

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS

ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANA CAROLINE ANDRADE

**Nascer em Belo Horizonte: percepção das puérperas sobre as
informações obtidas durante a assistência pré-natal**

BELO HORIZONTE

2016

RESUMO

Introdução: A assistência ao pré-natal é um importante componente da atenção a saúde das mulheres que objetiva acompanhar a evolução da gestação, identificar e intervir nas situações de risco, como também desenvolver ações educativas.

Objetivo: avaliar assistência pré-natal, com ênfase nas informações sobre o parto e nascimento ofertadas às gestantes.

Método: Estudo transversal de base hospitalar que utilizou o banco de dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento” realizada em 11 maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, no período de novembro de 2011 a março de 2012. O desfecho principal do estudo foi a informação no pré-natal, sobre sinais de risco na gravidez, local de referência para o parto, sinais de trabalho de parto, métodos para facilitar o trabalho de parto e nascimento e amamentação na primeira hora de vida do recém-nascido.

Resultados: Cerca de 80% das gestantes iniciaram o pré-natal no 1º trimestre e realizaram 7 ou mais consultas. Quase 90,0% das consultas foram realizadas pelo médico e a maior parte no serviço público. As informações sobre o local de referência para o parto e os sinais de risco na gravidez para procura da maternidade foram as mais difundidas para as gestantes (70,0%). Mais da metade (60,0%) das puérperas relataram terem sido informadas sobre a amamentação na primeira hora de vida do recém nascido, 55,0% sobre os sinais de início do trabalho de parto e 46,2% afirmaram ter sido informadas sobre métodos que podem facilitar o nascimento do bebê. As mulheres residentes em Belo Horizonte apresentaram melhor nível de informação em relação às residentes em outros municípios.

Considerações finais: O acesso ao pré-natal foi garantido às gestantes estudadas, porém foram insuficientes as informações sobre aspectos relevantes da gestação, especialmente para o reconhecimento de riscos, o preparo para o parto e a amamentação. Recomenda-se que os serviços de saúde na educação e promoção da saúde na atenção pré-natal.

Descritores: Assistência pré-natal; Gestante; Puérpera.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Informações recebidas pelas gestantes no pré-natal.....	10
Figura 2 - Distribuição percentual de procedência das gestantes por município.	12

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição das puérperas segundo características demográficas e sociais. Belo Horizonte, 2011 a 2013.	6
Tabela 2 - Distribuição das puérperas segundo assistência do pré-natal. Belo Horizonte, 2011 a 2013.	9
Tabela 3 - Distribuição das puérperas segundo percentual de orientações recebidas no pré-natal e município de residência. Belo Horizonte, 2011 a 2013	11

SUMÁRIO

1.INTRODUÇÃO	1
2.METODOLOGIA	4
3.RESULTADOS.....	6
4.DISSCUSSÃO.....	17
5.CONSIDERAÇÕES FINAIS	17
6.REFERÊNCIAS.....	18

1 INTRODUÇÃO

A gravidez, e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres, que envolve também suas famílias e a comunidade. Deste modo, é necessário que os mesmos estejam autoconfiantes para vivenciar este processo de maneira positiva. Para isto, é necessário o auxílio de profissionais de saúde que compartilhem o saber, atuando como educadores (RIOS e VIEIRA, 2007).

Nesta perspectiva, a assistência pré-natal é um importante componente da atenção a saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais (VIELLAS, 2014).

Assim, a assistência ao pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas, preventivas e curativas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; do estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto, do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco (BRASIL, 2001).

O acesso à assistência pré-natal obteve importantes avanços nas últimas décadas no Brasil. Atualmente, a quase totalidade das mulheres realizam alguma consulta de pré-natal e cerca de 80,0% realizam 6 ou mais consultas. Entretanto, a maior utilização dos serviços de saúde na gestação não impactaram na mesma medida na melhoria dos indicadores de saúde materna. Diante deste quadro, VICTORA (2011) afirma que o país não atingirá as metas do desenvolvimento do Milênio para a mortalidade materna, devido a excessiva medicalização dos nascimentos, traduzida pelas elevadas taxas de cesariana que em consequência gera uma elevada prevalência de nascimentos prematuros.

