

As RS são elementos simbólicos que os indivíduos expressam através do uso de palavras ou gestos. Ao fazerem o uso da linguagem oral ou escrita, são capazes de explicar o que pensam, e descrever as percepções sobre situações, formular opiniões diante de fatos ou objetos, expressando suas expectativas sobre os acontecimentos. Essa forma de comunicação mediada pela linguagem é construída socialmente e está, relacionada no cotidiano individual ou coletivo das pessoas (MOSCOVICI, 2010).

O processo de RS é uma forma de pensamento ligado à ação, é interpretar o comportamento individual ou em grupo e criar categorias que dão sentido a essas ações. As representações distintas podem conduzir a comportamentos semelhantes e representações compartilhadas podem gerar comportamentos diferenciados. O estudo dessas representações visainterpretar as simbologias ou significações relacionadas à conduta humana em sociedade, compreendendo assim os problemas de ordem social e esclarecendo aspectos relacionados à conduta dos indivíduos (HERZLICH, 2005).

A relevância da adoção da TRS no estudo do processo de gestação está no fato de que, a gestação é um momento singular para as mulheres, nesse sentido a assistência pré-natal torna-se uma importante ferramenta para proporcionar apoio emocional e social, além de ofertar cuidados que irão manter essas mulheres mais tranquilas e confiantes (MARIN et al., 2009). Ao recorrer à TRS na assistência pré-natal, abre-se a possibilidade de produzir um

conceito para trabalhar com o pensamento social em sua dinâmica, os significados e atribuições vinculadas à esses cuidados, bem como em sua diversidade sem distanciar o sujeito e o seu saber concreto de seu contexto, ou seja, valorizando sua experiência de vida que irão influenciará em suas percepções (SHIMIZU; LIMA, 2009; GUERREIRO et al., 2013).

O processo de gestação possui um significado psicológico envolto de intensas emoções, visto que há preocupação constante em relação á saúde do bebê e da mãe em qualquer fase do período gravídico. Os acontecimentos relacionados ao período pré-natal desde a assistência, procedimentos e fatos ocorridos nesse momento podem ser armazenados na memória dessas mulheres e influenciarem sua percepção sobre o momento da maternidade, seja de forma positiva ou negativa (MARIN et al., 2009).

O momento gestacional passa por transformações e eventos, que incluem sentimentos, afetividade e relações de pertencimento, especialmente para as mães primíparas. Ao vivenciar a maternidade, muitas sensações podem aflorar na mulher ocasionando mudanças físicas, psicológicas, familiares e até mesmo sociais. Diante disso, um acompanhamento eficaz durante esse período é fundamental para que as mulheres e seus bebês recebam cuidados necessários para evitar complicações, e sejam acolhidos pelas equipes de saúde de forma a promover um vínculo e valorizar questões subjetivas de cada um (PICCININI et al., 2012).

Nesse contexto, os sentimentos das mães em relação à gestação e ao seu bebê são influenciados não só pelo tipo de assistência pré-natal recebida, mas pela sua qualidade e por procedimentos específicos que são utilizados neste processo. Destaca-se que as questões de saúde física e emocional são aspectos inseparáveis durante esse processo de transição para a maternidade e a assistência pré-natal deve ser valorizada pelos profissionais de saúde (SANTOS et al., 2012).

Desse modo, faz-se necessário entender a RS das mulheres sobre a assistência pré-natal, bem como conhecer suas percepções sobre o acompanhamento realizado. Ao considerar as experiências e as representações construídas, é possível compreender suas singularidades, fortalecendo as relações de vínculo e conseqüentemente proporcionando maior qualidade de vida para mãe e o bebê (CUNHA; SANTOS; GONCALVES, 2012; GUERREIRO et al., 2013).

4 TERRITÓRIO E SAÚDE

O termo território emergiu na década de 1960, com os tratados de agrimensura denominando demarcação de terra ou delimitação de espaço. A partir da geografia cultural surge uma nova concepção redefinindo seu significado, ganhando um duplo sentido, material e simbólico. Em relação à aceção material relaciona-se à apropriação do espaço, na lógica de dominação. Na dimensão simbólica é entendido como espaço vivido, ligado às questões de identidade e pertencimento (HAESBAERT, 1997).

Ao analisar o território nessa amplitude é possível definir três eixos essenciais, o do poder, com ênfase no Estado-Nação (apropriação do espaço por um grupo), onde a questão da autoridade e do controle do Estado e as várias escalas de territorialidade se enquadram. O segundo eixo é a realidade social, com abordagem materialista do espaço. No terceiro eixo o enfoque é o espaço vivido, relaciona-se às representações, percepções considerada dimensão simbólica do território (CLAVAL; PIMENTA; PIMENTA, 1999).

A interação entre as relações de poder são elementos centrais que definem o território, e numa perspectiva cultural integradora possui múltiplas dimensões. Na vertente política o território tem caráter de espaço delimitado,

controlado, sobre o qual se exerce algum poder, exemplificado pelas estatais ou instituições públicas com caráter normatizador. A culturalista ou simbólica valoriza questões subjetivas, ou seja, o território visto como produto de pertencimento e identidade social. Já a vertente econômica destaca o materialismo do espaço quando palco de discussões entre relações de classe social, trabalho e capital (HAESBAERT; LIMONAD, 2007).

O território na perspectiva cultural tem um aspecto simbólico com sentimento de pertencimento e integração, é um espaço de projeção do indivíduo de seus valores culturais e experiência de vida. Essa materialização do território é chamada de territorialidade, é o processo de habitar em um espaço. É uma relação de apropriação do espaço mantendo uma interação afetiva e sentimental com o local, valorizando-o. Essa conexão busca uma produção do espaço na tentativa de relacionar a identidade cultural ao território (BONNEMAISON, 1980).

Ao exercer a territorialidade é possível transformar o espaço em palco de ligações afetivas e simbólicas, tornando-o um território vivido (ABRÃO, 2010). Na perspectiva da saúde, a identificação com o local e as relações afetivas dos indivíduos com o ambiente em que vivem irão influenciar nas condições de vida. O chamado território da saúde efetiva-se a partir de uma visão ampliada que busca caracterizar a população e montar estratégias de ações com a realização de análises do meio social, político, econômico, epidemiológico e administrativo trabalhando assim os determinantes que irão influenciar no adoecimento das pessoas (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Esse conceito proposto de território na saúde reconhece o processo de territorialidade existente entre os indivíduos ou grupos e trabalha o espaço territorial mais do que uma delimitação geográfica ou uma área circunscrita, é um local dinâmico envolto por interações de dominação, apropriação e posse (SANTOS; SILVEIRA, 2001).

No âmbito da saúde pública o entendimento sobre o território e suas práticas (territorialidades) torna-se fundamental para dar suporte ao conceito de risco, em função das múltiplas possibilidades que se tem em localizar e visualizar populações, objetos e fluxos, e de diagnosticar a situação de saúde através da distribuição de indicadores sociais, econômicos, sanitários e ambientais que revelam as condições de vida das pessoas em seu interior (PEREIRA;BARCELLOS,2006).

Toda a assistência em saúde é uma combinação de projetos e ligações de obstrução ou acessibilidade, de distanciamento ou aproximação. Ao incorporar as noções de rede, malhas e fluxos territoriais no campo da saúde, busca-se uma maior compreensão quanto aos sistemas articulados de serviços, as ações e a integração entre atenção e cuidados. As redes em saúde permitem entendimento sobre o indivíduo e o meio em que vive, bem como os determinantes no processo de saúde-doença. Possibilitando o trabalho em equipes multidisciplinares com ações intersetoriais nas áreas de abrangência (SANTOS, 2001).

4.1 O TERRITÓRIO DA SAÚDE E SUA RELAÇÃO COM A ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

A interpretação do território nesse contexto ampliado é fundamental para auxiliar na assistência à saúde, visto que engloba questões sociais, econômicas e culturais, relacionando-se diretamente com o estado de saúde dos indivíduos. Essa compreensão é relevante para que os profissionais elaborem estratégias almejando qualidade de vida para o indivíduo, família e sociedade. O sentimento de pertencimento e identidade da população com seu território contribui para implementação de mudanças na tentativa de promover a prevenção de doenças e a responsabilização pela saúde, que nesse caso

passa a ser compartilhada e assim a relação profissional-paciente fortalecida (BARCELLOS et al.,2002)

O SUS possui uma base territorial no que tange sua organização e estrutura. A cadeia de gestão dos serviços é hierarquizada, seguindo uma lógica de descentralização e regionalização da assistência em saúde. No nível básico de atenção tem-se as Estratégias Saúde da Família (ESF), que possuem delimitações territoriais específicas para atuação. Nessa concepção o território torna-se um espaço dinâmico onde ocorrem diversas relações população-serviços interagindo em prol da saúde, rompendo a lógica de um local meramente político-operacional do sistema de saúde (FERREIRA; PENTEADO; SILVA JÚNIOR, 2013).

Nas ESF um instrumento que auxilia na elaboração do plano de ação e priorização de atividades é o diagnóstico situacional da área de abrangência, que para ser realizado utiliza de uma abordagem territorial compreendendo o indivíduo em sua totalidade, tornando possível analisar as condições de vida e saúde dos sujeitos ou grupos. Esse diagnóstico traça o perfil do território de abrangência, expondo questões sociais de risco ou situações de vulnerabilidade, permitindo ações interdisciplinares da gestão pública para sanar os problemas encontrados (MONKEN; BARCELLOS, 2005).

Outra aplicabilidade do território na APS é a territorialização utilizada como mecanismo básico que organiza a lógica do trabalho nas ESF, esse recurso busca traçar a delimitação das áreas de cobertura, envolve o reconhecimento de todo território de abrangência, bem como a população adscrita, além de reestruturar o serviço de referência e contra-referência estabelecendo uma rede especializada que irá auxiliar na continuidade da assistência em saúde (PEREIRA; BARCELLOS,2006).

Nas ESF também temos as territorialidades que são vivenciadas pelas pessoas a relacionar-se umas com as outras e se envolverem com os

programas e atividades que são ofertados para toda comunidade. As unidades de APS existentes nos bairros e instaladas perto de onde as pessoas moram, trabalham, estudam e vivem, desempenham papel central na garantia do acesso da população a uma atenção à saúde de qualidade; e são nestas unidades que acontecem os atendimentos do PHPN. Sendo edificações fixas, tais ESF constituem-se em território-lugar, onde há o estabelecimento de relações entre pessoas, a partir da oferta de serviços de assistência primária à saúde (MONKEN, BARCELLOS; 2007).

Ao incorporar as territorialidades como rotina no contexto de atendimento, as unidades de saúde passam a reconhecer o envolvimento das pessoas e as interações com os serviços, fortalecendo as relações de vínculo. A partir desse convívio pode-se gerar a longo prazo uma relação delongitudinalidade, termo que caracteriza a ligação entre o profissional de saúde e o usuário do serviço, criando laços afetivos e facilitando a adesão aos cuidados prestados (STARFIELD, 2002).

Assim, o território da saúde coletiva é considerado como o espaço onde são desenvolvidas as ações de saúde, em especial às do PHPN, através de produções coletivas, com materialidade histórica e social, e com configurações espaciais singulares compatíveis com a organização político-administrativa e institucional do programa, objetivando prevenir riscos e evitar danos à saúde da gestante e seu bebê (MONKEN et al., 2008).

Ao se falar em territorialização em saúde, o termo em si, perpassa a simples configuração geográfica do território e invade limites para a efetivação do trabalho das equipes de saúde da família em suas ações cotidianas como as do PHPN. A vivência e a convivência entre as gestantes e os profissionais irão depender da qualidade do serviço prestado e das relações interpessoais que irão ocorrer a partir dos encontros durante a assistência. Essa rede de relacionamento humano que se constrói nesse espaço, mesmo que não seja visível, norteia a organização e as relações de poder entre os envolvidos e

são denominadas redes de solidariedade. Essas podem ser fatores determinantes na promoção da saúde e criação de ambientes saudáveis (SANTOS, 2009).

5 METODOLOGIA

Esta pesquisa constituiu-se em um recorte do projeto de pesquisa intitulado: “Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares”. Recebeu apoio financeiro da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Minas Gerais (FAPEMIG), Processo APQ 02524-14; bolsa do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica PIBIC/FAPEMIG e bolsa do Programa de Suporte à Pós-Graduação de Instituições de Ensino Particulares da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (PROSUP/CAPES).

5.1 ABORDAGEM DO ESTUDO

Este estudo utilizou tanto uma abordagem quantitativa como uma qualitativa. Os estudos quantitativos buscam verificar a magnitude e as causas dos fenômenos sociais, sem interesse para a dimensão subjetiva. São objetivos, reprodutíveis e generalizáveis, sendo amplamente utilizados para avaliar programas que tenham um produto final estável e mensurável (SERAPIONI, 2000).

A pesquisa qualitativa analisa o comportamento humano do ponto de vista do sujeito, utilizando a observação naturalista e não controlada; são procedimentos exploratórios, descritivos, indutivos, dinâmicos, holísticos e não generalizáveis. A combinação das duas abordagens pode produzir resultados

de melhor qualidade, sem esforços excessivos adicionais e pode ser um meio eficiente de aumentar a compreensão do objeto de estudo (MINAYO, 2004).

5.2 TIPO DO ESTUDO

Trata-se de um estudo observacional, descritivo, de corte transversal sobre a forma de estudo de caso, tendo como perspectiva de análise a Teoria das Representações Sociais (TRS). O modelo de estudo do tipo descritivo, de corte transversal permite descrever características das populações no que diz respeito a determinadas variáveis e os seus padrões de distribuição, bem como analisar sua incidência e inter-relação num determinado momento (SAMPIERI, COLLADO, LUCIO, 2006).

As representações sociais são formadas pela interação social, relacionada a um determinado objeto, em um dado contexto social. A representação torna-se uma forma de conhecimento, socialmente elaborada e partilhada, com um objetivo específico, que contribui para a construção de uma realidade comum a um conjunto social (JODELET, 2002). Ao identificarmos a representação de um grupo sobre uma temática, passamos a nos inserir de forma significativa naquela realidade. Ao nos aproximarmos, constituímos vínculos, confiança, integração e, conseqüentemente pode-se contribuir para uma melhora do serviço e qualidade de vida das pessoas envolvidas (MOSCOVICI, 2010).

Conhecer as representações sociais das gestantes sobre assistência pré-natal possibilita identificar seus sentimentos, percepções em relação à qualidade do processo deste atendimento recebido e, a partir disto, traçar metas para aprimoramento dessa assistência, além de subsidiar ações voltadas para fortalecimento da atenção primária à saúde da gestante.

5.3 UNIVERSO DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada na zona urbana do município de Governador Valadares-MG, localizado na região leste do estado de Minas Gerais na mesorregião do Vale do Rio Doce. De acordo com os dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Governador Valadares possui uma população de 263.689 habitantes, a maioria (95%) vive em perímetro urbano. Nesse município, a população feminina é de 138.452 habitantes (52,5%), superando a população masculina (47,4%) (IBGE, 2010).

O Município estudado possui 41 equipes de ESF (37 ESF's e 4 PACS), sendo 39 atuantes na zona urbana (36 ESF's e 3 PACS) e 02, na zona rural (1 ESF e 1 PACS). O seguimento urbano do município é subdividido em 19 regiões que atendem às áreas geográficas estratégicas, envolvendo 62 bairros (FIGURA 3).



FONTE: Prefeitura Municipal de Governador Valadares, 2006.

- | | |
|--|--|
| Região 01: Centro – Esplanada – São Tarcísio | Região 12: Vila Isa – Vila Park Ibituruna – Vila Park São João |
| Região 02: São Pedro – Universitário – Santos Dumont – Chácara Braúnas – Sítio das Flores – Sir- Vila Mariquita | Região 13: São Paulo – Santa Terezinha |
| Região 03: Santa Helena – Santa Efigênia | Região 14: Lourdes – Vila Bretãs |
| Região 04: Maria Eugênia – Esperança – M. do Vale – Grã-Duquesa | Região 15: Azteca – Jardim Atalaia - Jardim Vera Cruz – Jardim Ipê – São Raimundo – Vila Isa |
| Região 05: Carapina – Nossa Senhora das Graças | Região 16: JK – Santa Rita |
| Região 06: Centro – Vila Mariana | Região 17: Bela Vista – Jardim Perola – Distrito Industrial – Kennedy – Nova Vila Bretas – Palmeiras -Planalto – São José - Turmalina – Vila Ozanan |
| Região 07: Ilha dos Araújo | Região 18: Vila dos Montes – Vila do Sol |
| Região 08: Lourdes – Santa Terezinha | Região 19: Elvamar – Shan grilá – Village da Serra |
| Região 09: Acampamento – São Geraldo – Vila Mariana | |
| Região 10: Altinópolis – Mãe de Deus – Sto. Antonio – Vista Alegre | |
| Região 11: Jardim do Trevo – Santa Paula | |

FIGURA 3 - Mapa do seguimento urbano do município de Governador Valadares subdividido em áreas geográficas estratégicas – regiões

O universo deste estudo foi constituído pelas gestantes usuárias dos serviços prestados na Estratégia Saúde da Família (ESF), cadastradas no SISPRENATAL. Essas gestantes estavam devidamente cadastradas a partir de julho de 2013, uma vez que a coleta se iniciou em janeiro de 2014. Nessa época as usuárias entrevistadas encontravam-se no período gestacional acima 30 semanas.(SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE GOVERNADOR VALADARES, 2013).

