

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

AUGUSTO BADIN CRIPPA

MOTIVOS APRESENTADOS PELAS MULHERES PARA A
NÃO REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Porto Alegre
2005

AUGUSTO BADIN CRIPPA

MOTIVOS APRESENTADOS PELAS MULHERES PARA A
NÃO REALIZAÇÃO DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para obtenção do título de Enfermeiro.

Orientadora: Prof^a Dra Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha.

Porto Alegre
2005

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, pelo apoio intelectual e emocional durante a realização deste trabalho e incentivo na área da enfermagem obstétrica.

À minha família, pela compreensão no conturbado período de final de curso, e pelo apoio recebido.

À Daiane Durant, pela companhia na coleta de dados e pela compreensão e apoio durante a elaboração deste relatório.

Aos Profissionais do Centro de Saúde Vila dos Comerciantes e Unidade 5 do Murialdo que, de alguma forma, contribuíram na realização desta pesquisa.

RESUMO

Este trata-se de um estudo qualitativo exploratória. Teve por objetivo identificar motivos que levaram as mulheres a não realizarem o atendimento pré-natal. As mulheres foram selecionadas por meio da declaração de nascidos vivos, tendo como critério a não realização de nenhuma consulta de pré-natal na última gestação. A coleta de dados foi feita por meio de visitas domiciliares utilizando a entrevista semi-estruturada como instrumento de coleta. Após análise dos dados foram elaboradas três categorias descritivas: identificação tardia da gravidez, não valorização do pré-natal e experiências prévias negativas no atendimento aos filhos. A partir dos resultados deste estudo percebe-se a necessidade de incentivar o planejamento familiar, conscientização das mulheres quanto a questões de saúde, qualificação e humanização do atendimento de pré-natal, qualificação dos profissionais de saúde, acesso facilitado, entre outras medidas que busquem aumentar a cobertura do pré-natal e qualificar o serviço.

Descritores: Cuidado pré-natal, Humanização do parto, Enfermagem obstétrica.

SUMÁRIO

Agradecimentos

RESUMO

1 INTRODUÇÃO.....	6
2 OBJETIVO.....	9
3 REVISÃO DA LITERATURA.....	10
3.1 Pré-natal: atendimento de baixo e alto risco.....	10
3.2 O Enfermeiro como pré-natalista.....	13
3.3 Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.....	15
4 METODOLOGIA.....	19
4.1 Tipo de estudo.....	19
4.2 Campo.....	19
4.3 População e amostra.....	20
4.4 Coleta de dados.....	20
4.5 Análise de dados.....	21
4.6 Aspectos éticos.....	21
5 ANÁLISE DOS DADOS.....	22
5.1 Caracterização das Informantes.....	22
5.2 Identificação Tardia da Gravidez.....	23
5.3 Não Valorização do Pré-natal.....	27
5.4 Experiências Prévias Negativas no Atendimento aos Filhos.....	29

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	31
REFERÊNCIAS.....	35
APÊNDICE A – Entrevista.....	38
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Informado.....	39
ANEXO - Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HMIPV.....	41

1 INTRODUÇÃO

Toda mulher brasileira tem o direito de ter sua gestação acompanhada em um serviço de saúde. Para isto, o Ministério da Saúde implementou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002), que visa monitorar o bem-estar físico e psicológico das mulheres desde a confirmação da gravidez até o pós-parto. O programa constitui-se no acompanhamento da saúde da mãe e do feto por um profissional enfermeiro ou médico, que inicia na primeira consulta na gestação e encerra com uma consulta de puerpério. Neste programa são estipuladas no mínimo seis consultas durante a gestação e uma até 42 dias após o parto para completar o programa. Além das consultas, são solicitados exames laboratoriais no início e no fim da gestação.

A gestação pode ser classificada em baixo e alto risco. O atendimento de pré-natal para as mulheres com gestação de baixo risco é realizado nos postos da rede básica de saúde. Nas consultas, o pré-natalista realiza anamnese e exame físico e faz solicitação de exames laboratoriais que visam detectar algum problema que possa prejudicar a saúde da mulher e da criança. Caso seja constatada alguma alteração que caracterize a gestação como de alto risco, o pré-natalista deve encaminhar a gestante a um hospital de referência, pois ela necessitará de um acompanhamento mais complexo. Mesmo assim, este tipo de atendimento não é acessível à todas as mulheres devido as dificuldades financeiras e de deslocamento, tendo, muitas vezes, os profissionais da equipe de saúde disporem de vales-transporte para garantir a consulta de alto risco.

O atendimento de pré-natal é o principal instrumento para combater a morbimortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2000a). As complicações decorrentes de doenças hipertensivas, hemorrágicas, infecciosas, responsáveis pelas mortes maternas, são preveníveis quando diagnosticadas precocemente pelo pré-natalista. Para tal, já no início do programa são investigados fatores de risco, como antecedentes familiares, patologias prévias, tabagismo, etilismo. Em toda consulta são verificados o peso e a pressão arterial, é realizado exame físico para verificar a presença de edema, controlar o crescimento e o bem-estar fetal. Estas são algumas medidas adotadas no atendimento de pré-natal para diagnosticar previamente complicações que possam vir a ocorrer na gestação.