Embora observa-se uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, contraditoriamente mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados apontam que a qualidade dos cuidados pré-

natais pode estar comprometida (BRASIL, 2012). Estudos nacionais tem demonstrado a existência de falhas na assistência pré-natal, tais como dificuldades no acesso e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetando a qualidade e efetividade. A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nascido (VIELLAS, 2014).

Considerando o contexto da atenção obstétrica e perinatal do país, onde ainda predomina elevadas taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal, uma rede de atenção fragmentada e pouco resolutive, com um modelo inadequado de atenção, não respeitando as evidências científicas, os princípios de humanização do cuidado e os direitos da mulher e da criança, foi lançada pelo Governo Federal em 2011 o programa Rede Cegonha. O objetivo desta rede é garantir as mulheres e crianças uma assistência humanizada e de qualidade, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com segurança, dignidade e beleza. De acordo com os princípios da Rede Cegonha, o pré-natal é um importante mecanismo para o acompanhamento da gestante, cujo principal objetivo é permitir o desenvolvimento de uma gestação sem intercorrências para a saúde materna e fetal. Para que isso ocorra, Estados e Municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo-se o início do pré-natal até a 12ª semana de gestação (captação precoce); recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal; solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal; promoção da escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico; Acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário; Informação sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto" e vinculação da gestante com a maternidade de referência (BRASIL, 2011)

A Rede Cegonha preconiza que, para uma assistência efetiva do pré-natal, deve-se ainda procurar garantir, dentre outras ações, a realização de práticas educativas, abordando principalmente: o incentivo ao aleitamento materno, ao parto normal e aos

hábitos saudáveis de vida; a identificação de sinais de alarme na gravidez e o reconhecimento do trabalho de parto; os cuidados com o recém nascido; a importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; os direitos da gestante e do pai; os riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; e o uso de medicações na gestação. (BRASIL, 2011).

Tais práticas podem ser realizadas de forma individual ou coletiva, por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias, dentre outras. Sendo assim, um pré-natal de qualidade deve abordar, aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas (BRASIL, 2012). As ações educativas no pré-natal especialmente, possibilitam uma gama de conhecimentos à mulher, de forma que esta possa viver a experiência do parto e nascimento de maneira positiva, diminuindo riscos e aumentando o sucesso, inclusive na amamentação. A educação em saúde é uma das dimensões do processo de cuidar, e neste contexto tem-se a atuação do enfermeiro num momento de preparação para a maternidade e para o parto, tanto física como psicologicamente. O pré-natal é o espaço adequado para este preparo, lembrando que este também pode fortalecer a gestante como ser e cidadã (RIOS e VIEIRA, 2007).

A realização de ações educativas no decorrer de todas as etapas do ciclo gravídico-puerperal é muito importante, mas é no pré-natal que a mulher deverá ser melhor orientada para que possa viver o parto de forma positiva, ter menos riscos de complicações no puerpério e mais sucesso na amamentação (CARRARA, 2013). Ressalta-se que a educação em saúde no pré-natal é um meio pelo qual os profissionais de saúde realizem orientações e esclareçam as dúvidas da gestante e de seus familiares, contribuindo com a autonomia do cuidado (DUARTE, 2011).

Na prática de residente em enfermagem obstétrica percebi que muitas gestantes chegavam à maternidade com falta de informações sobre o processo de trabalho de parto e parto, amamentação e mesmo sobre quando deveriam procurar o serviço. Muitas demonstravam ansiedade e tensão por este desconhecimento, interferindo de forma negativa na evolução de todo o processo de parturição. Portanto, torna-se relevante saber se os serviços de pré-natal tem informado as gestantes sobre as questões relativas ao parto e nascimento. Assim este estudo é proposto com o objetivo de avaliar a assistência pré-natal, com ênfase nas informações ofertadas às gestantes.