5.4 AMOSTRA

A amostra foi constituída por gestantes cadastradas no SISPRENATAL que estivessem a partir da 30ª semana de gestação ou mais e que fossem atendidas em cada ESF da zona urbana participante do estudo. Na constituição da amostra foram consideradas todas as 36 ESF's da zona urbana do município estudado, uma vez que todas se encontravam aderidas ao PHPN.

Para definição da amostra, inicialmente a cidade foi dividida em quatro regiões (Norte, Sul, Leste, Oeste). Esta divisão foi necessária, considerando diferenças no tocante a vulnerabilidade socioambiental (barreiras físicas, distância entre residência das assistidas e centros de serviços especializados) que podem impactar na acessibilidade e adesão ao PHPN. Em seguida, fez-se um sorteio aleatório para identificar uma dentre as várias ESF de cada região, nas quais seriam realizadas as entrevistas.

Identificadas as quatro estratégias, fez-se um sorteio aleatório de 10 possíveis participantes, totalizando 40 gestantes, em conformidade com as recomendações de Gil (2010) para estudos desta natureza. Para o autor o número de participantes deve ser determinado mediante o adição progressivo de novos casos, até que ocorra a “saturação teórica”. Em outros termos, “saturação teórica” refere-se ao incremento de novas observações sem que haja aumento significativo de informações relevantes para o estudo. Neste sentido a recomendação é que sejam entrevistados um mínimo de 4 e um máximo de 10 casos.

Para fazerem parte do processo de seleção, as gestantes deveriam estar cadastradas no SISPRENATAL, sendo a entrevista realizada quando as mesmas estivessem acima de 30 semanas de gestação. Iniciou-se a seleção a partir do acesso ao total de gestantes cadastradas no mês de julho de 2013 em cada ESF.

Neste sentido, o número de entrevistados de cada região não foi idêntico, uma vez que o ponto de “saturação teórica” foi alcançado mediante entrevistas realizadas com 33 gestantes, estando assim distribuídas: região norte (9 entrevistadas); região sul (9 entrevistadas); região leste (8 entrevistadas) e região oeste (7 entrevistadas).

Para a verificação da “saturação teórica” dois elementos qualitativos, originários do discurso das entrevistadas, foram considerados: (1) o entendimento do que seria a assistência pré-natal; (2) o seu modo de avaliação da assistência pré-natal quanto ao alcance da meta proposta pelo PHPN.

5.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Foram incluídas na amostra gestantes com idade igual ou superior a 18 anos, funcionalmente independentes (que não necessitavam de acompanhamento nas idas à Unidade de Saúde), com função cognitiva preservada e que se encontravam a partir da trigésima semana de gravidez. Esse fato se justifica, uma vez que neste período gestacional, a mulher acompanhada pela equipe multidisciplinar da ESF, deve ter realizado todos os exames preestabelecidos pelo PHPN. Estas condições foram identificadas a partir dos prontuários arquivados na ESF, com auxílio dos profissionais de saúde que atuam nesses locais (médico, enfermeiro).

5.6 ESTUDO PILOTO

Para testar o método do trabalho, e verificar o modo de abordagem das questões inseridas na entrevista e tempo gasto, foi realizado um estudo piloto.

Sorteou-se aleatoriamente uma ESF e depois, desta estratégia foram sorteadas 06 gestantes cadastradas que estivessem acima da 30ª semana gestacional. Os critérios de inclusão e exclusão foram obedecidos e os dados obtidos não foram considerados para o estudo principal. Marconi e Lakatos (2007) atribuem a importância da realização de um estudo piloto à possibilidade que ele estabelece de verificação da fidedignidade, validade e operacionalidade dos dados obtidos, além de fornecer uma estimativa sobre futuros resultados.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

No estudo foram consideradas as normas éticas preconizadas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta a pesquisa com seres humanos, garantindo ao entrevistado o anonimato, a privacidade e a desistência em qualquer etapa. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Vale do Rio Doce - (CEP UNIVALE) sob o parecer CEP/UNIVALE 441.089 – 14/10/2013 (ANEXO A).

5.8 COLETA DE DADOS

Para a coleta dos dados, foi realizada, inicialmente, uma reunião com os Gestores - Secretário Municipal de Saúde e Coordenadores - detalhando os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada no desenvolvimento do estudo. Na oportunidade, foi solicitada autorização (APÊNDICE A) para realização da pesquisa nas Unidades de Saúde. Após autorização, foi realizada uma reunião com a equipe de ESF para a apresentação do estudo, explicando os

objetivos da pesquisa, enfatizando o caráter voluntário, a segurança da confidencialidade de suas respostas, o direito de não identificação e a importância do estudo para uma possível melhoria da implementação de Políticas Públicas. Foi reforçado que a pesquisa não deveria interferir no funcionamento das atividades nas Unidades de Saúde e nem nos serviços prestados pelos profissionais.

O gestor da ESF forneceu o nome e endereço das gestantes cadastradas no PHPN que se encontravam a partir da 30ª semana de gestação. Como citado anteriormente, foi realizado um sorteio aleatório para selecionar as gestantes a serem entrevistadas.

Após a seleção da gestante nas Unidades de Saúde, a ACS responsável pelo acompanhamento da mesma, conduzia a pesquisadora até o domicílio da usuária e realizava uma apresentação informal. Em seguida, a pesquisadora explicava o objetivo da pesquisa e procedimentos a serem realizados. A partir da concordância na participação, a gestante assinava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/TCLE (APÊNDICE B), iniciando-se então a entrevista, que era realizada sem a presença da ACS.

A coleta de dados foi realizada por meio de uma entrevista semi-estruturada guiada por um roteiro estruturado. Esse instrumento é utilizado em pesquisas qualitativas e possui como característica, a montagem de questões abertas e fechadas, conduzindo o entrevistador de forma a norteá-lo quanto aos aspectos relevantes à pesquisa (FLICK, 2004).

A entrevista semi-estruturada é uma técnica de análise subjetiva, que auxilia nas reflexões dos sujeitos entrevistados por se tratar da interpretação dos mesmos, sobre algum objeto de estudo. Constituem em representações de sentimentos, culturas, opiniões e ideias dos indivíduos entrevistados (MINAYO, 2008).

O roteiro (APÊNDICE C) estruturou-se em 30 perguntas, agrupadas em temas. Destaca-se que este estudo é um recorte de um projeto maior, como citado anteriormente, portanto para esta pesquisa especificamente serão estudadas em relação às gestantes entrevistadas, as seguintes variáveis: características socioeconômicas e demográficas, representação social sobre assistência pré-natal e indicadores de cumprimento do PHPN na perspectiva da gestante.

As coletas de dados foram realizadas nos domicílios das participantes, sendo sugerido a realização das entrevistas em um ambiente tranquilo e confortável, visando maior privacidade e sigilo das informações, ficando, contudo, a critério da entrevistada a escolha do local. As entrevistas tiveram, em média, duração de 40 minutos, sendo realizadas nos meses de janeiro de 2014 a agosto de 2014.

Em todas as entrevistas foi mantido o caráter de informalidade, objetivando estabelecer um clima de empatia entre entrevistador e entrevistado. Estabeleceu-se inicialmente um “*rapport*” (processo de aproximação cordial entre terapeuta e cliente, objetivando facilitar o diálogo durante a coleta de dados). O *rapport* significa o estabelecimento da aliança terapêutica ou aliança de trabalho e objetiva abrir as portas para uma comunicação fluente e bem sucedida e criar aspectos comuns entre duas ou mais pessoas, gerando uma atmosfera de respeito e confiança (PINHEIRO, 2007).

5.7 ANÁLISE DOS DADOS

5.7.1 Dados quantitativos

A análise das variáveis quantitativas foram inicialmente agrupadas em uma tabela do *Microsoft Office Excel 2010*, posteriormente os dados coletados foram processados no *software R*, versão 3.2.2, livremente disponível em

<https://www.r-project.org>. Este software é do estilo livre, bastante utilizado em diferentes campos do saber por oferecer uma gama de pacotes estatísticos diferenciadas que possibilitam alcançar os mais diversos objetivos em pesquisa, contando ainda com uma comunidade enorme de usuários que colaboram entre si para o crescimento e aperfeiçoamento do *software* e da ciência. Os resultados do presente trabalho foram obtidos principalmente pela aplicação da técnica estatística multivariada denominada Análise de Correspondência Múltipla (ACM) pelo pacote *FactoMineR*. Para avaliar o valor da dispersão das variáveis e definir a distância entre os pontos do mapa da ACM utilizou-se o Qui-quadrado. Para demonstrar uma significância estatística entre as variáveis categóricas (demográficas e indicadores) foi aplicado o teste Kruskal-Wallis.

5.7.2 Dados qualitativos

Os dados qualitativos coletados foram analisados por meio da técnica de “Análise de Conteúdo”, proposta por Bardin (2011). Esta técnica é um processo sistemático de avaliação de mensagens, que objetiva a descrição do conteúdo e inferências de conhecimentos sobre a produção e recepção dessas mensagens. Tal processo seguiu os seguintes passos:

Os discursos coletados foram inicialmente, transcritos mantendo-se a forma original de expressão dos respondentes;

Pré-análise, na qual foi realizada uma leitura flutuante, a partir da qual emergiram impressões e orientações, de forma a identificar as grandes categorias discursivas abordadas pelos respondentes;

Leituras exaustivas dos conteúdos, para a organização e sistematização dos conteúdos, permitindo o agrupamento dos mesmos em grandes categorias;

Análises dos conteúdos das falas dos sujeitos, que foram reunidas por categorias, identificando unidades de significados, estabelecendo subcategorias e procedendo-se aos agrupamentos finais;

Análise e interpretação dos dados por subcategorias, possibilitando a descrição dos resultados e significados dos conteúdos que consolidam o tema.

As informações presentes nas entrevistas foram agrupadas em categorias, e as falas analisadas à partir do tema indutor “assistência pré-natal”. Os textos não sofreram correções linguísticas, preservando o caráter espontâneo dos discursos.

Esses são pontos de partida para a análise, sejam elas verbais, figurativas, gestuais ou diretamente provocadas, e expressam um significado ou um sentido para os sujeitos respondentes (FRANCO, 2007).

Visando preservar a identidade das gestantes entrevistadas, estas foram numeradas, aleatoriamente, sem ligação desses números com identificação das participantes. Estas foram identificadas G(Gestante), seguidas por ordem numérica.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos a partir das coletas de dados em campo foram analisados separadamente, quanto às informações quantitativas e qualitativas, referentes ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), na zona urbana no município de Governador Valadares – MG.

6.1 DADOS QUANTITATIVOS

6.1.1 Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes pesquisadas

A amostra constituiu-se de 33 gestantes usuárias do serviço de saúde pública, cadastradas no PHPN atendidas pelas ESF da zona urbana do município pesquisado, onde observou-se que a média de idade destas gestantes era de 25 anos (DP= 6,6), variando de 18 a 42 anos. A Tabela 1 apresenta as características socioeconômicas e demográficas das gestantes pesquisadas.

TABELA 1—Perfil socioeconômico e demográfico das gestantes pesquisadas

Variável	Categoria	Freq.	%
Faixa Etária	Menos de 20	9	27,3
	De 20 a 30	16	48,5
	De 31 a 40	7	21,2
	Mais de 40	1	3,0
Estado civil	Solteira	6	18,2
	Casada	9	27,3
	União estável	18	54,5
Grau de instrução	Fundamental incompleto	8	24,2
	Fundamental completo	1	3,0
	2ª grau incompleto	7	21,2
	2ª grau completo	16	48,5
	3ª grau incompleto	1	3,0
Condição de trabalho	Não respondeu	1	3,0
	Do lar	7	21,2
	Estudante	0	0
	Trabalhador assalariado	9	27,3
	Trabalhador autônomo	12	36,4
	Cuidadora de idoso sem carteira assinada	1	3,0
	Parou de estudar	2	6,1
	Recebia por dia trabalhado	1	3,0
Situação atual de trabalho	Não respondeu	7	21,2
	Licença maternidade	10	30,3
	Aposentado	0	0
	Desempregada	5	15,2
	Em exercício	10	30,3
	Pensionista	0	0
Renda Familiar	Em férias	1	3,0
	1 salário mínimo	17	51,5
	2 salários mínimos	10	30,3
	3 salários mínimos	4	12,1
	4 salários mínimos	1	3,0
Tempo de residência no município	5 salários mínimos	1	3,0
	Menos de 2 anos	2	6,1
	De 2 a 4 anos	0	0
	De 4 a 6 anos	2	6,1
	De 6 a 8 anos	2	6,1
	De 8 a 10 anos	0	0
	De 10 a 12 anos	0	0
Mais de 12 anos	27	81,8	
Tempo de residência no atual endereço	Não respondeu	1	3,0
	Menos de 2 anos	15	45,5
	De 2 a 4 anos	3	9,1
	De 4 a 6 anos	3	9,1
	De 6 a 8 anos	1	3,0
	De 8 a 10 anos	1	3,0
	De 10 a 12 anos	0	0
	Mais de 12 anos	9	27,3
Idade gestacional	< 32ª semanas	10	30,3
	32ª a 35ª semanas	9	27,3
	36ª a 38ª semanas	13	39,4
	39ª semanas ou mais	1	3,0
Número de gestações	1	13	39,4
	2	14	42,4
	3	4	12,1
	4 ou mais	2	6,1

Fonte: Dados da pesquisa

Nota-se um percentual de gestantes com mais de 35 anos (15,1%), o que corresponde a um fator de atenção, visto que mulheres acima dessa faixa etária são consideradas de risco, principalmente se houver alguma comorbidade associada. Resultados semelhantes quanto à idade acima de 35 anos foram reportados por Xavier et al., 2013, que ainda acrescentaram como fatores de risco para a gestação a baixa renda familiar, baixa escolaridade, estado civil e condições socioeconômicas desfavoráveis que podem contribuir para o desenvolvimento de carências nutricionais e até má formações congênitas.

Em relação ao estado civil, 81,8% declararam possuir companheiro (categoria esta que abrange gestantes casadas ou que vivem em união estável). Resultados similares foram comprovados por Carvalho e Araújo (2007) e Traldiet al. (2014), onde observou-se que aproximadamente 80,% das participantes de seus estudos viviam com companheiro. Infere-se que a presença de um companheiro pode auxiliar na maior adesão aos cuidados e acompanhamento do pré-natal, pois o mesmo tem um importante papel de dar suporte à gestante e apoiá-la nesse período de intensa fragilidade emocional.

Quanto ao grau de instrução, 48,5% declararam ter o 2º grau completo e 24,2%, possuíam o nível fundamental incompleto. Estudos de Schoeps et al. (2007) demonstraram que a baixa escolaridade corresponde a um fator que pode interferir negativamente na assistência pré-natal, desde a adesão aos cuidados do pré-natal, até o entendimento sobre a importância do acompanhamento regular, expondo a mulher e o bebê em situação de risco. Há uma relação entre nível de escolaridade materna e indicadores de saúde obstétrica, onde as mulheres que apresentam um nível de escolaridade mais baixo têm mais chances de ter um bebê de baixo peso, pois associa-se esse fator com as condições socioeconômicas, demográficas e culturais. A mulher com grau de instrução mais baixo tende a procurar o serviço de saúde mais tardiamente.

Segundo Costa et al. (2013) o grau de escolaridade pode influenciar na conquista da autonomia e interação mais ativa com os profissionais nos serviços de saúde, diminuindo os riscos à saúde da mulher e do bebê. Estudos de Traldiet al.(2014),afirmam que quanto maior o nível de escolaridade das gestantes, mais efetivo é o acompanhamento assistencial, atendendo o padrão mínimo estabelecido pelo programa.

Nesta pesquisa 48,5% das participantes declararam ter ensino médio completo, o que presumivelmente pode significar que estastenhã um melhor entendimento das questões que envolvem a importância de um acompanhamento pré-natal para a saúde da mesma e do bebê,

Segundo Costa et al. (2013) o grau de escolaridade pode influenciar na conquista da autonomia e interação mais ativa com os profissionais nos serviços de saúde, diminuindo os riscos à saúde da mulher e do bebê. Estudos de Traldiet al. (2014)revelaram que quanto maior o nível de escolaridade das gestantes, mais efetivo é o acompanhamento assistencial.

Das gestantes entrevistadas, quanto à condição de trabalho, 36,4% declarou ser autônoma, 27,3% consideram-se trabalhador assalariado e 21,2% do lar. Referente à situação atual de trabalho, 30,3% encontravam-se em pleno exercício das atividades laborais e devido às semanas gestacionais (acima da 30ª semana), essa mesma proporção (30,3%) entrou de licença a maternidade.