O enfermeiro tem vital importância neste processo, pois tem capacitação técnica e científica e respaldo legal para prestar atendimento de pré-natal de baixo risco, conforme Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, decreto nº 94.406/87. O atendimento prestado pelo enfermeiro é feito de forma individualizada ou em grupos. O acompanhamento individualizado ocorre por meio da consulta de enfermagem, que visa atender as necessidades específicas de uma única gestante. As atividades em grupo proporcionam troca de experiências entre as gestantes e servem como educação em saúde para um determinado grupo, como no curso de preparação para o parto, no qual as mulheres-alvo são as que estão no último trimestre da gestação. Também é incumbência do enfermeiro realizar visitas domiciliares às gestantes quando necessário.

Durante a realização de um estágio extracurricular em uma Unidade de Saúde de referência da zona sul de Porto Alegre, tive a oportunidade de trabalhar com os programas pré-nenê e pré-natal. Mensalmente é enviada ao posto a Declaração de Nascidos Vivos, na qual constam dados da mãe e do recém-nascido.

A Declaração de Nascidos Vivos também informa o número de consultas de pré-natal que foram feitas pela gestante na rede básica de saúde. Revisando estes documentos percebi que havia um número considerável de mulheres que não realizavam nenhuma consulta durante a gestação. Daí surgiram meus questionamentos a cerca dos motivos que levam as mulheres a não realizarem as consultas previstas no programa pré-natal. De acordo com publicação do Ministério da Saúde (2004), a cobertura de consultas de pré-natal no Município de Porto Alegre é de 90,2%. A falta de informações e a ausência do monitoramento do estado de saúde das gestantes contribuem para a elevação das taxas de mortalidade materna. Como já foi dito anteriormente, a mortalidade materna é evitável e o principal instrumento para a prevenção é o atendimento de pré-natal. Portanto, este trabalho foi realizado com intuito de detectar os motivos pelos quais as mulheres não procuram o atendimento de pré-natal, propor sugestões que contribuam para maior adesão ao mesmo, reduzindo, desta forma as complicações e o número de mortes maternas evitáveis.

2 OBJETIVO

Este estudo teve por objetivo identificar motivos que levaram as mulheres a não realizarem o atendimento pré-natal.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Pré-natal: atendimento de baixo e alto risco

O período pré-natal inicia quando ocorre a concepção e estende-se até o começo do trabalho de parto. A partir do momento que a mulher suspeita que está grávida, em função dos sinais de presunção, tais como amenorréia, náuseas, alteração no apetite, e procura um serviço de saúde para confirmação da gravidez, é iniciada a avaliação pré-natal. Caso a suspeita se confirme, dá-se início à assistência pré-natal, na qual a gestante terá uma série de consultas, exames e atividades a realizar para monitorar a sua saúde e a do feto (BRANDEN, 2000).

Já na primeira consulta o pré-natalista começa a investigar aspectos que possam apontar o tipo da gestação. Pode-se classificá-la de acordo com o risco em baixo ou alto. Algumas mulheres são mais propensas que outras a apresentar intercorrências na gestação devido a fatores de risco que devem ser averiguados nos encontros. Histórico de saúde familiar, pessoal, gineco-obstétrico, hábitos de vida e saúde, condições de vida, exame físico ou laboratorial são instrumentos que possibilitam identificar aspectos que caracterizam a gestação como de baixo ou alto risco. O objetivo desta diferenciação é formar grupos categorizados de mulheres para planejar e implementar ações específicas às necessidades de cada grupo (ENKIN *et al.*, 2005).

Para Buchabqui *et al.* (2001, p.23),

a gestação é um fenômeno fisiológico normal e, por isso mesmo, sua evolução se dá, na maior parte dos casos, sem intercorrências. [...] cerca de 90% das gestações começam,

¹ evoluem e terminam sem complicações: são as gestações de baixo risco.

A atendimento de pré-natal deste grupo é feita em uma unidade de saúde que possua uma estrutura básica para prestar a assistência, tais como recursos humanos, área física adequada, equipamento e instrumental mínimo, apoio laboratorial para a unidade básica de saúde para realização dos exames de rotina, instrumentos de registro, processamento e análise dos dados disponíveis, medicamentos essenciais e avaliação permanente da assistência pré-natal. Cada consulta consiste em anamnese e exame físico. São questionados à gestante sinais de risco, é calculado a idade gestacional e realiza-se a anamnese atual. No exame físico é verificado o peso, para controle do estado nutricional, a pressão arterial, presença de edema, inspeção da pele e mucosas, das mamas, manobras de Leopold-Zweifel¹, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, medição da altura uterina, toque vaginal quando necessário. Na primeira consulta são solicitados os seguintes exames laboratoriais de rotina:

- tipagem sanguínea para informar o grupo sanguíneo e o fator Rh;
- sorologia para detecção de sífilis (VDRL);
- sorologia para toxoplasmose;
- teste para Hepatite B;
- exame qualitativo de urina (EQU) e urocultura;
- dosagem de hemoglobina;
- glicemia em jejum: recomendado para a detecção da diabetes mellitus gestacional;
- anti-HIV;

¹ Permite o reconhecimento do feto em relação à apresentação (a parte do corpo do feto que está mais abaixo

- exame citopatológico;
- colpocitologia oncótica, se necessário;
- bacterioscopia do conteúdo vaginal, se necessário.