2 METODOLOGIA

Estudo transversal de base hospitalar que utilizou o banco de dados da pesquisa “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento”. O estudo foi realizado em 11 maternidades públicas e privadas de Belo Horizonte, no período de 2011 a 2013. Os critérios de inclusão foram as puérperas hospitalizadas por motivo de parto que concordaram participar da pesquisa. Os critérios de exclusão as puérperas com distúrbios mentais graves, estrangeiras que não compreendiam bem o português e as que se recusaram a participar da pesquisa. Para este estudo específico foram excluídas as puerpéras que não fizeram pré-natal.

A coleta de dados incluiu a aplicação de um questionário às puérperas após, pelo menos, 6 horas depois do parto, a coleta de dados disponíveis no prontuário da mãe e do recém-nascido e um terceiro instrumento aplicado ao diretor da instituição para caracterização da estrutura, processos e resultados da mesma. Este estudo específico utilizou apenas os dados da entrevista com as puérperas. A partir do banco de dados original, elaborou-se um banco de dados com as variáveis de interesse.

As variáveis estudadas referem-se às:

- Características sócio-demográficas da mulher: Idade; raça/cor; paridade; escolaridade; classe social.
- Características da assistência pré-natal: Realização (sim/não); início do pré-natal (semanas); número de consultas; local do pré-natal (público/privado); tipo de pré-natal (risco habitual ou de alto risco); profissional responsável pelas consultas de pré-natal.
- Informações no pré-natal: sinais de risco na gravidez que deveriam levá-las a procurar a maternidade; local de referência para o parto; sinais de início do trabalho de parto, métodos utilizados para facilitar o nascimento do bebê e sobre a amamentação na 1ª hora de vida do recém nascido.

A análise dos dados foi realizada por meio de estatística descritiva pelo cálculo da frequência e percentual. Foi realizada análise bivariada para comparar a informação recebida na assistência pré-natal em relação ao município de residência, utilizando-se o teste qui quadrado de Pearson. Foi considerado nos testes de hipóteses bilaterais o nível de significância de 5%. Os dados obtidos foram analisados com auxílio do *Software Statistical Package for the Social Sciences for Windows Student Version* (SPSS), versão 18.0.

O projeto “Nascer em Belo Horizonte: Inquérito sobre Parto e Nascimento” foi aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) protocolo CAAE – 0246.0.203.000-11, autorizado pelos dirigentes de todas as maternidades participantes e consentido por todas as puérperas. O estudo em questão foi autorizado pelos coordenadores da pesquisa original.

3 RESULTADOS

Foi elegível para o estudo um total de 1.088 puérperas, destes, oito casos de não realização do pré-natal, que não fizeram parte deste estudo, o que representou 0,73% da amostra total.

A idade das gestantes variou de 14 a 55 anos, sendo a idade média de 28 anos. Predominaram as mulheres da raça/cor parda, com companheiro, ensino médio, da classe econômica C e procedentes de Belo Horizonte. Pouco mais da metade das mulheres possuíam um trabalho com renda e dentre essas, cerca de 80,0% tinha carteira assinada ou é servidora pública.

Tabela 1 - Distribuição das puérperas segundo características demográficas e sociais. Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Variáveis	N	%
Idade		

Até 19	124	11,5
20 a 34	774	71,7
35 e mais	182	16,9
Raça/cor		
Branca	283	26,2
Preta	89	8,2
Parda/morena/mulata	674	62,4
Amarela/oriental	34	3,1
Estado civil		
Casada/união estável	791	73,2
Solteira/separada	289	26,8
Escolaridade		
Nenhuma	3	0,3
Ensino Fundamental (1º grau)	305	28,2
Ensino Médio (2º grau)	584	54,1
Ensino Superior (3º grau)	187	17,3
Trabalho com renda		
Não	498	46,1
Sim	582	53,9
Chefe da família		
A própria mulher	157	14,9
Companheiro	726	66,4
Pais e familiares	197	18,7
Categoria de classe econômica		
A ou B	316	29,3
C	631	58,4
D ou E	133	12,3
Procedência		
Belo Horizonte	659	61,0
Outra cidade	421	39,0

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em BH: inquérito sobre parto e nascimento.