Estudos de Jandrey (2005) comprovaram que as atividades laborais podem interferir no acompanhamento gestacional, pois ao exercer ocupação remunerada a mulher tem a oportunidade de ofertar melhores condições de vida para seu bebê, além de prover sustento, possibilita aquisição de medicamentos e alimentos que irão minimizar os riscos de uma carência nutricional.

Schoepset al. (2007) afirmaram que muitas são as variáveis que influenciam na morbimortalidade materna, entre estas destaca-se a condição

socioeconômica, a escolaridade, a ocupação e a renda salarial. Variáveis, estas que podem deixar a gestante exposta à situações de vulnerabilidade ou geradoras de estresse afetando negativamente no processo gestacional.

Infere-se que um complicador em relação às gestantes trabalhadoras é o horário de trabalho, que por vezes pode inviabilizá-la de realizar as consultas regulares. Cabendo aos serviços de saúde, um olhar especial para as mulheres que trabalham, estendendo assim os horários de consultas, ou ofertando atendimento em períodos diferenciados para esse público, almejando assim maior adesão das mulheres.

Em relação à renda familiar verifica-se que as gestantes apresentavam uma renda média de 1,8 salários mínimos (DP=1,0), sendo que 81,8% recebiam de 1 a 2 salários mínimos. Salienta-se que 94,0% das gestantes pesquisadas estavam nas classes C e D. Segundo pesquisas realizadas pela Associação Brasileira de Empresas e Pesquisas (ABEP, 2008), o critério de classificação econômica deve ser feito com base na posse de bens e não com base na renda familiar¹. Assim, o resultado desta pesquisa demonstrou o baixo nível socioeconômico da população estudada, que conforme Schoepsetal (2007) expõe as gestantes em situação de risco.

Segundo Coutinho et al. (2003) condições socioeconômicas desfavoráveis, baixa escolaridade e renda podem acarretar uma baixa utilização dos serviços de saúde aumentando as possibilidades de risco materno e fetal. Assim, essas mulheres possuem maior probabilidade de

¹Para cada bem possuído há uma pontuação e cada classe é definida pela soma dessa pontuação. As classes definidas pelo Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) são A, B, C, D e E. Esse critério foi construído para definir grandes classes que atendam às necessidades de segmentação (por poder aquisitivo) da grande maioria das empresas.

desenvolver doenças específicas relacionadas à gestação, como hipertensão arterial e anemia falciforme, visto que o poder aquisitivo mais baixo pode privá-las de realizar a manutenção da saúde em busca de hábitos saudáveis, prática de atividade física ou alimentação equilibrada.

Quanto ao tempo de residência no município, 81,8% relataram que moram a mais de 12 anos na cidade, ao questionar o tempo de residência no atual endereço, 45,5% dizem morar há menos de 2 anos na residência atual.

A situação de transição constante dessas mulheres, que não possuem uma morada fixa, pode estar relacionada ao nível socioeconômico que as impedem de ter uma residência própria. Nesse sentido, essa intensa migração, acaba limitando os vínculos com serviços de saúde. Nas ESF o pressuposto básico é a territorialização, com equipes nas áreas de abrangência na tentativa de estreitarem os laços afetivos e trabalhar os determinantes de saúde. Para que esse serviço seja efetivo é necessário a realização de visitas e um acompanhamento contínuo com a população adscrita (MONKEN et al., 2008).

Almejando uma assistência qualificada para as gestantes, no sentido de estabelecer vínculos, melhorar a acessibilidade aos serviços de saúde tem-se que considerar as características dos territórios onde estas estão inseridas e as múltiplas territorialidades que podem interferir no acompanhamento pré-natal (HAESBAERT, 2004). Acredita-se que ao admitir a existência de vários territórios que coexistem (território da saúde, políticas, trabalho, domicílio), ou seja, políticos, econômicos e sociais que dependem da apropriação do espaço, essa dinâmica de integrar esses espaços permite uma visão ampliada do indivíduo em toda a sua totalidade, efetivando assim uma visão holística com atenção humanizada para as mulheres e seus bebês.

Com base nos dados desta pesquisa, pode-se observar uma situação de fragilidade nessas gestantes, se relacionar o nível de escolaridade, renda familiar e instabilidade residencial, que são fatores relevantes e influenciam na

adesão aos cuidados do pré-natal e até mesmo no acompanhamento das gestantes nas unidades de referência. Devido a tal fator, as gestantes devem ser acolhidas nos serviços de saúde, recebendo orientações e atenção adequada, diminuindo assim as chances de complicações na gestação.

Algumas características individuais como a faixa etária, baixa escolaridade e condições sócio demográficas desfavoráveis podem comprometer a história clínica e evolução do pré-natal, e expor muitas vezes as mulheres à ambientes insalubres. Torna-se necessário a melhoria da acessibilidade das gestantes aos serviços de saúde garantindo assim informações adequadas, exames e uma atenção eficaz para uma gravidez mais segura (XAVIER et al., 2013).

6.1.2 Avaliação do cumprimento das metas propostas pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)

A assistência pré-natal é um campo de destaque no contexto da saúde pública, que busca uma constante redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil através de estratégias de promoção e prevenção de agravos no período gestacional. No Brasil, existem indicadores de saúde, como os coeficientes de mortalidade materna e perinatal, que tem motivado o surgimento de ações que focalizam o ciclo gravídico-puerperal. Entretanto, as estratégias e políticas voltadas para atenção à mulher no período gestacional, têm se fundamentado principalmente no incremento da disponibilidade e do acesso à assistência pré-natal, deixando em segundo plano a discussão sobre a qualidade dos atendimentos e consultas prestadas às gestantes (SILVEIRA; SANTOS; COSTA, 2001).

O PHPN foi instituído com o intuito de garantir acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério A Portaria N.º 569, de 2000, por meio do Anexo 1, estabelece os princípios gerais e condições para o adequado acompanhamento pré-natal das gestantes inseridas no programa (BRASIL, 2000).

Observou-se que das gestantes pesquisadas, 81,9% iniciaram o pré-natal entre a 4ª e 16ª semanas gestacional e 18,2% afirmaram ter realizado o primeiro atendimento a partir da 17ª semana de gravidez (TABELA 2). Os dados confirmam um número significativo de mulheres que iniciaram o acompanhamento prévio, conforme o indicador do programa determina.

TABELA 2- Características relacionadas ao acompanhamento da gestação das entrevistadas

Variável	Categoria	Freq	%
Início do pré-natal em semanas gestacionais	4 a 6 semanas	4	12,1
	7 a 8 semanas	3	9,1
	9 a 10 semanas	9	27,3
	11 a 14 semanas	10	30,4
	15 a 16 semanas	1	3,0
	17 semanas ou mais	6	18,2
Número de consultas de pré-natal realizadas	1	2	6,1
	2 a 4	4	12,1
	5 a 6	14	42,4
	7 a 9	9	27,3
	10 ou mais	3	9,1
Exames laboratoriais realizados durante pré-natal	Hemograma completo	2	6,1
	Glicemia	33	100
	Grupo sanguíneo e fator RH	32	97,0
	Sífilis	33	100
	Testagem anti-HIV	26	78,8
	Rubéola	23	69,7
	Sorologia para toxoplasmose	32	97,0
	Hepatite B	31	93,9
	Urina Rotina	2	6,1
	Urocultura	30	90,9
	Ultrassonografia	31	93,9
	Colpocitologia oncótica	1	3,0
	Parasitológico de fezes	0	0,0

Fonte: Dados da pesquisa

Estudos apresentados por Serruya, Lago e Ceccati (2004) reafirmam sobre a relevância da captação precoce das mulheres para início do pré-natal, sendo ideal que se inicie o acompanhamento após diagnóstico da gestação, contribuindo assim para adesão aos cuidados gestacionais e minimizando os fatores de risco que essas mulheres podem estar expostas. O estudo identificou que 66% das mulheres iniciaram os atendimentos até o terceiro mês de gestação e que a taxa de captação das gestantes na zona rural é de 45,7% e na zona urbana é de 72,7% levando em consideração as questões de acessibilidade.

Para considerar um pré-natal como adequado é necessário que a mulher inicie o mais precoce possível os atendimentos, com o intuito de oferecer um maior número de consultas e acompanhamento gestacional na tentativa de identificar potenciais riscos que possam prejudicar a saúde da mãe e do bebê e tratá-los, garantindo uma gravidez segura (VASCONCELOS et al, 2009).

Uma assistência pré-natal adequada prevê, como mínimo, seis consultas durante o período de gravidez (BRASIL, 2000). Das gestantes entrevistadas, observa-se que 72,7% tiveram mais de 6 consultas realizadas. Serruya, Cecatti e Lago (2004) também obtiveram resultados positivos em seus estudos na região Norte e Nordeste do país, onde verificaram que 77% das mulheres realizaram acima de 6 consultas e a mediana do número de consultas sempre manteve-se acima de seis.

Infere-se que quanto maior o número de consultas, maior o acompanhamento às gestantes, onde estas terão oportunidade de receber uma assistência e orientações sobre o processo de gestação, preparo para o parto e cuidados com o bebê, efetivando assim ações de prevenção de agravos e promoção da saúde.

Quanto à realização dos exames laboratoriais de rotina no pré-natal, 100% das gestantes pesquisadas realizaram VDRL (sífilis) e Glicemia, 97%

realizaram Grupo sanguíneo e fator Rh e sorologia para Toxoplasmose. 93,9% realizaram Hepatite B e 78,8% anti- HIV (TABELA 3).

Exames laboratoriais, como Grupo sanguíneo, Fator RH, Glicemia de jejum, sífilis, Anti-HIV, Urina rotina, Sorologia para Hepatite B e Toxoplasmose, são preconizados como exames básicos à todas as gestantes, podendo ser complementados com outros exames, segundo critérios de cada profissional (BRASIL,2006).

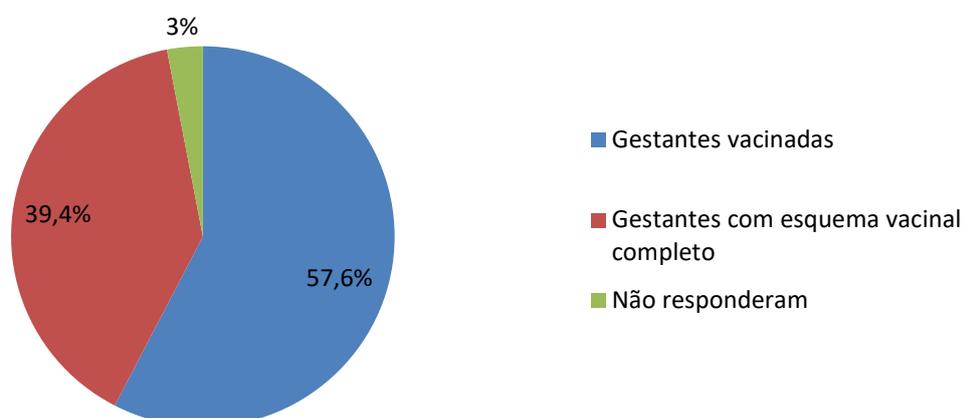
Apesar do exame de sífilis ter sido realizado em todas as gestantes como estabelece o PHPN, os demais exames considerados básicos não atingiram a cobertura de 100% das mulheres pesquisadas. Pode-se presumir que tal resultado se deve a alguns fatores, como a não solicitação desses exames pelos profissionais, dificuldades de acesso ou marcação dos mesmos, não obtenção dos resultados, interpretação equivocada durante a entrevista, ou entendimento errado quanto ao tipo de exames.

Silveira, Santos, Costa (2001) também relataram um baixo percentual de realização dos exames laboratoriais básicos de rotina de pré-natal. Este fato pode ser decorrente de sub-registro de informações no cartão da gestante, questões de acesso das gestantes aos locais de exames, tempo para realização de exames em caso de início de pré-natal tardio ou a possibilidade de interrupção da gravidez. Ressalta-se que tais exames são essenciais para diagnosticar patologias consideradas graves que podem afetar a saúde do bebê e da mulher. O objetivo da realização dos mesmos é a detecção precoce com tratamento minimizando assim complicações e assegurando uma gravidez livre de riscos.

A imunização antitetânica também é um dos indicadores do PHPN, que estabelece que todas as gestantes que não possuem esquema vacinal com três doses, realize a imunização prévia, e para aquelas que já possuem doses anteriores deve-se verificar o intervalo da última dose, se for superior a cinco

anos o esquema preconiza apenas uma dose de reforço, se a última dose da vacina for inferior a cinco anos de intervalo, considera-se a mulher como imune, não necessitando de vacinação (BRASIL, 2006). Das gestantes pesquisadas 57,6% afirmaram ter realizado a imunização contra tétano e 39,4% afirmaram não ter necessitado, pois estavam com esquema vacinal em dia, 3% não responderam (Gráfico1).

GRAFICO 1 – Vacina Anti-tetânica



Fonte: Dados da pesquisa

Estudos de Serruya, Cecatti e Lago (2004) descrevem alguns fatores que podem influenciar na baixa cobertura vacinal registrada em alguns municípios, como a perda dos comprovantes vacinais pelas mulheres ou pelas instituições de saúde que não possuem um sistema informatizado e cartão espelho para acompanhamento desses casos. Outro complicador que pode interferir na imunização das mulheres é a falta de realização de busca ativa, estratégias eficazes para captar as gestantes faltosas. Nota-se que para

realmente efetivar a erradicação do tétano e atingir uma cobertura ideal é necessário o comprometimento dos profissionais e integração dos serviços, com gestão e organização da assistência, buscando atingir as metas preconizadas.

A imunização contra tétano é a forma mais simples e eficaz de prevenção contra o tétano neonatal, e é uma medida utilizada que reduz significativamente os índices de morbimortalidade materno e infantil. Esta imunização é indicada à todas as mulheres que mantenham o esquema vacinal em dia garantindo assim uma gestação mais segura (CALDERON; CECATTI; VEGA,2006).

Pesquisas de Nascimento e Rodrigues (2007) afirmam que 33,5% das gestantes entrevistadas receberam a imunização antitetânica, mas acredita-se que o percentual é muito mais elevado, pois leva em consideração que as demais mulheres pesquisadas encontravam-se imunes contra tétano, pois já haviam vacinado anteriormente. Isso confirma que a cobertura vacinal contra tétano para gestantes é satisfatória visto que durante a assistência é possível rastrear as gestantes que tem a necessidade de imunização através de uma busca ativa e realizar a indicação dos esquemas vacinais conforme a necessidade.

Outro indicador do PHPN são as ações educativas, desenvolvidas pelos profissionais das ESF com objetivo de contribuir com as reflexões e discussões sobre a saúde, auxiliando no auto cuidado, favorecendo fortalecimento de vínculos e empoderamento dos sujeitos para a nova realidade de vida. Adotando assim novas práticas que contribuam para a melhoria da qualidade de vida e manutenção da saúde (RIOS;VIEIRA,2007).

Das entrevistadas neste estudo, 6,1% afirmaram ter participado de alguma atividade educativa, 57,6% responderam que não participaram de nenhuma atividade de educação em saúde e 12% não responderam. Infere-se

que tal resultado pode estar relacionado à diversos fatores, como a ausência da mulher nos grupos agendados, ou horário de marcação dos grupos ser incompatível com a disponibilidade das gestantes e até mesmo com a visão biomédica de alguns profissionais que ficam centrados no modelo tradicional de consultas individuais voltando as atenções somente para as queixas das pacientes.

Acredita-se que além da assistência à mulher realizada por meio das consultas, as ações educativas favorecem a relação entre os profissionais e as gestantes, sendo um momento de troca de experiências, escuta, suporte e apoio por parte dos participantes. Estudos de Sartori, Van Der Sand (2006) evidenciaram que as atividades de grupo promovem auxílio às gestantes para enfrentamento das diversas mudanças, físicas, psicológicas e até mesmo sociais, favorecendo maior adaptação à essas situações.

O PHPN preconiza a classificação de risco a todas as gestantes cadastradas e acompanhadas. A classificação de risco gestacional e a detecção precoce de complicações são realizadas na primeira consulta seguindo os critérios de encaminhamentos e os indicadores do PHPN, referenciando as mulheres com comorbidades para os serviços secundários, sem quebrar o vínculo com a atenção básica. Nesses casos elas serão assistidas e monitoradas pelo serviço de atendimento de pré-natal de alto risco e também continuarão sendo acompanhadas pela ESF (BRASIL, 2006).

Para avaliação do cumprimento das metas propostas pelo PHPN contemplando todas as variáveis referentes aos indicadores da assistência pré-natal foi utilizada a análise multivariada. Essa análise de dados se dá na presença de três ou mais variáveis em que se deseja analisar o efeito de um determinado objeto de estudo, considera cada variável como uma dimensão do espaço (PEREIRA, 1999). Nessa pesquisa foi utilizada a Análise de Correspondência Múltipla (ACM), técnica que permite a análise de um conjunto de variáveis categóricas nominais.

A ACM dá margem a uma descrição gráfica do conjunto de dados baseada na redução de dimensionalidade, permitindo a identificação e interpretação das associações entre as observações e as variáveis de estudo, com suas respectivas categorias. O número de dimensões originais do estudo é o número de variáveis estudadas, ou seja, quanto maior o número de variáveis, maior o número das dimensões originais.