3.1 Características da assistência pré-natal:

A maioria das mulheres relataram que sentiram-se satisfeitas com o diagnóstico da gestação, iniciaram as consultas de pré-natal com até 12 semanas, já tinham filho (s), com gestação única e sem intercorrências clínicas, obstétricas ou antecedentes

personais de risco. Cerca de 27,9% foi considerada gestante de alto risco, sendo que destas, a maioria (87,1%) foi atendida no serviço de pré-natal de alto risco sem dificuldades. Em relação ao tipo de serviço onde foi realizado o pré-natal, 58,7% realizou as consultas pelo SUS. Mais de 75% das mulheres realizaram sete consultas ou mais de pré-natal. O profissional médico foi quem atendeu a maioria das consultas realizadas (87,3%) e em 12,5% dos casos o enfermeiro. O pré-natal foi realizado a maior parte do tempo pelo mesmo profissional em cerca de 44% dos casos, e pelo mesmo profissional em todas as consultas em 43,5% dos casos (TAB. 2).

Tabela 2 - Distribuição das puérperas segundo assistência do pré-natal. Belo Horizonte, 2011 a 2013.

Características	N	%
Início do pré-natal (semanas)		
Até 12	854	82,5
13 a 24	164	15,8
25 e mais	18	1,7
Recebeu Cartão de Pré-Natal		
Sim	1067	98,8
Não	13	1,2
Tipo de serviço onde realizou o pré-natal		
Público	634	58,7
Privado	387	35,8
Nos dois	59	5,5
Profissional que atendeu a maioria das consultas		
Médico	943	87,3
Enfermeiro	135	12,5
Outro	2	0,2
Pré-natal realizado a maior parte do tempo pelo mesmo profissional		
Não	127	11,8
Sim, a maior parte do tempo	481	44,7
Sim, o tempo todo	468	43,5
O profissional que acompanhou o pré-natal foi o mesmo que assistiu o parto		
Não	879	81,4
Sim	201	18,6
Número de consultas		
Até 6	215	22,0
7 e mais	766	78,0
Intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual		
Não	675	62,5
Sim	405	37,5
Considerada gestante de risco*		
Não	514	72,1
Sim	199	27,9
Conseguiu ser atendida no PNAR		
Não	10	6,8
Sim, com dificuldade	9	6,1
Sim, sem dificuldade	128	87,1

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte.

A Figura 1 apresenta as informações recebidas pelas gestantes durante as consultas de pré-natal. Cerca de 70% das puérperas disseram ter recebido informação sobre a maternidade de referência para o parto e sinais de risco na gravidez que deveriam levá-las a procurar a maternidade. Em relação aos sinais de início do trabalho de parto, 55,1% das mulheres disseram que foram informadas e 46,2% afirmaram ter recebido informações sobre métodos utilizados para facilitar o nascimento do bebê. Quanto a informação sobre o direito e os benefícios da amamentação na 1ª hora de vida do recém nascido, 60,0% das mulheres afirmaram terem sido orientadas.

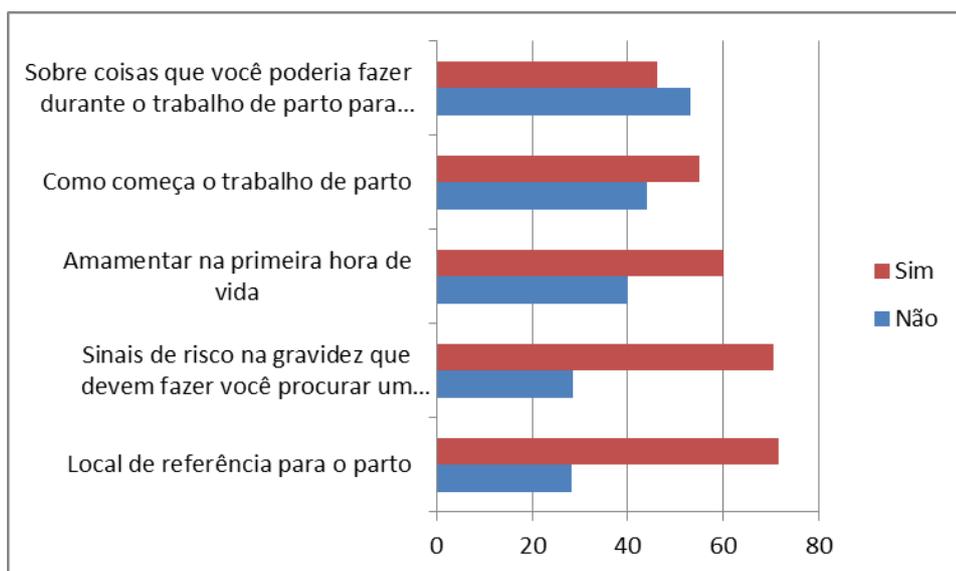


Figura 1 - Informações recebidas pelas gestantes no pré-natal.

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte.

Quando avaliado as informações recebidas nas consultas de pré-natal em relação ao município de residência constatou-se que para todas, as residentes de Belo Horizonte apresentaram maior percentual de informações, com diferenças estatisticamente significativas, com exceção dos sinais de risco na gravidez (TAB. 3).

Tabela 3 - Distribuição das puérperas segundo percentual de orientações recebidas no pré-natal e município de residência. Belo Horizonte, 2011 a 2013

Informações recebidas	Belo Horizonte	Outro município	Total N(%)	P valor
Maternidade de Referência	76,6	64,0	71,7	0,000
Sinais de risco da gravidez	71,3	69,3	70,5	0,065
Amamentação na 1ª hora de Vida	62,4	55,0	59,5	0,041
Sinais de início do trabalho de parto	58,7	49,3	55,1	0,010
Orientações para facilitar o nascimento.	49,2	41,4	46,2	0,041

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte.

A Figura 2 apresenta os municípios de procedência das gestantes. Constata-se que 1/3 foram da região metropolitana e cerca de 3,0% procedentes de outras regiões, em sua maioria distante de 50 a 150 km da capital.

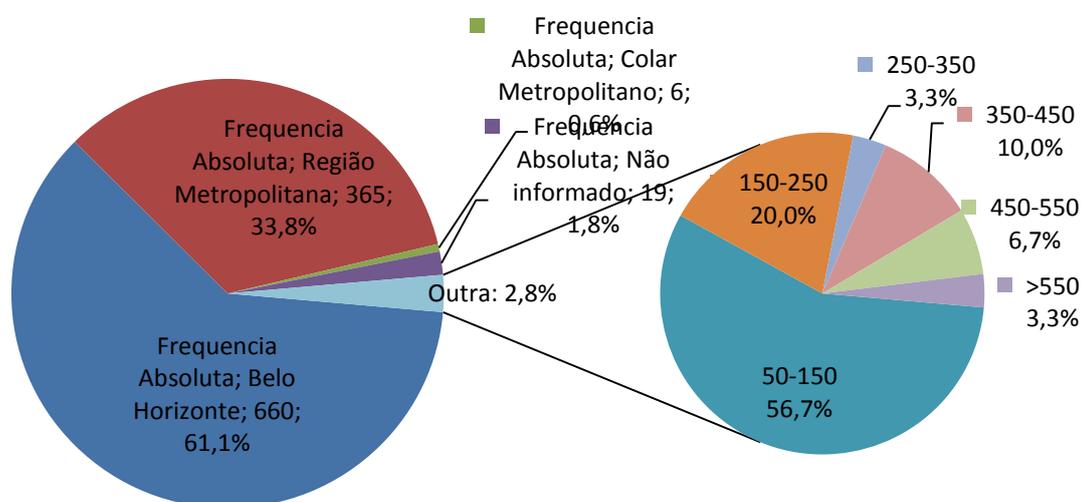


Figura 2 - Distribuição percentual de procedência das gestantes por município.

Fonte: Dados da pesquisa Nascer em Belo Horizonte.

4 DISCUSSÃO

Observa-se neste estudo de Belo Horizonte que o perfil demográfico e social das mulheres estudadas foi semelhante aos achados da Pesquisa Nascer no Brasil (VIELLAS, 2014). Em relação à escolaridade, a maioria das mulheres com ensino médio ou superior favorece a maior compreensão das informações do pré-natal. De acordo com Haidar *et al.* (2001), a menor escolaridade pode dificultar o acesso a informação ou aos serviços de saúde, o que pode predispor ao aparecimento de situações potencialmente de risco para a mãe e o recém nascido.