No presente trabalho a ACM possibilitou categorizar um conjunto de variáveis específicas sobre o perfil das gestantes quanto aos serviços de saúde básicos ofertados para uma adequada gestação, a fim de verificar se algum aspecto demográfico estaria levando essas gestantes a ter classificações diferenciadas. Abaixo segue uma descrição das variáveis envolvidas na análise, bem como suas respectivas categorizações e critérios de inclusão ou exclusão na ACM.

As variáveis “Início do Pré-Natal” e “Número de Consultas” foram incluídas na ACM por terem variação entre as categorias. Esta variação pode conferir uma discriminação das gestantes quanto ao indicador em si e as outras variáveis em análise. Na tabela 3 verifica-se as variáveis relacionadas aos exames que as gestantes realizaram.

TABELA 3– Características dos exames realizados pelas gestantes pesquisadas

Exames	Não Realizou	Realizou
EAS	91,2	8,8
HBsAg	5,9	94,1
Ultrasonografia	5,9	94,1
Urocultura	8,8	91,2
Testagem Anti-HIV*	20,6	79,4
ColpocitologiaOncócita	94,1	5,9
Glicemia	0,0	100,0
Hemograma Completo	91,2	8,8
Grupo Sanguíneo/Fator Rh	2,9	97,1
VDRL	0,0	100,0
Rubéola*	29,4	70,6
Sorologia para Toxoplasmose	2,9	97,1

* Variáveis incluídas na ACM

Fonte: Dados da pesquisa

Foram incluídas apenas as variáveis relacionadas a exames que apresentaram ambas as categorias (“Realizou” e “Não realizou”) acima de 10,0 a fim de obter melhor discriminação das gestantes. A partir dessas variáveis, aplicou-se a ACM cujos resultados e discussão são descritos a seguir.

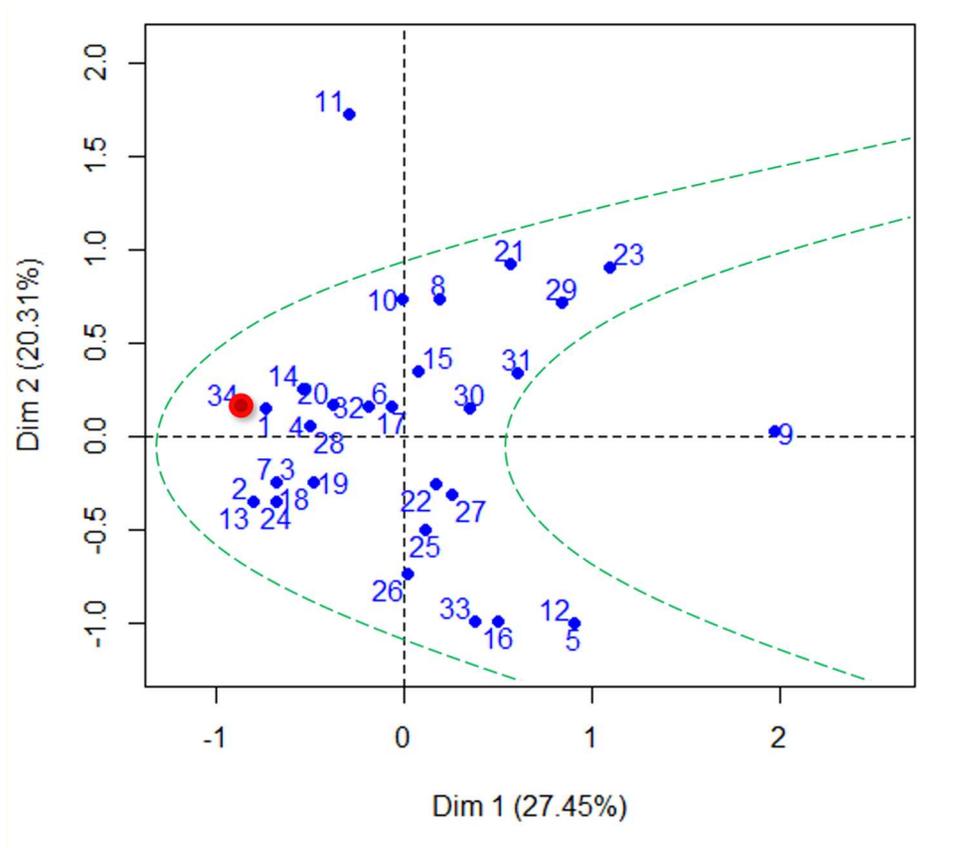


FIGURA 4 - Mapa das gestantes na ACM.

Fonte: Dados da pesquisa

A figura acima refere-se a um gráfico de dispersão das duas primeiras dimensões da ACM, incluindo uma “gestante padrão” (ID-34)², destacada em vermelho, que arbitrariamente fora criada apenas para mapear as demais gestantes criando um ponto de referência no que diz respeito às variáveis abordadas na ACM.

Nesse primeiro momento, percebe-se que, por proximidade, as gestantes localizadas mais à esquerda no mapa tendem a ter um perfil similar

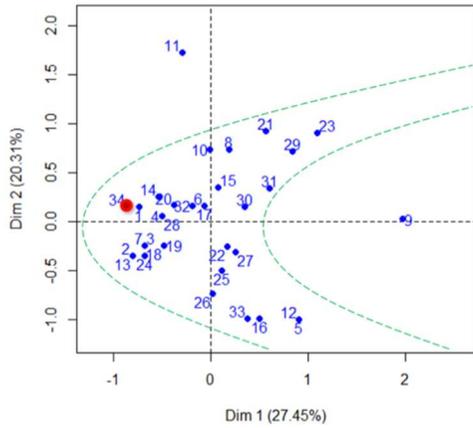
²Em vermelho, destaque para a “gestante padrão” (ID-34) na figura 4

à referência. É possível reconhecer que a gestante referência (ID-34) possa ser uma referência não realística aos serviços de saúde e ao costume das gestantes brasileiras, mas percebe-se que a gestante ID-1 se aproxima bastante desse padrão ideal. Outra constatação interessante é que as gestantes ID-9 e ID-11 apresentaram um perfil atípico às demais, visto que estas tiveram um início tardio dos exames pré-natal, tiveram poucas consultas e não fizeram testagem Anti-HIV. Mesmo com esse perfil aquém do esperado, as gestantes ID-9 e ID-11 foram mantidas na análise, pois o mapa da ACM apresentou um formato previsto na literatura quando trata-se de um conjunto de variáveis binárias. Tal formato, ressaltado pelas linhas verdes pontilhadas no mapa da ACM apresentado acima, é conhecido na literatura como *efeito ferradura* (GREENACRE, 1984).

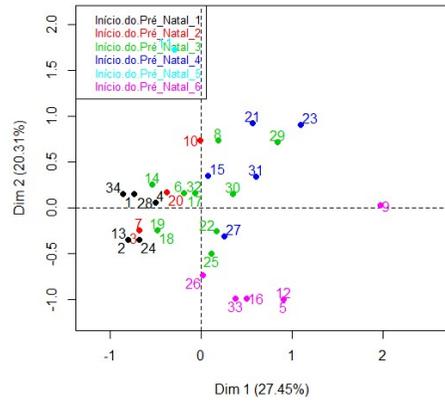
Ao relacionar essas gestantes com os serviços ofertados nas ESF, pode-se inferir que diversos fatores influenciaram o acompanhamento pré-natal, desde questões culturais que atribuem ou não importância às ações no pré-natal até o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde, visto que a realização dos procedimentos, exames e frequência nas consultas irá depender da iniciativa dessas mulheres. Cabe às instituições de saúde prezar por uma busca ativa cada vez mais precoce e aos profissionais aproveitar todos os encontros com as gestantes para fortalecer os vínculos, conquistando assim maior adesão aos serviços de saúde (VASCONCELOS et al., 2009).

Analisando a dispersão das categorias das variáveis abordadas na ACM (Figura 5) notam-se alguns detalhes interessantes para composição de um índice global que reflete o perfil das gestantes em relação às variáveis então abordadas. Na Figura 5A tem-se a referência para comparar as demais figuras. Na Figura 5B, percebe-se, que em torno da gestante referência (ID-34) tem-se as gestantes que iniciaram mais cedo seu pré-natal, como preconiza o serviço de saúde, ao passo que quanto mais a direita estejam as gestantes, mais tardio foi o início desses procedimentos, denotando um fator negativo na composição de seus respectivos escores.

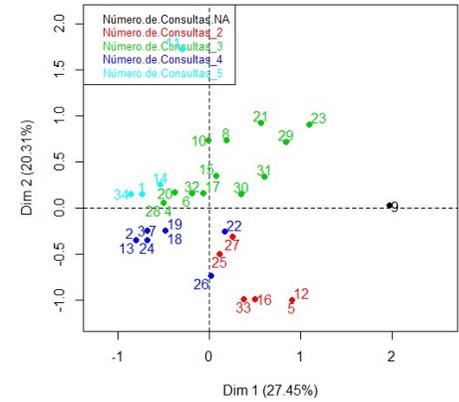
FIGURA 5 - Dispersão das categorias das cinco variáveis abordadas na ACM



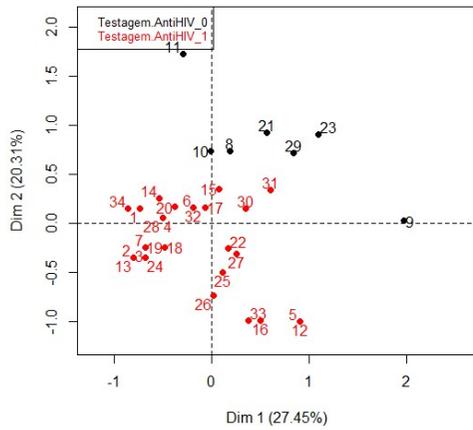
(A)



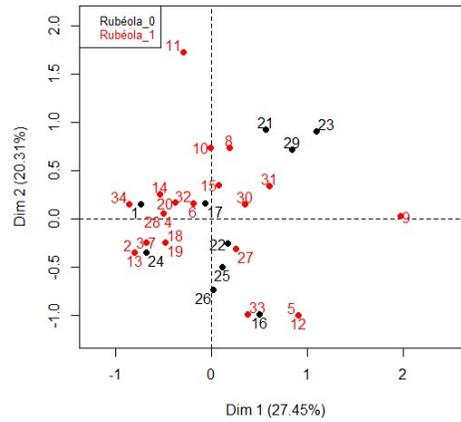
(B)



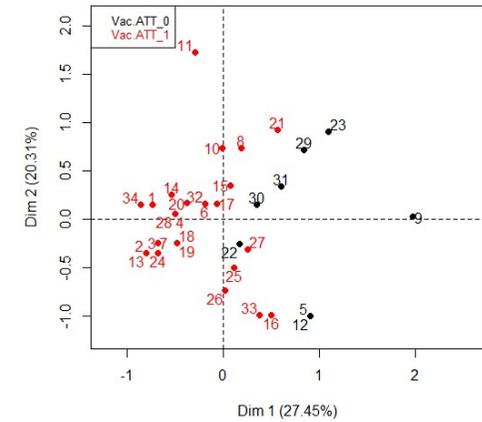
(C)



(D)



(E)



(F)

Fonte: Dados da Pesquisa

Na Figura 5C, a despeito da gestante ID-9 que destaca-se negativamente, nota-se a formação de quatro grupamentos bem característicos em relação ao número de consultas que essas pacientes tiveram ao longo de sua gestação de modo que quanto mais consultas, mais à esquerda e mais perto da referência essas gestantes estão em média. Na Figura 5D, fica claro que a maioria dessas gestantes realizou o exame Anti-HIV e que aquelas que não o realizaram ficaram mais aquém do padrão esperado, conseqüentemente tendem a apresentar menores índices de qualidade quanto sua gestação.

Na Figura 5E, não verifica-se a presença marcante de grupamentos, visto que as gestantes que não fizeram o exame de Rubéola estão dispersas homogeneamente dentre as demais. Apesar disso, uma constatação importante é que essa é a única e exclusiva variável que discrimina a gestante ID-1 do “padrão ouro” ID-34. Por fim, na Figura 5F, percebe-se que a vacinação Antitetânica é um fator fundamental para discriminar as gestantes com menor escore esperado, sendo que estas estão mais à direita no mapa, região que apresenta as gestantes que não tomaram essa vacina.

O acompanhamento gestacional mostrou-se relativamente adequado, visto que a maioria das gestantes se aproximou do padrão ouro, nota-se que um fator relevante que contribuiu para maior dispersão é o fato de a captação gestacional ser realizada tardiamente, apesar de um grande quantitativo ter iniciado atendimento antes da 14ª semana, algumas mulheres que por questões pessoais ou de acesso, não iniciaram atendimento pré-natal conforme preconizado pelo PHPN, fator relevante que interfere nos cuidados e qualidade da assistência, visto que a identificação precoce promove uma gestação livre de riscos, além de assegurar que a mulher não seja submetida à intervenções desnecessárias.

A atenção gestacional realizada nas ESF caracteriza um conjunto de ações que abrangem a promoção da saúde e prevenção de agravos, com intuito de diagnóstico precoce, minimizando assim complicações decorrentes da gestação. Todas essas ações provem de um intenso trabalho em

equipena uma área territorial definida visando a resolutividade e melhoria da qualidade dos serviços, visando a continuidade do cuidado em saúde, criação de vínculos e maior humanização da assistência pré-natal (TANAKA et al., 2011).

Quando a confecção do escore PHPN propriamente dito, este é composto basicamente a partir da distância euclidiana entre a posição das gestantes e a referência ID-34 no mapa da ACM. Sabe-se, segundo MICHAILIDIS e De LEEUW (1998), que no mapa da ACM, os indivíduos possuem escores normalizados para cada dimensão com médias e desvios padrão aproximadamente iguais a 0 e 1, respectivamente.

Para analisar possíveis divergências entre as frequências observadas e comparar se comportam de acordo com o padrão ouro “ID-34” foi realizada análise com base no Qui-quadrado, buscando assim definir as distâncias entre os pontos do mapa da ACM no espaço bidimensional.

A tabela 4 apresenta as coordenadas no plano cartesiano apresentado bem como os respectivos escores das gestantes analisadas nesse estudo. Esses escores tiveram média de 6,1 e erro padrão de 0,3, conferindo um intervalo de 95% de confiança entre 5,5 e 6,8. Observa-se o menor e o maior escore sendo 2,4 e 9,4, respectivamente. A mediana desses escores foi igual a 6,0 e o primeiro e o terceiro quartis foram 4,4 e 7,8, respectivamente.

TABELA 4 - Coordenadas no plano cartesiano e os respectivos escores das gestantes pesquisadas

D	Dim1	Dim2		D	Dim1	Dim2	
1	-0,736924	0,147081	,4	18	-0,484548	-0,248930	,6
	-0,804159	-0,354154	,8	19	-0,484548	-0,248930	,6
3	-0,679626	-0,246260	,1	20	-0,382914	0,161728	,9
4	-0,507447	0,053834	,3	21	0,564640	0,920550	,4
5	0,904324	-1,007512	,5	22	0,167582	-0,263163	,8
6	-0,187836	0,159058	,2	23	1,095112	0,906695	,5
7	-0,679626	-0,246260	,1	24	-0,682502	-0,354532	,7
8	0,184315	0,731472	,5	25	0,111969	-0,506300	,6
9	1,974306	0,021034	,4	26	0,020647	-0,737042	,4
0	-0,010763	0,734142	,0	27	0,248980	-0,316466	,5
1	-0,292714	1,725983	,3	28	-0,507447	0,053834	,3
2	0,904324	-1,007512	,5	29	0,836445	0,717239	,1
3	-0,804159	-0,354154	,8	30	0,342637	0,145203	,5
4	-0,538970	0,252683	,5	31	0,601304	0,334659	,8
5	0,070831	0,348514	,2	32	-0,187836	0,159058	,2
6	0,495508	-0,994035	,1	33	0,373851	-0,993657	,3
7	-0,066179	0,158680	,7	34	-0,858581	0,147459	0,0

Fonte: Dados da pesquisa

A partir desses escores, busca-se observar possíveis fatores que influenciariam nos mesmos. A tabela 5 revela as variáveis categóricas (demográficas e indicadores) que demonstraram significância estatística entre os grupos em uma aplicação do teste Kruskal-Wallis. As variáveis que não forem contempladas nessa tabela de fato não apresentaram relação estatisticamente significativa com os escores.

TABELA 5- Descrição das variáveis com relação estatisticamente significativa ao escore e suas respectivas medianas por grupos de estudo.