Em relação à assistência pré-natal os resultados mostraram que o início e o número de consultas estavam de acordo com as recomendações do Ministério da Saúde, (BRASIL, 2012). Estudos demonstram que o acesso ao pré-natal, avaliado pelo número de consultas realizadas e início precoce, permite o diagnóstico e tratamento de agravos, evitando repercussões graves para a saúde da mulher e do feto. Portanto, protege contra a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o óbito perinatal (LEAL, et al. 2015; DOMINGUES, et al. (2012). A captação precoce das gestantes pelos serviços de saúde é um aspecto indicativo de qualidade, e favorece o desenvolvimento das ações preconizadas no pré-natal, incluindo as ações educativas.

O fato de um quarto das mulheres estudadas terem referido alguma insatisfação com o diagnóstico da gestação atual é um aspecto que deve ser avaliado pelos serviços de atenção primária à saúde. De acordo com COELHO et al. (2012), o acesso à informação, planejamento familiar e aos métodos contraceptivos abre caminhos para que as mulheres possam ter controle sobre sua fecundidade e façam escolhas, conforme seus desejos.

Quase todas as mulheres relataram ter recebido o cartão de pré-natal, um outro importante indicador de qualidade da atenção pré-natal. O cartão de pré-natal é uma das principais fontes de informação da mulher, pois, é o elemento de ligação entre o acompanhamento na unidade básica, média e de alta complexidade e os profissionais que realizam o parto (Zampieri & Erdmann, 2010). Como a maior parte das mulheres

não foram acompanhadas no pré-natal pelo mesmo profissional que assistiu o parto as informações do cartão tornam-se ainda mais importantes.

A prevalência de gestantes consideradas como de risco foi alta (27,9%) e com alguma intercorrência clínica ou obstétrica na gestação atual. Contudo, a quase totalidade refere ter conseguido ser atendida no Pré-Natal de Alto Risco, o que aponta para uma boa organização e estruturação da rede assistencial no município. A identificação precoce de uma gestação de risco no pré-natal e o encaminhamento realizado de modo eficaz contribuem para minimizar ou evitar desfechos desfavoráveis no parto e puerpério. O Sistema Único de Saúde propõem integralidade na atenção às gestantes de alto risco, considerando a sensibilidade diagnóstica do nível básico para propor encaminhamentos adequados, através da rede de serviços por meio do sistema de referência e contra-referência (BUCHABQUI, et al. 2006).

Foi pequena em Belo Horizonte a parcela das mulheres que informaram ter sido atendida pelo profissional enfermeiro no pré-natal. A pesquisa nascer no Brasil também constatou que a assistência pré-natal por profissionais enfermeiros ainda é restrita em todo o país, com maior concentração apenas nas regiões Norte e Nordeste, e entre mulheres indígenas, provavelmente pela menor disponibilidade de médicos nessas regiões, particularmente nas cidades do interior (VIELLAS, 2014). Essa situação aponta para a necessidade de o enfermeiro discutir como aumentar sua participação de forma efetiva no pré-natal, visto que no caso específico do município de Belo Horizonte a sua participação já está inserida no protocolo municipal (PBH, 2008). Nos serviços privados cabe discutir com os planos de saúde as vantagens de a mulher ser atendida também pelo enfermeiro, para as ações de promoção de saúde e preparo para o parto e amamentação. Ademais as evidências confirmam que a assistência pré-natal deve ser desenvolvida não só por médico-obstetra, mas por outros profissionais, como enfermeiros e enfermeiros obstetras (CALDERON *et al.*, 2006).

O atendimento ao pré-natal de baixo risco pelo enfermeiro ou enfermeiro obstetra está, respaldado pela Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87. Cabe ao enfermeiro ainda, realizar a consulta de enfermagem; prescrição de enfermagem e de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição de saúde; prestar assistência à parturiente, puérpera e

realizar educação em saúde, sendo respaldado pela lei 7.498/86. A consulta de enfermagem voltada para o atendimento a gestantes de baixo risco visa a oferecer assistência integral clínico-ginecológica e educativa, atentando para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e puerpério, com o intuito de que a mulher possa ter uma gestação tranquila e um bebê saudável (CUNHA et al., 2009).

O profissional enfermeiro tem respaldo técnico–científico para abordar a mulher, e por ele ter uma visão holística, cria vínculos com a mulher não olhando a gestação apenas como um processo natural de procriação, mas visualizando a mulher e mãe que tem seus desejos, medos e dúvidas. Essa habilidade de criar vínculo com a mulher torna a consulta de enfermagem diferente, pois não está centrada apenas em procedimentos técnicos, promove o diálogo que é peça fundamental (ARAUJO, et al., 2010). De acordo com Shimizu e Lima (2009), as gestantes que realizam o pré-natal com enfermeiros, declaram-se satisfeitas com as consultas, devido a forma como se estabelecem as relações de comunicação, na qual o acolhimento e a escuta são privilegiados.

Em relação às informações recebidas pelas gestantes durante a assistência pré-natal, foi considerado elevado (1/3 dos casos), o número de mulheres que relataram não terem sido orientadas quanto à maternidade de referência para o parto. POLGLIANE, et al. (2014) enfatiza em seus estudos que a vinculação da gestante com a maternidade de realização do parto deve ser feita desde o início do acompanhamento do pré-natal, pois, a omissão dessa orientação pode levar a uma peregrinação das gestantes pelos estabelecimentos de saúde no momento do parto ou em casos de emergência. E a peregrinação de mulheres no anteparto é marcada pela vivência de sofrimento e preocupações. Além disso, a lei nº 11.634 de 27 de dezembro de 2007 garante o direito da gestante ao conhecimento prévio da maternidade de realização do seu parto, bem como a vinculação à maternidade em caso de intercorrências, inclusive durante o puerpério (BRASIL, 2007). A desorganização do sistema de saúde e a desestruturação da rede de atenção são condições que contribuem para uma experiência negativa do parto.

Acerca das informações sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida, pouco mais da metade das mulheres desse estudo disseram ter sido informadas durante o pré-natal a esse respeito. Conforme Leal, et al.,(2015) a orientação sobre

aleitamento materno deveria atingir a totalidade das gestantes, tendo em vista os benefícios da amamentação para a saúde da mulher e da criança, uma vez que desde a década de 1980 há um esforço mundial por parte da OMS juntamente com o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) para promover e apoiar o aleitamento materno. Cabe ressaltar que a amamentação na primeira hora de vida é uma das práticas recomendadas pela Portaria 371/2014 que instituiu as diretrizes para organizar a atenção integral e humanizada ao recém-nascido no âmbito do SUS.

Ao serem questionados sobre terem recebido orientações quanto aos sinais de risco na gravidez que deveriam levá-las a procurar a maternidade, mais da metade das mulheres entrevistadas disseram terem sido informadas no pré-natal. Ficou evidente a necessidade de reforço ao potencial educativo e informativo do acompanhamento pré-natal e sua capacidade de preparar a gestante para o reconhecimento das alterações da gestação e preparo para o parto. Sem esse reforço, as gestantes perdem oportunidades para explicitarem seus saberes, dúvidas e medos, trocarem conhecimentos e obterem orientações sobre o período gravídico-puerperal, o que poderia torná-las mais seguras na vivência desse período. Para isso, os enfermeiros devem estimular as gestantes a frequentarem as consultas e grupos de pré-natal, onde deve ser ofertado um atendimento qualificado, adequado às demandas e necessidades das mulheres (SILVA, et al., 2015).

Como limitações do estudo destacam-se o viés de memória, visto que a entrevista foi efetuada no puerpério sobre dados do pré-natal. O fato de não haver dados específicos para saber como as informações foram trabalhadas com as gestantes no pré-natal, também pode ser considerado outro fator limitante. Contudo, o estudo traz importantes informações de qualidade da atenção pré-natal.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O acesso e utilização do serviço de atenção pré-natal foi praticamente universal na população estudada. Contudo, do ponto de vista qualitativo, espera-se avanços, pois foram insuficientes as informações sobre aspectos relevantes da gestação, especialmente para o reconhecimento de riscos, o preparo para o parto e a amamentação. Recomenda-se que os serviços de saúde invistam no sentido de aproveitar as oportunidades de educação e promoção da saúde na atenção pré-natal.