Variável	Categorias	n	Mediana	p.value
Renda Familiar+	1 salário mínimo	17	5,40	0,0030
	2 salários mínimos	10	7,50	
	3 ou mais salários mínimos	6	7,65	
Idade Gestacional+	< 32ª semanas	10	4,95	0,0395
	32ª a 35ª semanas	15	6,00	
	36ª a 39ª semanas	8	8,00	
Início do Pré-natal*	< 7 semanas	6	8,05	0,0001
	7 a 8 semanas	4	8,00	
	9 a 10 semanas	11	6,70	
	11 a 14 semanas	5	4,80	
	15 semanas ou mais	7	4,10	
Número de Consultas*	2 a 4	6	4,20	0,0049
	5 a 6	14	6,10	
	7 ou mais	12	7,75	
Exame HBsAg+	Realizou	31	6,20	0,0378
	Não realizou	2	3,25	
Testagem Anti-HIV*	Realizou	26	7,20	0,0055
	Não realizou	7	4,30	

* Variável presente na formulação do escore

+ Variável ausente na formulação do escore

Fonte: Dados da pesquisa

A partir da tabela acima pôde-se notar que, quanto maior a renda familiar, maior o escore das gestantes. Essa relação direta também é percebida quanto à idade gestacional e ao número de consultas das entrevistadas. Contudo, quanto ao início do pré-natal a relação é inversa, pois as gestantes que iniciaram seu acompanhamento mais cedo tendem a ter maiores escores que as demais, como já reportado na ACM. Quanto à realização dos exames, nota-se uma evidência estatisticamente significativa para afirmar que as gestantes que realizaram os exames HBsAg e Anti-HIV tendem a ter melhores escores.

Estudos de Vasconcelos et al. (2009) inferem sobre a interação entre renda familiar baixa, ocupação das mulheres, falta de companheiro na continuidade da assistência pré-natal, esses fatores associados podem ocasionar um uso inadequado, ou insuficiente dos recursos de saúde, ou seja, um acompanhamento não eficaz.

Um fator que contribui para melhoria do acompanhamento pré-natal é o início precoce dos atendimentos que irá depender da disponibilidade da gestante em procurar assistência e das questões de acesso e oferta de serviços para essas demandas. O quantitativo de consultas vai depender do início das atividades do pré-natal e com qual idade gestacional essa mulher iniciou o atendimento, sabendo que quanto mais cedo iniciar, mais consultas ela terá, cumprindo assim o mínimo preconizado pelo PHPN (GUERREIRO et al., 2012).

É possível notar que embora as gestantes tenham realizado um número adequado de consultas, de acordo com as normatizações estabelecidas pelos indicadores do PHPN, os exames básicos principais (HIV, Sífilis, Hepatite B, Hemograma completo e Urina rotina) que deveriam ser realizados, não corresponde a totalidade nas gestantes pesquisadas. Os dados coletados não possibilitam descrever quais os fatores responsáveis por essa situação, mas é possível estabelecer algumas hipóteses prováveis que tenham dificultado na obtenção dos exames laboratoriais (dificuldade de acesso das gestantes aos serviços, número reduzido de cotas de exames nas unidades de saúde, não

realização do exame motivado pela própria mulher, falta de solicitação dos exames pelos profissionais e até mesmo entendimento equivocado quando entrevistadas).

Apesar de serem preconizados pelo PHPN os exames laboratoriais ainda constituem um fator preocupante na atenção gestacional, apesar de todas as ações preventivas, é necessário a realização desses rastreamentos que poderão possibilitar um tratamento precoce e resguardar a saúde do bebê. Mesmo sendo estabelecido como primordial a realização do exame de Anti-HIV, Sífilis e Citologia oncótica estes não são realizados em todas as gestantes, comprometendo a qualidade da assistência e interferindo na saúde da mulher e do bebê (VASCONCELOS et al., 2009).

Contudo, verifica-se que o PHPN representou uma grande mudança no cenário da atenção obstétrica na saúde pública, a partir do momento que instituiu um protocolo mínimo de ações a serem realizadas durante o acompanhamento da gestação. Esse programa norteia tanto as Secretarias estaduais e municipais a criarem um fluxo de atendimento próprio, seguindo as preconizações pré-estabelecidas (ANDREUCCI et al., 2011). Levando em consideração todos os indicadores é possível planejar e monitorar o cumprimento das metas, propondo ações estratégicas baseadas no perfil real da população e assim ofertar um cuidado de qualidade a esse público.

6.2 DADOS QUALITATIVOS

Os dados qualitativos desta pesquisa foram obtidos durante a entrevista semiestruturada com as gestantes. Assim, buscou-se considerar suas percepções quanto à assistência pré-natal. Neste contexto, entende-se por percepção o processo por meio do qual a gestante reconhece, seleciona, organiza e interpreta suas ideias e sentimentos relativos à assistência pré-natal a partir de suas vivências, ou seja, suas Representações Sociais.

6.2.1 Representação Social sobre Assistência Pré-natal

As representações sociais buscaram investigar a percepção, a significação, os valores, sentimentos, interesses e visão das gestantes sobre assistência pré-natal, a partir de suas vivências no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no intuito de contribuir para o planejamento de ações que visem melhorar a qualidade da assistência pré-natal.

Conhecer a visão da gestante sobre este tema torna-se importante, pois este processo de busca pelo entendimento e escuta possibilita que estas se sintam mais acolhidas, favorecendo sua adesão e permanência no serviço de atenção pré-natal.

A assistência pré-natal promove o acompanhamento sistemático e periódico da gestante, com o desenvolvimento de atividades processuais, preventivas e educativas, pelo contato frequente e planejado. Desta forma, torna-se possível a identificação de fatores de risco, e intervenção precoce, visando reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil. Assim, neste espaço, a mulher pode expressar suas dúvidas sobre o processo gestacional e sentir-se segura para enfrentá-lo de forma positiva (CARVALHO; NOVAES, 2004).

Destaca-se que a assistência pré-natal tem um papel relevante, não somente para os cuidados com a saúde física das gestantes e de seus bebês, mas também para demandas emocionais, aumentando os sentimentos de segurança na fase de gestação. Uma assistência pré-natal deve ser qualificada e humanizada, com a inclusão de condutas acolhedoras, informações e orientações adequadas, fácil acesso a serviços de saúde, ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2006).

As falas das gestantes sobre a assistência pré-natal foram analisadas por meio da Análise de Conteúdo de Bardin (2011), que possibilitou sistematizar o conteúdo e o significado da assistência. Para facilitar a

compreensão foi realizado o agrupamento dos relatos e a categorização que contribuiu para relacionar os fenômenos, representando assim, a etapa de transição dos dados brutos para dados organizados.

O processo de categorização neste estudo não é resultante do entendimento ou expectativa do pesquisador em relação às evidências contidas nos discursos. Não é também aqui importante identificar uma teoria psicológica ou sociológica como base para determinar em que grupo os fragmentos dos discursos deverão ser alocados. O que orienta a estruturação das categorias a serem identificadas nos discursos das entrevistadas é a filosofia que fundamenta e torna legítimo os investimentos realizados pelo PHPN.

O programa PHPN tem por escopo permitir o acesso aos serviços necessários para a redução da morbimortalidade materna e perinatal, promover o acolhimento e orientação á gestante, de forma a garantir sua adesão e, estimular o envolvimento da família no suporte na fase gestacional. Seguindo essa linha de raciocínio, os fragmentos do discurso das entrevistadas foram agrupados conforme as seguintes categorias: (1) Acesso aos serviços prestados pelo PHPN; (2) Acolhimento á gestante; (3) Orientação á gestante (4) Cuidado com a saúde, onde foi possível observar o surgimento de duas subcategorias, referentes ao bebê e á gestante.

Categoria: Acesso aos serviços de saúde prestados pelo PHPN

Esta categoria está relacionada com a percepção das gestantes quanto ao acompanhamento da gravidez, considerando a consulta, prescrição de medicamentos, procedimentos, realização de exames e cuidados nutricionais.

Assistência pré-natal pra mim é fazer exame. Saber se a saúde tá bem, se o neném tá passando bem. Não fazer exame, não sabe se a criança tá boa (G8)

Consulta. Saber se tá tudo bem. Fica sabendo como ele tá .. ouvir o coração, tamanho do bebê ... ah... fazer exames. (G 12).

Observa-se nesses relatos uma visão reducionista sobre assistência pré-natal, associando-a a acompanhamentos que direcionam-se para procedimentos clínicos do processo gestacional. Foram desconsideradas as atividades que envolvam uma assistência de forma integral, com abordagens que considerem situações de vida atual, com compartilhamento de conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas. Ficou evidente também que não ocorreu durante o acompanhamento pré-natal o atendimento às demandas emocionais.

O atendimento pré-natal deve contemplar além das atividades e procedimentos clínicos realizados nas consultas, ações educativas, buscando uma atenção integral, valorizando os aspectos sociais, econômicos e culturais dessas mulheres, essa forma de abordagem quebra os parâmetros tradicionais e propõe um dinamismo no trabalho, valorizando as singularidades e o território onde estão inseridas (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Nesse contexto ampliado do território mais que uma delimitação de área, ele torna-se um espaço de interações históricas, sociais, ambientais e econômicas que estão integradas aos determinantes de saúde e doença da população inserida nesse local. Reconhecer esses atributos do território e relacioná-los com os problemas de saúde é um passo primordial para que os profissionais possam traçar estratégias de saúde, promover ações de prevenção à doenças e no caso das gestantes, minimizar o risco de agravos, estabelecendo uma comunicação mais efetiva com os usuários do serviços para fortalecer os laços afetivos (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

Essa visão de território possibilita interpretá-lo em várias dimensões e assim entender como esse espaço exerce influência sobre a situação de vida das gestantes. Seja diretamente nas questões jurídicas-políticas incorporando o conceito do território na saúde com aspecto normatizador e controlador, no caso da atenção pré-natal esse território é instituído pelas normas e rotinas

padronizadas durante o atendimento. Ou território cultural envolto por questões simbólicas, subjetivas como os mitos e tabus que envolvem a gestação, além das questões de formação de pertencimento ou identidade, fatores importantes para que as mulheres se apropriem desse novo processo de transição de ser mãe (HAESBAERT, 2004).

Percebeu-se que algumas gestantes associam o acompanhamento pré-natal como um momento de realização de procedimentos específicos visando o bem-estar físico do bebê.

Consulta ... Escutar o coração do bebê .. ver que ele tá vivo. Ver que ele tá bem e vivo (G 16).

Atendimento.[...] ter o atendimento da forma que tem direito de ter. Primeiro, quando está grávida precisa do atendimento para o bebê vir com saúde (G26).

Remédio. Ajuda a criança desenvolver [...], não deixa ficar abaixo do peso (G 27).

Nesses discursos é possível identificar uma visão biomédica da assistência, com foco restrito em métodos, técnicas e condutas práticas realizadas durante a gestação. Presumivelmente esta visão reducionista da assistência pré-natal se deve ao processo cultural da própria população, que possui uma visão biomédica e qualifica o atendimento pelos procedimentos prestados, relaciona a assistência prestada com consultas e exames. Acredita-se que esse fator possa estar relacionado ao baixo nível de escolaridade das entrevistadas, o que dificulta o entendimento do processo assistência e da estruturação dos programas de saúde pública.

Luz et al. (2007) e Carneiro (2012) afirmam existir uma relação entre as práticas tradicionais de saúde com a visão fragmentada das mulheres, e isto pode influenciar suas percepções quanto ao processo de maternidade e atendimento pré-natal. Esse período envolto por tabus e mitos já faz parte do processo cultural de formação dessas mulheres que perpassa geração por geração. No caso da assistência à saúde, se mistura com as práticas populares onde há um misto do território vivido (simbólico) e o cultural confrontando a todo o momento, as atividades que são propostas. Em virtude

desseembate constante, a relação entre os cuidados de saúde fica reduzida ao um modelo biomédico. Assim os profissionais deveriam ter maior sensibilidade para trabalharem de forma mais dinâmica a educação em saúde com intuito de transmitir conhecimento sobre a assistência sem desvalorizar as territorialidades das gestantes envolvidas em seus cuidados.

Resultados semelhantes foram constatados por Pohlmann et al. (2016) estudando gestantes cadastradas em unidades de Estratégia Saúde da Família de um município do sul do Brasil. Evidenciaram que o modelo biomédico é o mais evidente na assistência pré-natal, com as consultas se restringindo a realização do exame físico, pedido de exames laboratoriais e orientações quanto à alimentação. As práticas assistenciais embasadas neste modelo não são as mais eficazes, pois consideram somente os aspectos biológicos da gestante, descartando outras necessidades, de cunho educativo, emocional. Esta visão biomédica também foi observada por Piccini et al. (2012) ao estudar percepções e sentimentos de gestantes sobre a assistência pré-natal.

Para Anversa (2012) o pré-natal é um momento oportuno e ideal para desenvolver ações educativas com as gestantes, podendo ser realizadas nas unidades de saúde, na sala de espera, ou individualmente. Isso auxiliará a diluir esta visão biomédica realizada, como ainda criar um vínculo de confiança do profissional com a gestante.

Ressalta-se que enquanto a percepção de um novo modelo assistencial não for adotada pelas equipes de saúde, a prática do modelo biomédico embasado no exame físico/consultas não será transformada. É preciso estabelecer estratégias para uma prática reestruturadora das ações de saúde, com uma visão mais ampliada do processo saúde-doença. Desta forma, a educação em saúde pode ser uma estratégia para superar o modelo biomédico e possibilitar a produção do conhecimento, proporcionando estratégias que incentivem o indivíduo a promover mudanças, com o desenvolvimento de um pensamento crítico e reflexivo sobre sua saúde. Além disso, permitirá uma maior integração do profissional e gestante, num momento de

compartilhamento de experiências, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas.

Categoria 2: Acolhimento à gestante

Essa categoria aborda o modelo da assistência pré-natal com uma perspectiva para o cuidado holístico/global com a gestante demonstrando uma valorização da atenção recebida pelas unidades de saúde. Ou seja, modificações no núcleo do cuidado, acolhendo a gestante e garantindo seu direito a uma atenção de qualidade,

Na reorientação do Sistema Único de Saúde (SUS), o acolhimento assume lugar de destaque, pois objetiva superar a hegemonia do modelo biomédico centrado na doença, no tecnicismo e na verticalidade das ações entre profissionais de saúde e usuários (BOSI; MERCADO, 2006). A alteração desse modelo assistencial vigente só é possível com suporte em uma mudança no núcleo tecnológico do cuidado fundamentada no acolhimento como modo de se produzir saúde (MERHY, 2002).

Atenção ...atenção para a pessoa ... quer ver o bem. As pessoas gostam de atenção (G 23).

Acompanhamento. Engloba muita coisa. Mas tem que ser bem atendida no posto. (G 24)

Apesar da realização de um atendimento sistematizado fazer parte da rotina do acompanhamento pré-natal, com realização de anamnese, exame físico, prescrição e elaboração de plano de cuidado individualizado, as consultas não se restringem somente nesse foco. Os profissionais devem buscar estabelecer relações harmoniosas com as gestantes, valorizando as

questões subjetivas e suas territorialidades, garantindo assim maior adesão aos cuidados na assistência (LANDERDAHL,2007).

A busca da valorização das territorialidades dessas mulheres pode ser efetivada através do estímulo do sentimento de pertencimento e apropriação nesse período, onde esse sentimento torna-se uma parcela de identidade, fonte de uma relação de essência afetiva ou mesmo amorosa ao espaço (BONNEMAISON,1980). Essa atitude visa estabelecer maior intensidade e importância dada por elas à assistência prestada nesse período.

Percebe-se no relato de algumas gestantes, a importância do acompanhamento estar vinculado a uma atenção aos aspectos físicos e emocionais apresentados na gestação.

Olhar mais para a gestante. Precisa ter cuidado mais especial ... As mulheres grávidas tem que ter um olhar especial (G 9).

Consulta. Tirar todas as dúvidas com o médico. Ser bem atendida, o médico ser atencioso, escutar o batimento do coração do bebê. Onde vai tirar todas as dúvidas (G 21).

Parece oportuno presumir que a assistência pré-natal é um momento adequado para oferecimento de apoio emocional à gestante, onde a mesma sentir-se-á acolhida, ouvida, possibilitando o aparecimento de um sentimento de confiança e segurança. Deste feito, o estabelecimento de vínculo entre a gestante e o profissional possivelmente favorecem a adesão e a permanência da gestante no serviço de atenção ao pré-natal.

Segundo Santos, Radovanovic e Marcon (2010)é fundamental que os profissionais estabeleçam um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, assistindo estas mulheres integralmente, respeitando suas individualidades, objetivando uma assistência específica para cada realidade.

Resultados semelhantes foram apontados por Landerdahlet al. (2007) e Pohlmann (2016), quando reforçam que a adequada interação entre profissional/gestante possibilita a promoção do bem-estar da gestante, um dos pressupostos do PHPN. Para que a assistência pré-natal seja resolutiva, e o

acompanhamento adequado, é necessário que a partir da primeira consulta, a mulher se sinta acolhida. Essa atitude irá minimizar os riscos que envolvem esse período intenso de fragilidades. Durante o acompanhamento, na atenção pré-natal existem muitos procedimentos que são necessários para garantir o bem-estar físico e mental da mãe e do bebê. Assim os serviços de referência mostram-se essenciais para reduzir os riscos de agravos durante o período gestacional.

Para fortalecer a questão dos vínculos entre usuários e serviços de saúde, a ESF trabalha com um pressuposto básico da territorialização, com áreas de abrangência e territórios delimitados aproximando a comunidade com as práticas de saúde, enfocando ações de promoção à saúde atuando nos determinantes do processo saúde-doença e conquistando assim maior responsabilização dos indivíduos e co-participação nas ações de saúde (PEREIRA; BARCELOS, 2006).

Nessa perspectiva, a proposta da ESF é reordenar o fluxo de atendimento de modo a reconstruir uma concepção vista como cultural, com a mudança dos conceitos atribuídos aos espaços de saúde, implementando atividades educativas e de promoção, onde essa nova prática possa auxiliar no reconhecimento das unidades básicas como territórios de produção da saúde e não depositário de doenças, conquistando com essa iniciativa maior adesão das gestantes às atividades de grupos operativos propostas (SANTOS; RIGOTTO, 2011).

Ao pensar o território nessa perspectiva do vivido, essa valorização do simbólico, ou seja, do espaço visto como produto de apropriação é fundamental ampliar a dinâmica diária das pessoas com o território, que no caso da assistência pré-natal, torna possível envolver as gestantes despertando maior interesse e adesão aos cuidados, à medida que acontecem as relações entre as mulheres e os serviços de saúde (DE PAULA, 2011).

Um acompanhamento pré-natal qualificado, que busca acolher e ter uma atitude de escuta e valorização da gestante pode contribuir na redução da

mortalidade materna e perinatal, desde que as mulheres tenham acesso aos serviços e permaneçam aderidas ao mesmo. Uma vez que a assistência pré-natal possibilita a prevenção das complicações mais frequentes da gravidez e do puerpério, quando assegura a evolução normal destes, preparando a mulher em gestação para o parto, o puerpério e a lactação normais.

Categoria3: Orientações recebidas

Essa categoria descreve a associação realizada pelas gestantes entre a assistência pré-natal e a importância das orientações/informações recebidas pelo profissional que realiza o pré-natal. Na percepção das entrevistadas a assistência pré-natal está vinculada ao diálogo, esclarecimento de dúvidas e orientações disponibilizadas pelos profissionais.

Diálogo [...] conversa sobre assuntos, esclarecer dúvidas [...] explicar o que sente, significados, saber conversar (G10).

Informação [...] conhecimento, não ter preconceito [...] porque quem não conhece precisa entender (G15).

É possível constatar pelos relatos das entrevistadas a valorização das orientações recebidas. Recomenda-se que durante a assistência pré-natal deve-se aproveitar o tempo disponível para reforçar as informações pertinentes à gestante, bem como estabelecer um ambiente agradável que favoreça o ato de escuta. Possivelmente esta acolhida gera nas gestantes sentimentos que influenciarão de forma positiva sua permanência no programa.

De acordo com Landerdahl (2007) a assistência pré-natal vem a significar para as gestantes, espaços para expressarem seus medos, angústias, e dúvidas sobre as modificações que estão acontecendo com o próprio corpo, permitindo assim, esclarecimentos mediante orientações pertinentes ao ciclo gravídico-puerperal. Sob esse viés, ressalta-se que as ações educativas ajudam a superar o modelo biomédico de modo que

valorizem as reais necessidades da gestante, considerando sempre seu contexto de vida/saúde.

Para Silva; Andrade, Bosi (2014) a assistência pré-natal é considerada um momento privilegiado para dialogar e esclarecer questões pertinentes, singulares para cada gestante, mesmo que estas tenham tido a experiência em gestações. Ressalta-se que o diálogo e o vínculo são de importância ímpar, pois minimizam a ansiedade da gestante e favorecerem um parto mais tranquilo e saudável para a mãe e para o bebê.

Duarte; Andrade (2008) pesquisando gestantes de baixa renda, baixa escolaridade e situação conjugal estável, observaram que as gestantes que mais precisam de informação e educação em saúde, apresentam pouco conhecimento quanto ao pré-natal e situações de risco no período gestacional. Os resultados identificaram que uma pequena parcela das gestantes entrevistadas conhecia os procedimentos a serem realizados durante o pré-natal e parto, refletindo a fragilidade em relação aos cuidados durante o atendimento, visto que a transmissão de informações será efetiva se houver a sensibilidade dos profissionais em reconhecer as limitações de cada mulher e trabalhar de forma mais dinâmica a transferência de conhecimento.

Sabe-se que as consultas são um momento de acolhida, diálogo e estreitamento de laços afetivos, permitindo assim livre expressão de dúvidas, sentimentos, emoções e experiências de vida. Oportuniza, na verdade, um momento de criação de vínculos entre profissionais e pacientes. As informações que são repassadas permitem ampliar o conhecimento não somente do processo gestacional, mas do parto e dos primeiros cuidados com o recém-nascido, tornando-se assim fundamental para preparar e tranquilizar as mulheres nesse período de muitas dúvidas e medos (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Uma forma de estimular o conhecimento e envolvimento da gestante é efetivar as ações educativas promovendo discussão em grupo, exposição e distribuição de material educativo. Essas intervenções transpassam o modelo

tradicional biomédico centrado em consultas e procedimentos e ampliam o campo de atuação dos profissionais que passam a trabalhar com uma visão ampliada a partir das necessidades do seu público alvo (VASCONCELOS et al., 2009).

Santos, Radovanovic e Marcon (2010) estudando a percepção de gestantes sobre a assistência pré-natal concluíram que as mesmas anseiam por orientações quanto aos cuidados com o bebê, e informações quanto às mudanças fisiológicas que ocorrem neste período. A saúde da gestante dever ser considerada na integralidade, ultrapassando a condição biológica de reprodutora e conferindo-lhe o direito de participar globalmente das decisões que envolvem sua saúde, com promoção do seu empoderamento durante a gestação.

Segundo Afonso, Afonso e Jones (2015) o conhecimento da gestante quanto à importância do pré-natal é restrito. A assistência pré-natal deve prezar pela orientação, com ênfase no aconselhamento, detecção precoce de situações de risco e na educação para a saúde. É possível perceber que o fato de o profissional esclarecer dúvidas e prestar informações, trás contentamento e segurança para as gestantes. Assim, os cuidados pré-natais ultrapassam a dimensão biológica.

Nessa perspectiva, o profissional deve ser instrumento para que a gestante conquiste autonomia nas ações, aumentando assim sua capacidade de enfrentar situações estressantes, crises emocionais, além de facilitar sua tomada de decisão sobre assuntos relacionados à saúde. As atividades educativas bem como o esclarecimento de dúvidas no período gestacional possivelmente contribuirão para que a mulher possa vivenciar a gestação e o parto de forma positiva, minimizando riscos de complicações no pós-parto e garantido maior segurança na realização dos primeiros cuidados com o seu bebê.

Categoria 4: Cuidado com a saúde

Essa categoria está pertinente apreocupação das gestantes com os cuidados referentes à sua saúde, bem como a saúde do bebê. Destacando o aspecto do desenvolvimento físico.

Pré-natal é a assistência prestada à gestante desde o início da gravidez, visando melhoria das condições de saúde para mãe e feto, prevenindo problemas que podem afetar ambos durante os nove meses de gestação, possibilitando que no fim da gravidez ocorra o nascimento de uma criança saudável, promovendo bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2005).

Um atendimento de qualidade no pré-natal pode ajudar na redução da mortalidade materna, além de evidenciar outros benefícios à saúde materna e infantil (CUNHA et al., 2009). A atenção à saúde materna e infantil é uma prioridade no que diz respeito às políticas públicas de saúde com ênfase aos cuidados durante o período gestacional. Na atenção pré-natal busca-se um cuidado humanizado, com qualidade na assistência, almejando cada vez mais além da redução de agravos à saúde da mãe e do bebê, a diminuição dos índices de morbimortalidade (AFONSO, AFONSO, JONES, 2015).

Subcategoria: Cuidado com a saúde do bebê

Esta subcategoria aborda os cuidados relacionados aos aspectos físicos que a assistência pré-natal deve promover. De acordo com Piccinini (2008) o período gestacional é envolto de intensas mudanças físicas, emocionais que vão influenciar tanto na rotina de vida, quanto nas relações sociais das mulheres. É um momento de muitas expectativas e apreensões, evidenciado por uma grande ansiedade da gestante em tornar-se mãe. Deste feito, há uma preocupação primordial dessas mulheres com a saúde de seus bebês.

Cuidar da criança, da sua saúde. Ir nas consultas direitinho não faltar nas datas marcadas, obedecer o médico [...]para ter neném mais saudável, não ter problemas(G 4)

Cuidado com a saúde do bebê. Ficá sabendo como ele tá. Escutar o coração, ver o tamanho dele... Ele em primeiro lugar (G 11)

Acredita-se, que a experiência da maternidade é um momento único para a mulher, possivelmente uma autoafirmação de sua feminilidade, onde todos os sentimentos afloram na perspectiva de gerar uma nova vida. Devido a tal fato, é um período de intensas emoções e dúvidas, onde a mulher almeja a saúde do bebê como fator fundamental, afirmação que é confirmada pela mudança de comportamento notado em algumas mulheres. Ao descobrir a gestação busca-se uma alimentação saudável, uso de medicações prescritas e uma assistência pré-natal, verificando-se que todos esses cuidados são unicamente para garantir o bem-estar do filho.

Com intuito de assegurar a saúde da mulher e do bebê, o PHPN padronizou rotinas e intervenções no pré-natal, com a proposta de garantir mais segurança para as gestantes e seus bebês, possibilitando a oferta de atendimentos sistematizados, e resolutivos, melhorando o acesso dessas mulheres aos serviços de saúde com enfoque nos princípios da integralidade e humanização (AMARAL et al., 2013).

Nota-se que para as gestantes pesquisadas a saúde do bebê é o fator mais importante, visto que a gravidez é um processo que envolve muitas impressões e sentimentos, e o fato de gerar outra vida, para muitas mulheres é tido como uma conquista, um momento de auto realização. Para concretização dessa nova etapa é preciso garantia de saúde e bem-estar do bebê, essa preocupação que as gestantes expressam irá acompanhá-las em todo o período gestacional.

Cuidar da saúde do bebê... ver se ele está bem. Muita coisa, a saúde é importante em primeiro lugar. O bebê deve assim nascer com muita saúde(G 17).

Durante a gestação ocorre um culto ao próprio corpo, com intensificação dos cuidados e mudanças de rotinas, estar grávida é redobrar as atenções para esse momento tão importante, desligando-se de todos os outros papéis desempenhado pelas mulheres, onde dentre tantas as tarefas, a dedicação à gravidez e o bebê irão se sobressair (PICCININI, 2008).

Percebe-se que quando da descoberta da gravidez, a gestante e sua família vivenciam períodos de transformações e de adaptações ao longo de nove meses. Gerar um ser pode trazer às mulheres um sentimento de ansiedade, medo e dúvidas, especialmente com os aspectos relacionados ao desenvolvimento do bebê.

Assim as gestantes associam o cuidado pré-natal à consulta, com o objetivo inicial de saber como está a saúde de seu filho, se ele está bem, se apresenta alguma alteração. Esta assistência é vinculada a forma de saber se seu filho nascerá com saúde. Salienta-se a presença do médico como facilitador para amenizar esta preocupação e transmitir todas as informações necessárias para maior segurança e tranquilidade da gestante (VASCONCELOS, 2009). Resultados semelhantes foram constatados por Carneiro et al. (2012) destacando as representações sociais de gestantes sobre o pré-natal centradas na criança e na dimensão biomédica, ao mesmo tempo que apontam a mãe, como foco para saúde do binômio mãe e filho (CARNEIRO, 2012).

Subcategoria: Cuidados com a saúde da gestante

Esta subcategoria aborda os cuidados que a assistência pré-natal deve promover, buscando acompanhar a saúde da gestante para que a criança nasça com saúde.

No decorrer da gestação são intensificados os cuidados para a saúde da mulher, é um período envolto de maior atenção, pois os hábitos de vida irão relacionar-se diretamente com a saúde do bebê. A mulher tende a preocupar-se com hábitos alimentares mais saudáveis, hidratação da pele, uso regular de medicações prescritas e principalmente com acompanhamento pré-natal regular, para assim garantir maior segurança e desenvolvimento adequado do bebê, é o que comprovam os relatos:

Saúde da criança e da mãe. Saúde é muito importante. Se a mãe não tem saúde a criança não nasce bem (G 3)

Saúde materna [...] estar bem [...] se não tiver saúde, não tem nada (G 18).

Ao descobrir a gestação, conscientemente as mulheres priorizam atitudes que irão promover a sua saúde e a do seu filho, além de procurar assistência pré-natal, adotam medidas básicas como não fumar, evitar uso de álcool, cuidar da alimentação, evitar algum fator de risco para infecções ou acidentes almejando uma gravidez mais tranquila (HALPERN, 1998).

A busca das gestantes por um acompanhamento pré-natal por vezes, pode decorrer de insegurança da mulher e na tentativa de prevenir agravos na saúde, buscam auxílio de profissionais. Nesse momento o atendimento voltado para essas mulheres deve ser realizado de forma holística atentando para os significados da gestação para elas, transformando as consultas em um momento menos centrado em técnicas envolvendo assim essas grávidas que anseiam por mais atenção (DUARTE, 2008).

Pode-se observar pela narrativa de algumas gestantes a valorização da manutenção de sua saúde, pois consideram que este cuidado é uma das formas de não ter problemas durante o parto e depois do nascimento, afinal nesse período tudo que a mãe faz tem influência direta na saúde do bebê. Com efeito, a assistência pré-natal parece ser um momento oportuno para o oferecimento de apoio emocional e social às mulheres. Nesse contexto, os sentimentos das mães em relação à gestação e ao seu bebê são influenciados não só pelo tipo de assistência pré-natal recebida, mas pela sua qualidade e também por procedimentos específicos que são utilizados neste processo.

Assim, as questões de saúde física e emocional são aspectos inseparáveis durante esse processo de transição para a maternidade e de assistência pré-natal.

No entendimento das gestantes a assistência pré-natal constitui-se um misto de sentimentos e emoções, associados à felicidade, amor, amizade, união, paciência, paz e ternura, evidenciado nos discursos:

Filho [...] tudo, minha vida, união, felicidade, paciência, amor e paz [...] mais importante de tudo(G5).

amor [...] cuidado, querer bem, companheirismo, amizade [...] e o amor que você tem pelo seu filho(G7).

Amor [...] não tem explicação, uma explicação [...] precisava conhecer o verdadeiro amor, diferente do amor pelo marido (G25).

Nota-se que no período gestacional, pela experiência de gestar, gerar um novo ser, ocorre um aumento da sensibilidade feminina que influencia fortemente os significados atribuídos por elas, durante esse momento, as impressões podem ser positivas ou negativas.

Os sentimentos das mães em relação àgestação e ao seu bebê podem ser influenciados pelo tipo e qualidade de assistência pré-natal recebida e por procedimentos específicos que são utilizados neste processo (PICCINI, 2012).A perspectiva da gestação é como um fenômeno além da função reprodutiva, associado a algo divino e sublime, o fato de estar grávida enaltece a mulher, é uma reafirmação de sua feminilidade, uma conquista (SHIMIZU; LIMA, 2009).

A atenção das gestantes é voltadapara esse novo ser gerado, evidenciada desde o período de descoberta da gestação, onde a mulher intensifica os cuidados e expressa amor e carinho,na tentativa de garantir maior segurança a essa nova vida, buscando assim, uma assistência pré-natal de qualidade que à auxilie nessa experiência em sua vida que é a maternidade (VASCONCELOS,2009).

Apesar de a gravidez ser um processo de realizações vivenciado pelas mulheres, percebe-se em certas falas sentimentos negativos. A presença

dessas impressões presumivelmente influenciam negativamente a adesão e permanência da gestante no PHPN.

Gravidez [...] indesejada [...] e muito importante (G14).

Gravidez [...] indesejada [...] ah... é isto (G 32).

Acredita-se que este discurso negativo, pode relacionar-se com diversos fatores, rejeição da mulher pelas transformações do corpo e até supervalorização da estética, falta de apoio do parceiro ou familiares, condições socioeconômicas desfavoráveis, falta de planejamento da gravidez, fantasias sobre o bebê e a maternidade, são hipóteses prováveis que podem justificar a verbalização nesse caso.

Segundo Piccinini (2008), a gravidez é um processo de realizações vivenciado pelas mulheres, porém podem ocorrer em algumas situações, relatos de insatisfações e uma grande preocupação com a estética corporal, influenciando negativamente a percepção da gestante. As transformações físicas simbolizam um fator relevante na rejeição da gravidez, frente a essa alteração da imagem corporal a mulher sente-se incomodada principalmente na presença de seus companheiros.

Para Castro (2003) o corpo configura-se como um território de construção da identidade. A preocupação com a apresentação e com o corpo vem assumindo centralidade na vida cotidiana dos indivíduos. Por meio do corpo, sua apresentação e forma, é que o indivíduo demonstra os elementos a serem culturalmente decodificados para operarem como indicadores de poder social e prestígio, algo sobre seu universo cultural.