Esta situação identificada aponta como oportunidade para o profissional enfermeiro garantir sua presença nessa etapa crucial que tem sido restrita em todo país, mesmo já sendo previsto por leis ou protocolos em diversos casos. Os enfermeiros devem atuar na atenção pré-natal atendendo as necessidades humanas básicas alteradas das mulheres e favorecer que tenham informações adequadas para uma melhor vivência desse processo.

Estudos futuros são recomendados para melhor avaliação do desenvolvimento das práticas educativas no pré-natal e o impacto dessas ações na saúde materna e neonatal.

6 REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da saúde, portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011.

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União **2007**; 27 dez.

BRASIL. Decreto no 94.406, de 8 de junho de 1987. Regulamenta a Lei no 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Diário Oficial da União **1987**; 9 jun.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, **2012**. 318 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, **2001**.

BUCHABQUI, J. A.; CAPP, E. , FERREIRA, J.. Adequação dos encaminhamentos de gestações de alto-risco na rede básica de atenção à saúde de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2006, vol.6, n.1, pp. 23-29.

CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v 28, n.5, p. 310-315. 2006.

CARRARA, G.L.R; OLIVEIRA, J. P.. Atuação do enfermeiro na educação em saúde durante o pré-natal: uma revisão bibliográfica. **Revista Fafibe** , v. 1, n. 6, p. 96-109, 2013.

COELHO, E. A. C. *et al.* Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família. **Acta paul. enferm.** 2012, vol.25, n.3, pp. 415-422.

CUNHA, M. A.; MAMEDE, M. V.; DOTTO, L. M. G.; MAMEDE, F. V. Assistência pré-natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. Escola Anna Nery **Rev Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 145-153. 2009.

DINIZ, S. G. Gênero, Saúde materna e o paradoxo perinatal. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.**, v. 19, n. 2, p. 313-326, 2009.

DOMINGUES, R. M. S. M.; HARTZ, Z. M. A.; DIAS, M. A. B., LEAL, M. C.. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2012, vol.28, n.3, pp. 425-437.

DUARTE, S. J. H.; BORGES, A. P.; ARRUDA, G. L.. Ações de enfermagem na educação em saúde no pré-natal: relato de experiência de um projeto de extensão da Universidade Federal do Mato Grosso. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, 2011.

Haidar, F. H.; Nascimento, L. F. C.. Escolaridade materna: correlação com os indicadores obstétricos. **Cad. Saúde Pública**, v. 17, n. 4, p. 1025-1029, 2001.

LEAL, M. C. *et al.* Atenção ao pré-natal e parto em mulheres usuárias do sistema público de saúde residentes na Amazônia Legal e no Nordeste, Brasil 2010. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.** 2015, vol.15, n.1, pp. 91-104.

MELETI, D. *et al.* A ultrassonografia rotineira em pré-natal de baixo risco colabora com a diminuição das mortalidades maternas e neonatais. **Femina**, v. 38, n. 8, 2010.

MENDOZA-SASSI, R, A., *et al.* Avaliando o conhecimento sobre pré-natal e situações de risco à gravidez entre gestantes residentes na periferia da cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2007, vol.23, n.9, pp. 2157-2166.

POLGLIANE, R. B. S. *et al.* Adequação do processo de assistência pré-natal segundo critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e da Organização Mundial de Saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, 2014, vol.19, n.7, pp. 1999-2010.

PREFEITURA DE BELO HORIZONTE, Secretaria Municipal de Saúde, Assistência ao Pré-Natal: Protocolos de Atenção à saúde da Mulher, **2008**.

RIOS, C. T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Rev. Ciência e Saúde Coletiva**. 12 (2), 2007. p. 477- 486.

VICTORA, C. G. *et al.* Saúde no Brasil 2 Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **Veja**, v. 6736, n. 11, p. 60138-4, 2011.

VIELLAS, E. F. *et al.*, Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública** 2014, vol.30, suppl.1, pp. S85-S100.

ZAMPIERI M.F.M., ERDMANN A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev Bras Saúde Matern Infant** 2010; 10:359-67.