O território pode ser entendido como relação social e como conflituosidade geografizada. Significa expressão do espaço apropriado, produzido. É constituído, em sua multidimensionalidade, por atores sociais que o redefinem constantemente em suas cotidianidades, num “campo de forças”, nas mais variadas intensidades e ritmos. O território não é apenas chão e propriedade, é relação social. “Por meio de vínculos, por criações ou invenções

humanas, através de práticas sociais, é que se produz território [...]” (HEIDRICH, 2005, p. 56).

Outro fator relevante que pode explicar a relutância da mulher em assumir o papel de mãe seria o sentimento de medo ou incapacidade para cuidar da criança e mantê-la segura e saudável. Esse conjunto de mitos e crenças permeia toda a sociedade e está presente nas interações e no modo de vida das pessoas (MOSCOVICINI, 2003).

Pode-se observar que as transformações físicas da gestação são capazes de despertar diversos sentimentos de natureza variada, mas que sempre repercutem de alguma forma na vivência da gravidez. Nesse sentido a comunicação durante atenção pré-natal torna-se um pilar, favorecendo o entendimento da gestante sobre a compreensão desse momento complexo que é a gravidez, uma assistência de qualidade é essencial para empoderar a gestante para vivenciar esse momento com mais tranquilidade.

A gravidez é um período de reorganização e estruturação da identidade, relações, formação de sentimento de pertencimento e apropriação de sua nova etapa de vida ao sair da condição de filha e assumir o papel de mãe (PICCININI et al., 2008). A relação de identidade e pertencimento ao território desenvolvido pelas gestantes ao se reterritorializarem na condição de futuras mães explica-se pelo significado simbólico de referência e de identidade que o território adquire representando a possibilidade de continuidade da vida. Existem diversas abordagens sobre o entendimento do conceito de território. Refere-se tanto ao poder no sentido de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico (HAESBAERT, 2007).

Os valores simbólicos presentes no território que geram as relações de identidade e pertencimento e, conseqüentemente, ações que demonstram esse sentimento de pertencer, reforçam que “o poder do laço territorial revela que o espaço está investido de valores não apenas materiais, mas também éticos, espirituais, simbólicos e afetivos. É assim que o território cultural precede o

território político e com ainda mais razão precede o espaço econômico” (BONNEMAISON; CAMBRÉZY, 1996, p. 10).

Quando se trabalha com abordagem território, deve-se levar em consideração a sociedade e sua espacialização, e ainda, o espaço do imaginário, daquilo que é sonhado, do sentimento que leva à identificação com o território. O território deve ser analisado como um espaço de identidade, de identificação, sendo que sua base é o sentimento, pouco importando a forma espacial, uma vez que esta pode ser variável. Somente através do conhecimento do espaço vivido e das relações de identidade é possível compreender a territorialidade da comunidade e seu pertencimento ao lugar, bem como a sua forma de reprodução social e de uso do espaço (MEDEIROS, 2009).

Apesar de fazer parte da filosofia do PHPN, não foram identificadas falas em relação ao suporte familiar durante a gestação, isto é grave uma vez que a equipe deve favorecer esta prática para que a gestação seja melhor conduzida e a filosofia possa se realizar em toda a sua totalidade.

Picciniet al. (2012) pesquisando sobre as percepções e sentimentos das gestantes sobre o pré-natal verificaram o destaque que as mesmas apontam em relação á família, no sentido de transmitir informações, conselhos e apoio em momentos de instabilidade emocional, o que também foi destacado por Landerdahl (2007) que afirmou que essa assistência por se tratar de procedimentos básicos realizados com a mulher é um período onde ocorre a interação entre os profissionais, gestante e familiares que acompanham o atendimento, favorecendo a adesão e o vínculo com os serviços de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo permitiu conhecer a representação social das gestantes pesquisadas no município de Governador Valadares quanto à assistência pré-natal, além de proporcionar a oportunidade de análise dos indicadores do PHPN no município, em relação ao cumprimento das metas preconizadas pelo programa.

Quanto ao perfil sócio-econômico das gestantes entrevistadas, verificou-se que possuem uma média de idade de 25 anos, com união estável e segundo grau completo, são trabalhadoras autônomas com uma renda mínima de um salário mínimo.

Em relação às situações sócio-econômicas e à assistência pré-natal, pode-se afirmar que as gestantes entrevistadas são mulheres jovens e estão fora da faixa de risco estipulada para um acompanhamento mais criterioso, além de possuírem um companheiro que pode fornecer apoio emocional e incentivar a presença mais frequente às consultas. Possuem um certo grau de instrução o que às possibilita compreender as orientações repassadas durante os atendimentos e favorecer a busca mais precoce em caso de intercorrências. Todos esses fatores favorecem à maior adesão ao pré-natal e um acompanhamento mais regular, promovendo um período gestacional livre de riscos.

Com a análise qualitativa foi possível compreender a importância da assistência pré-natal para essas mulheres e os sentidos atribuídos em relação a esses cuidados. Os resultados indicam que as gestantes possuem uma percepção positiva frente à assistência prestada pelos profissionais. Demonstra também uma visão fragmentada dessas mulheres, pois associam assistência pré-natal à procedimentos e consultas, valorizando cada vez mais as intervenções que as ações de promoção à saúde.

Apesar das consultas e procedimentos serem importantes para uma boa evolução gestacional e realização de diagnósticos de complicações precoces, permitindo tratamentos e intervenções para assegurar a saúde da mãe e bebê, as ações educativas são práticas que irão complementar esse modelo tradicional, por proporcionar as gestantes a oportunidade de expressar seus sentimentos, territorialidades e sair da posição passiva para uma participação ativa onde há troca de saberes, conhecimentos e adequação dos cuidados para realidade de cada mulher.

A análise quantitativa possibilitou avaliar os indicadores do PHPN e analisar o cumprimento das metas estabelecidas no município pesquisado. Verificou-se que as gestantes iniciaram as consultas precoce e realizaram o mínimo estipulado de 6 consultas como é estabelecido. Quanto aos exames laboratoriais essenciais não atingiram a meta preconizada na realização do hemograma, HIV, sífilis e urina rotina. Uma hipótese para tal situação, se deve à falta de compreensão das mulheres quando perguntadas sobre o tipo de exame realizado.

Essa análise também possibilitou avaliar a situação vacinal das entrevistadas, as que não receberam a imunização já estavam com esquema vacinal completo, confirmando a importância dada por essas mulheres à busca pela vacinação como método preventivo que assegura a gestante e o bebê livre do tétano neonatal. Em relação às ações educativas, a maior parte das gestantes afirmaram não ter participado de nenhuma ação de educação em saúde, mesmo nos momentos de espera e intervalo entre as consultas não foram ofertadas nenhuma atividade de grupo segundo relato das gestantes.

Espera-se que além de procedimentos que são ofertados através das consultas, sejam realizadas atividades educativas com intuito de promover essas mulheres para realização dos primeiros cuidados com o bebê, essa atitude além de empoderá-las para enfrentamento de todas as mudanças no período gestacional tende a proporcionar maior autonomia a essas mulheres.

7.1 LIMITAÇÕES E PERSPECTIVAS DO ESTUDO

Apesar das gestantes se mostrarem receptivas e participarem da pesquisa, observou-se certa dificuldade no entendimento das gestantes quanto aos exames que foram realizados no decorrer do acompanhamento pré-natal, fato esse observado através dos relatos frente às perguntas específicas realizadas. Outro fator relevante é por se tratar de uma amostra relativamente pequena impede as generalizações, e as percepções e conclusões ficam restritas à esse grupo. Isso acontece pois um critério de inclusão da amostra foi que as gestantes estivessem com idade gestacional acima de 30 semanas, entendendo que a partir desse período é possível avaliar melhor o acompanhamento dessas mulheres ao pré-natal. Sabe-se que o número de gestantes acompanhadas nas unidades de saúde é flutuante o que dificulta estabelecer um número fixo para amostragem.

Diante disto, espera-se que os resultados desse estudo proporcionem discussões e reflexões entre os profissionais e gestores da saúde, para que assistência pré-natal seja realizada de maneira mais qualificada e humanizada com atitudes que sejam acolhedoras, promovendo o bem-estar da mulher, contribuindo para que os laços afetivos entre profissionais e usuárias dos serviços de saúde se estreitem cada vez mais.

Espera-se que com a efetivação do cumprimento de todas metas propostas pelo PHPN possa superar as lacunas que limitam os cuidados à gestante, favorecendo ações de promoção e prevenção da saúde, possibilitando às gestantes um cuidado mais individualizado onde sejam levados em considerações todas suas territorialidades e o território onde estão inseridas.

REFERÊNCIAS

AFONSO, Jocasta Alves; AFONSO, Kátia Kellem Alves; JONES, Kimberly Marie. Percepção das gestantes frente ao pré-natal prestado pelo enfermeiro. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, vol. 2, n. 1, p. 22-26, 2015.

AMARAL, Marta Araújo et al. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. 2013.

ANDREUCCI, Carla Betina et al. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cadernos de saúde pública**, 2011.

ABRÃO, J. A. A. Concepções de Espaço Geográfico e Território. **Soc. Território**, Natal, v. 22, n. 1, pp. 46-64, jan./jun. 2010.

ALLEYNE, G. A. et al. Overview of social inequalities in health in the Region of the Americas, using various methodological approaches. **Rev. Panam. Salud Pública**, Washington, v. 12, n. 6, pp. 388-397, dec. 2002.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 1, p. 98-104, feb. 2009.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

ARRUDA, Â. Teoria das Representações Sociais e Teorias de Gênero. **Cad. pesquisa**, Rio de Janeiro, n. 117, pp. 127-147, nov. 2002.

BARCELLOS, C. C. et al. organização espacial, saúde e qualidade de vida: análise espacial e uso de indicadores na avaliação de situações de saúde. **Inf. Epidem. SUS**, Brasília, v. 11, n. 3, pp. 129-138, jul./set. 2002.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. São Paulo: Edições 70, 2011, 229 p

BARRETO, M. O. **O parto na maternidade vinculada**: um direito ainda não alcançado na região nordeste. 2013. 66 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BITTENCOURT, R. A. A.; MATEUS, M. L. F. Possibilidades de atuação do psicólogo no programa saúde da família: a experiência de Bonito-MS. **Psic. Ciên. Profissão**, Brasília, v.26, n.2, p.328-343, jun. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: Uma Estratégia para a Reorientação do modelo assistencial**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN)**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à Mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Guia Prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde da Família**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2001b.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: cartilha de informações para Gestores e Técnicos**. Brasília: Secretaria de assistência á saúde; 2002.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde - CONASS, 2003. 604 p.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde **da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). **Censo 2010**. Brasília: Ministério de Planejamento, Orçamento e Gestão, 2010b. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>> Acesso em: 22 jan. 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco: caderno de atenção básica nº 32**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Acolhimento à demanda espontânea**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BONNEMAISON, Joel. Espace géographique et identité culturelle en Vanuatu (exNouvelles-Hébrides). **Journal de la Société des océanistes**, 1980, 36(68), pp. 181-188. (tradução)

_____. Joel. e CAMBREZY, L. Le lien territorial : entre frontières et identités. *Géographies et Cultures (Le Territoire)* n. 20 (inverno). Paris, L' Harmattan-CNRS, 1996.

BOSI, M. L. M.; MERCADO, F. J. (Org.). Avaliação qualitativa de programas de saúde: enfoques emergentes. Petrópolis: **Vozes**, 2006.

CLAVAL, Paul; PIMENTA, Luiz Fugazzola; PIMENTA, Margareth de Castro Afeche. **A geografia cultural**. Buenos Aires: Eudeba, 1999.

CARTA DE OTTAWA. **Primeira Conferência Internacional Sobre Promoção da Saúde**. Ottawa, 1986. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2016.

CALDERON, Iracema de Mattos Paranhos; CECATTI, José Guilherme; VEGA, Carlos Eduardo Pereira. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 28, n. 5, p. 310-5, 2006.

CARVALHO, Valéria Conceição Passos de; ARAÚJO, Thália Velho Barreto de. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife, Estado de Pernambuco. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.

CARVALHO, D. S.; NOVAES, H. M. D. Avaliação da implantação de um programa de atenção pré-natal no município de Curitiba Paraná Brasil: estudo em coorte de primigesta. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, supl. 2, p. 220-230, 2004.

CASTRO, A. Culto ao corpo e sociedade: mídia, estilo de vida e cultura de consumo. São Paulo: **Ed. Annablume**, 2º edição. 2003.

COSTA, G. D. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, pp. 1347-1357, oct. 2009.

COSTA, Christina Souto Cavalcante et al. Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde. **Reveletrenf** [Internet], v. 15, n. 2, p. 516-22, 2013.

COUTINHO, T. et al. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. **RBGO**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 10, pp. 717-24, ago. 2003.

CUNHA, Ana Cristina Barros da; SANTOS, Carmelita; GONÇALVES, Raquel Menezes. Concepções sobre maternidade, parto e amamentação em grupo de gestantes. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 64, n. 1, p. 139-155, 2012.

CUNHA, Margarida de Aquino. et al. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.** Ribeirão Preto, v. 13, n. 1, pp. 145-153, out. 2009.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. **Estratégia Saúde da Família**: reflexão sobre algumas de suas premissas. *In*: Anais do Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital. V Jornada Internacional de Políticas Públicas. São Luís, 23 a 26 de agosto de 2011.

DE PAULA, Fernanda Cristina. Sobre a dimensão vivida do território: tendências e a contribuição da fenomenologia. **GeoTextos**, v. 7, n. 1, 2011.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 425-437, mar. 2012.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; DE ANDRADE, Sônia Maria Oliveira. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde e Sociedade**, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.

FERREIRA, Sônia Maria Isabel Lopes; DE SOUZA PENTEADO, Maridalva; DA SILVA JÚNIOR, Milton Ferreira. Território e territorialidade no contexto hospitalar: uma abordagem interdisciplinar. **Saúde e Sociedade**, v. 22, n. 3, p. 804-814, 2013.

FLICK, Uwe. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. Vol. 2. Porto Alegre: Bookman, 2004.

FRANCO M. L. P. B. **Análise do Conteúdo**. Série Pesquisa. 2. ed. Brasília: Liber Livro, 2007.

GIOVANELLA, L.; ESCOREL, S.; MENDONÇA, M. H. M. (Orgs.). **Estudo de Caso Sobre Implementação da Estratégia Saúde da Família em Quatro Grandes Centros Urbanos**: relatório final Florianópolis. Brasília: MS/Fiocruz/ENSP, 2009.

GUERREIRO, Eryjosy Marculino et al. Representações sociais de puérperas sobre o atendimento pré-natal na atenção primária de saúde. **Rev. Rene**, Fortaleza, vol. 14, n. 5, pp. 951-9, ago. 2013.

_____, Eryjoso Marculino et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 315-323, 2012.

GONÇALVES, R. L. **Práticas de integralidade**: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante. 2009. 88 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ), Recife, 2009.

GREENACRE, M., HASTIE, T., 1984, "Theory and Applications of Correspondence Analysis", **Journal of the American Statistical Association**, 82, 437-447.

HAESBAERT, R. Des-territorialização e identidade: a rede "gaúcha" no Nordeste. Niterói: **EdUFF**, 1997.

_____, R.; LIMONAD, E. O território em tempos de globalização. **Rev. Eletr. Ciên. Soc. Aplic.**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, pp. 39-52, ago. 2007.

_____, R. Des-caminhos e perspectivas do território. In: RIBAS, A. D.; SPÓSITO, E. S.; SAQUET, M. A. **Território e desenvolvimento: diferentes abordagens**. Francisco Beltrão: UNOESTE, 2004.

HALPERN, Ricardo et al. Prenatal care in Pelotas, Rio Grande do Sul, Brazil, 1993. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 14, n. 3, p. 487-492, 1998.

HANDELL, I. B. S.; CRUZ, M. M.; SANTOS, M. A. Avaliação da assistência pré-natal em unidades selecionadas de Saúde da Família de município do Centro-Oeste brasileiro, 2008-2009. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 23, n. 1, pp. 101-110, mar. 2014.

HEIDRICH, Álvaro L. Território, Integração Socioespacial, Região, Fragmentação e Exclusão Social. In: SPOSITO, E., SAQUET, M., RIBAS, A. Território e desenvolvimento: diferentes abordagens. Francisco Beltrão: UNOESTE, 2005. p. 37-65.

HERZLICH, Claudine. "A problemática da representação social e sua utilidade no campo da doença." **Physis** 1.2 (1991): 23-36, 2005.

JODELET, D. Representações sociais: um domínio em expansão. In: Jodelet, D. (Org.). **As Representações sociais**. Rio de Janeiro: EDUERJ, 2002, p. 17-44.

KELL, M. C. G.; SHIMIZU, H. E. Existe trabalho em equipe no Programa Saúde da Família? **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 1, p. 1533-1541, jun. 2010.

LANDERDAHL, Maria Celeste et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc Anna Nery**, v. 11, n. 1, p. 105-111, 2007.

LAVRAS, C. Atenção Primária à Saúde e a Organização de Redes Regionais de Atenção à Saúde no Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 20, n. 4, pp. 867-874, mai. 2011.

LUZ, Anna Maria Hecker; BERNI, Neiva Iolanda de Oliveira; SELLI, Lucilda. Mitos e tabus da maternidade: um enfoque sobre o processo saúde-doença. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 60, n. 1, p. 42-48, 2007.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1997.

MARCONI, M. A; LAKATOS, E. M. **Fundamento de metodologia científica**. 5 ed. São Paulo: Atlas, 2007.

MARIN, A. H. et al. Expectativas e sentimentos de mães solteiras sobre a experiência do parto. **Aletheia**, Rio de Janeiro, 2009. pp. 57-72.

MARKLE, W. H.; FISHER, M. A.; SMEGO JUNIOR, R. A. **Compreendendo a Saúde Global**. 2. ed. São Paulo: Artmed, 2015.

MATTA, G. C.; MOROSINI, M. V. G. **Atenção Primária à Saúde**. In: Dicionário da Educação Profissional em Saúde. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em: <<http://www.sites.epsjv.fiocruz.br/dicionario/verbetes/ateprisau.html>>. Acesso em: 22 mar. 2016.

MEDEIROS, Rosa Maria Vieira. Território, espaço de identidade. In: SAQUET, Marcos Aurélio; SPOSITO, Eliseu Savério (orgs.). **Territórios e territorialidades: teorias, processos e conflitos**. São Paulo: **Expressão Popular**: UNESP, 2009.

MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 23. ed. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde**. 11ª edição. São Paulo: Hucitec/ Rio de Janeiro: Abrasco. 2008.

MERHY, E. E. Saúde: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo: **Hucitec**, 2002.

MONKEN, Maurício et al. O território na saúde: construindo referências para análises em saúde e ambiente. Miranda AC, Barcellos C, Moreira JC, Monken M, organizadores. **Território, Ambiente e Saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 23-41, 2008.. Disponível em: <<http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/ArtCient/21.pdf>>. Acesso em: 30 jul. 2016.

_____, Maurício; BARCELLOS, Christovam. Vigilância em saúde e território utilizado: possibilidades teóricas e metodológicas Health surveillance and territory: theoretical and methodological possibilities. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, n. 3, p. 898-906, 2005.

_____, Maurício.; BARCELLOS, C. **O Território na Promoção e Vigilância em Saúde**. In: FONSECA, A. F.; CORBO, A. M. D. O território e o processo saúde-doença. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

MOSCOVICI, Serge. Representações sociais. Investigações em psicologia social. Petrópolis: **Editora Vozes**. ISBN 85-326-2896-6, 2003.

NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; PAIVA, Mirian Santos; RODRIGUES, Quessia Paz. Avaliação da cobertura e indicadores do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no município de Salvador, Bahia, Brasil. 2007.

PEREIRA, M. P.; BARCELLOS, C. O território no programa de saúde da família. **HYGEIA**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 2, pp. 47-55, jun. 2006.

PICCININI, C. A. et al. Gestação e a constituição da maternidade. **Psicol.estud.** Maringá, v. 13, n. 1, pp. 63-72. Jan./mar. 2008.

_____, C. A. et al. Percepções e sentimentos de gestantes sobre o pré-natal. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 28, n. 1, pp. 27-33, jan./mar. 2012.

PEREIRA, J. C. R. Análise de dados quantitativos: estratégias metodológicas para as ciências da saúde, humanas e sociais. 2ª edição. São Paulo, **Editora da Universidade de São Paulo**, 1999.

PINHEIRO, M. E. A primeira entrevista em psicoterapia. **Revista IGT na Rede**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 7, p. 136-157, 2007.

POHLMANN, Flávia Conceição et al. Modelo de assistência pré-natal no extremo sul do país. **Rev Texto Contexto Enferm.** v. 25, n. 1:p. 1-8, 2016

RIBEIRO, F. A. **Atenção Primária a Saúde (APS) e sistema de saúde no Brasil: perspectiva histórica.** 2007. 308 f. Tese (Doutorado em Ciências). Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

RIOS, Claudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. *Centro*, v. 65020, p. 660, 2007.

ROCHA, B. S. et al. Enfermeiros coordenadores de equipe do Programa Saúde da Família: perfil profissional. **Rev. Enf. UERJ**, Rio de Janeiro, v.17, n. 2, pp. 229-233, abr./jun. 2009.

RODRIGUES, A. F. M. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no município de Colatina-ES sob a perspectiva de gestores, profissionais e usuárias da estratégia de saúde família.** 2013. 153 f. Dissertação (Mestrado em Gestão Integrada do Território). Faculdade de Ciências Humanas e Sociais, Universidade Vale do Rio Doce, Governador Valadares, 2013.

RODRIGUES, Letícia Alves. Avaliação do processo de investigação e análise de óbitos maternos, fetais e infantis em uma região de saúde de Minas Gerais, Brasil. 2016.

ROSA, W. A. G.; LABATE, R. C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.13, n.6, pp.1027-1034, nov./dez. 2005.

SAMPIERI, R. H., COLLADO, C. F.; LUCIO, P. B. **Metodologia de Pesquisa**. 3. ed. São Paulo: Editora MC GRAW-HILL, 2006.

SANTOS, Milton,; SILVEIRA, Maria Laura. **O Brasil: Território e Sociedade no Início do Século XXI**. Rio de Janeiro: Record, 2001.

SANTOS, Alexandre André. Lugar e território. O sistema de saúde brasileiro, a geografia ea promoção da saúde. **Revista Geográfica Venezuelana**, v. 50, p. 1, 2009.

SANTOS, T. C. S. et al. Avaliação da assistência pré-natal: opinião das gestantes. **C&D-Revista Eletrônica daFainor**, Vitória da Conquista, v. 5, n. 1, pp. 141-148, jan./dez. 2012.

SANTOS, Aliny de Lima; RADOVANOVIC, Cremilde Aparecida Trindade; MARCON, Sonia Silva. Assistência pré-natal: satisfação e expectativas.**Rev. Rene**, v. 11, n. esp, p. 61-71, 2010.

SANTOS, Alexandre Lima; RIGOTTO, Raquel Maria. Território e territorialização: incorporando as relações produção, trabalho, ambiente e saúde na atenção básica à saúde. **Trab. educ. saúde**, v. 8, n. 3, 2011.

SARTORI, GrazielleStrada; VAN DER SAND, Isabel Cristina Pacheco. Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 2, 2006.

SERAPIONI, M. Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: algumas estratégias para interação. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, pp. 187-192, out. 2000.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, pp. 1281-1289, out. 2004.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-392, jun. 2009.

SCHOEPS, Daniela et al. Fatores de risco para mortalidade neonatal precoce. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 6, p. 1013-1022, 2007.

SILVEIRA, Denise Silva da; SANTOS, Iná Silva dos; COSTA, Juvenal Soares Dias da. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2001.

SOARES, Vânia Muniz Néqueret al. Causas de mortalidade materna segundo níveis de complexidade hospitalar. **Rev. bras. ginecol. obstet**, v. 34, n. 12, p. 536-543, 2012.

SPINK, M. J. P. O conceito de representação social na abordagem psicossocial. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, pp. 300-308, jul./sep., 1993.

STARFIELD, Barbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. **Unesco; Ministério da Saúde**, 2002.

TANAKA, Oswaldo Yoshimiet al. Avaliação da atenção básica em saúde: uma nova proposta. **Saúde e sociedade**, v. 20, n. 4, p. 927-934, 2011.

TORRES-FERNANDES, M. C. **Ministério Público de São Paulo**: Eficácia da função institucional de zelar pelo direito a saúde. 1999. 147 f. Dissertação (Mestrado Direito). Faculdade de Direito, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1999.

TRALDI, M.C. Avaliação do pré-natal de gestantes da região de Jundiaí-SP, BRASIL: índice de Kotelchuck. **Rev. Saúde**, v.8, n. 1/2, p. 22-29, 2014

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Habilidades e competências entre trabalhadores da Estratégia Saúde da Família. **Interf. – Comun., Saúde, Educação**, São Paulo, v.16, n.40, p.149-60, jan./mar. 2012.

VASCONCELOS, Léa Dias Pimentel Gomes et al. representações sociais das mulheres grávidas sobre o cuidado pré-natal. Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza-Ceará.2009.

XAVIER, RozaniaBicegoet al. Risco reprodutivo e renda familiar: análise do perfil de gestantes. 2013.

ZAMPIERI, M. F. M. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências, 2006. 454 f. Tese (Doutorado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

ANEXO

ANEXO A – Parecer Comitê de Ética

UNIVERSIDADE VALE DO RIO
DOCE/ FUNDAÇÃO PERCIVAL
FARQUHAR- FPF



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CONTRIBUIÇÃO DE GESTORES, PROFISSIONAIS DE SAÚDE, GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS NO PROCESSO DE ADESÃO E ATENDIMENTO AOS PRINCÍPIOS/ NORMAS PREVISTAS PELO PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO (PHPN) NO MUNICÍPIO DE GOVERNADOR VALADARES

Pesquisador: Suely Maria Rodrigues

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 20618313.0.0000.5157

Instituição Proponente: Fundação Percival Farquhar/ FPF

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 441.089

Data da Relatoria: 14/10/2013

Apresentação do Projeto:

Parecer satisfatório.

Objetivo da Pesquisa:

Parecer satisfatório.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Parecer satisfatório.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é significativa e justificável. O pesquisador apresentou, de forma clara, a metodologia que será desenvolvida tomando o devido cuidado na abordagem com o sujeito da pesquisa.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatória foram apresentados no projeto.

Recomendações:

Não há nenhuma recomendação a ser feita.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há nenhuma pendência e ou lista de inadequação.

Endereço: Rua Israel Pinheiro 2000 - Bl F1 - Sala 02
Bairro: Universitário **CEP:** 35.020-220
UF: MG **Município:** GOVERNADOR VALADARES
Telefone: (11)1111-1111 **Fax:** (33)3279-5543 **E-mail:** cep@univale.br

APÊNDICES

Apêndice A - Termo de solicitação de autorização da instituição para realização de pesquisa na instituição e acesso e uso aos dados documentais

Para: Secretário Municipal de Saúde de Governador Valadares/MG – Renato Fraga

Assunto: SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DE PESQUISA NAS ESTRATÉGIAS DE SAÚDE DA FAMÍLIA E ACESSO AOS DADOS DOCUMENTAIS

Prezado (a) Senhor (a),

Solicitamos autorização para realização de pesquisa na Estratégia de Saúde da Família de Governador Valadares – MG, referente a projeto de pesquisa para dissertação de Mestrado em Gestão Integrada do Território da UNIVALE, a ser realizado pela mestranda Marcela Otoni da Silva Pereira, sob orientação da prof^aDr^a Suely Maria Rodrigues, com o título: “Contribuição De Gestores, Profissionais De Saúde, Gestantes E Suas Famílias No Processo De Adesão E Atendimento Aos Princípios/ Normas Previstas Pelo Programa De Humanização Do Pré-Natal E Nascimento (Phpn) No Município De Governador Valadares”.

O estudo será desenvolvido, após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Vale do Rio Doce. O objetivo geral do projeto é conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares. Será objeto deste estudo os profissionais de saúde (médico e enfermeiro) e agentes comunitários que realizam suas atividades laborais na Estratégia de Saúde da Família desse município, além das gestantes atendidas pelo PHPN.

O período estimado para o levantamento de dados dos participantes é de 12 meses. Declaramos que será mantido estrito respeito ao código de ética, sendo resguardado o sigilo e não identificação de pacientes/usuários do serviço ou outros dados que comprometam o anonimato das pessoas. Declaramos que a pesquisa está sendo desenvolvida de acordo com princípios éticos conforme resolução 196/96.

Acreditamos que com este trabalho, teremos um melhor conhecimento do conceito de território e territorialização, bem como a influência desses no planejamento das ações de saúde. O estudo justifica-se à medida que proporciona uma reflexão sobre as questões socioeconômicas, de saúde da população e do desenvolvimento da sociedade.

O presente projeto não apresenta riscos para os participantes da pesquisa. Os procedimentos realizados possivelmente não interferirão na rotina de funcionamento das atividades da Estratégia de Saúde da Família. Os resultados serão divulgados na dissertação de mestrado em Gestão Integrada do Território da pesquisadora responsável e através da publicação de artigo científico em revista especializada.

Governador Valadares, outubro de 2013

Suely Maria Rodrigues
Pesquisadora Responsável

Apêndice B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) para Gestantes

<p>UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOCE</p> <p>Faculdade de Ciências Humanas e Sociais</p> <p>Mestrado em Gestão Integrada do Território</p>
<p>TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</p>

1 – Identificação do Responsável pela execução da pesquisa:

<p>Título:</p> <p>Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares.</p>
<p>Natureza do Projeto:</p> <p>Pesquisa</p> <p>Linha de Pesquisa:</p> <p>Território, Sociedade e Saúde (MGIT)</p> <p>Prevenção, promoção e acesso aos serviços de saúde (SAIS)</p>
<p>Pesquisador Responsável:</p> <p>Suely Maria Rodrigues</p>
<p>Nome da Mestranda Participante:</p> <p>Marcela Otoni da Silva Pereira</p>
<p>Contato com pesquisador responsável:</p> <p>Campus Antônio Rodrigues Coelho</p> <p>Rua Israel Pinheiro, 2000 - Bairro Universitário - CEP: 35020-220</p> <p>Cx. Postal 295 - Governador Valadares/MG</p> <p>Telefone(s): (33)3279-5567 / (33)3279-5917 / (33)8805-1996</p>
<p>Comitê de Ética em Pesquisa</p> <p>Rua Israel Pinheiro, 2000 – Campus Universitário – Tel.: 3279 5575</p>

2 – Informações ao participante ou responsável:

1) Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada: Contribuição de gestores, profissionais de saúde, gestantes e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios/normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares, na área de Ciências Humanas.

2) A pesquisa terá como objetivo de conhecer a contribuição de gestores, profissionais de saúde, usuárias e suas famílias no processo de adesão e atendimento aos princípios e normas previstas pelo Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) no município de Governador Valadares

3) As clientes (gestantes e puérperas) participarão de duas entrevistas e um Inventário psicológico sendo a primeira entrevista e o inventário, realizados a partir da 30ª semana de Gestação, e a segunda entrevista após o parto, mais especificamente entre o 15º e 42º dia de puerpério (período após o nascimento).

4) Antes de aceitar participar da pesquisa, leia atentamente as explicações que informam sobre o procedimento: 3.1) O entrevistador lhe fará algumas perguntas. Ao respondê-las, é muito importante que suas respostas sejam sinceras. Caso alguma pergunta lhe provoque constrangimento, você não precisará responder. Peça ao entrevistador para passar para a próxima pergunta. Durante a entrevista, o entrevistador registrará eletronicamente por meio de um gravador de voz digital suas contribuições. Ao final, você poderá verificar se os registros estão de acordo com suas respostas, bem como se foi feita qualquer registro que possa identificá-lo (a). Você tem o direito de recusar-se a participar da pesquisa em qualquer momento durante a entrevista, podendo até mesmo, solicitar que seja deletado o registro feito até o momento. 3.2) Sua participação será apenas de fornecer as respostas às perguntas. O tempo previsto para a entrevista é de cinquenta minutos.

5) Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou poderá abandonar o procedimento em qualquer momento, sem nenhuma penalização ou prejuízo.

6) A sua participação na pesquisa será como voluntário, não recebendo nenhum privilégio, seja ele de caráter financeiro ou de qualquer natureza. Entretanto, lhe serão garantidos todos os cuidados necessários a sua participação de acordo com seus direitos individuais e respeito ao seu bem-estar físico e psicológico.

7) A sua participação poderá envolver os seguintes riscos ou desconfortos: insegurança quanto à melhor resposta a ser fornecida; conflitos entre o que pensa e o que imagina que deve ser respondido; desconforto por ser perguntado sobre assuntos que podem lhe gerar certo desconforto ou constrangimento; temor de que possa no futuro ser identificado como fornecedor de algum dado desconcertante levantado nessa investigação.

8) Preveem-se como benefícios da realização dessa pesquisa o conhecimento das famílias e das representações sociais em torno da qualidade da assistência pré natal, tem-se como expectativa que os resultados alcançados possam indicar estratégias para fortalecer a mobilização em prol do desenvolvimento das atividades do PHPN no Município e a conseqüente melhoria da qualidade desta assistência.

9) Serão garantidos o anonimato e privacidade aos participantes, assegurando-lhes o direito de omissão de sua identificação ou de dados que possam comprometê-lo. Na apresentação dos resultados não serão citados os nomes dos participantes.

10) Os resultados obtidos com a pesquisa serão apresentados em eventos ou publicações científicas por meio de resumos, artigos e Dissertação de Mestrado.

Confirmando ter sido informado e esclarecido sobre o conteúdo deste termo. A minha assinatura abaixo indica que concordo em participar desta pesquisa e por isso dou meu livre consentimento.

_____, _____ de _____ de _____.
Nome do participante: _____

Assinatura do participante: _____

Assinatura do pesquisador responsável: _____