Também é feita a prevenção do tétano para a mãe e o recém-nascido pela vacina dupla adulto, iniciada a partir da 12^a semana de gestação (BRASIL, 2000a).

Buchabqui *et al.* (2001, p. 23) também referem que

há gestações que já se iniciam com problemas – ou estes surgem durante o seu transcurso – e apresentam maior probabilidade de terem evolução desfavorável, quer para o feto, quer para a mãe.

A gestação das mulheres que apresentam as complicações citadas anteriormente é classificada como de alto risco. De acordo com o manual técnico da Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde (2000b), os fatores geradores de risco alojam-se em quatro grandes grupos:

1. características individuais e condições sócio-demográficas desfavoráveis: idade menor que 17 e maior que 35 anos, ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse, situação conjugal insegura, baixa escolaridade, condições ambientais desfavoráveis, altura menor que 1,45 m, peso menor que 45 kg e maior que 75 kg, dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
2. história reprodutiva anterior à gestação atual: morte perinatal explicada e inexplicada, recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado, abortamento habitual, esterilidade/ infertilidade, intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos, nuliparidade e multiparidade, síndrome hemorrágica ou hipertensiva, cirurgia uterina anterior.

3. doenças obstétricas na gestação atual: desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico, trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada, ganho ponderal inadequado, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, diabetes gestacional, ruptura prematura de membranas, hemorragias na gestação, isoimunização, óbito fetal.
4. intercorrências clínicas: hipertensão arterial, cardiopatias, pneumopatias, nefropatias, endocrinopatias, hemopatias, epilepsia, doenças infecciosas, doenças auto-imunes, ginecopatias.

As necessidades do grupo de alto risco requerem um atendimento mais especializado. Algumas situações podem ser contornadas no nível primário, já outras necessitarão de um atendimento mais sofisticado, em nível secundário e terciário, envolvendo uma equipe especializada e tecnologia sofisticada (BRASIL, 2000b).

3.2 O enfermeiro como pré-natalista

O atendimento à gestante envolve diversas áreas da saúde, como a nutrição, a enfermagem, a medicina obstétrica, a psicologia, cada qual com sua relevância para atender as necessidades destas mulheres.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto Nº 94.406/87, Art. 8º, 2, h, “Ao Enfermeiro incube a prestação de assistência de enfermagem a gestante...”. O manual técnico de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde, baseado nesta Lei, afirma que o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

Sobre o atendimento de enfermagem à mulher grávida, Espírito Santo e Berni (2001, p. 191) afirmam que

a assistência de enfermagem à mulher, ao casal e à família no ciclo gravídico-puerperal visa atender as necessidades da cliente e de sua família de maneira individualizada e humanizada, estabelecendo um relacionamento interpessoal de confiança e respeito mútuos. A utilização do Processo de Enfermagem como metodologia de trabalho favorece o alcance desse objetivo e o preparo do casal para a maternidade e paternidade.

A assistência de enfermagem à gestante dá-se pela consulta de enfermagem e por atividades em grupo, e visam monitorar a gestação, orientar a mulher, o pai e a família sobre cada etapa da gestação, mudanças esperadas, sinais de risco, prevenção contra doenças peri e pós-natais, preparo para o parto e aleitamento materno (ESPÍRITO SANTO; BERNI, 2001).

A consulta de enfermagem visa atender as necessidades específicas de uma gestante, levando em consideração a etapa da gestação em que ela se encontra e os aspectos familiares e sociais que a cercam. No primeiro encontro, é feito o histórico de enfermagem, que possibilita conhecer a gestante e identificar aspectos relevantes à gestação. É realizado o exame físico e obstétrico que permite identificar problemas que, junto aos dados coletados na anamnese, orientam o diagnóstico de enfermagem. A partir do diagnóstico elaborado é traçado o plano assistencial, que envolve solicitação de exames, orientações, vacinação anti-diftérica e anti-tetânica e encaminhamentos. As consultas subsequentes acompanham a evolução dos aspectos normais da gestação e do diagnóstico de enfermagem (ESPÍRITO SANTO; BERNI, 2001).

Os encontros em grupo são atividades educacionais possibilitam a troca de experiências entre casais, visa orientá-los quanto a mudanças na gestação, a

preparação para o parto, ao aleitamento materno, aos métodos anticoncepcionais, aos cuidados com o recém nascido (ESPÍRITO SANTO; BERNI, 2001).

3.3 Programa de Humanização ao Parto e Nascimento

O atendimento às mulheres, particularmente na parte obstétrica, necessitava de um plano de ação para qualificar a assistência. O acesso ao programa, o acolhimento, a qualidade do acompanhamento e a resolutividade eram aspectos a serem melhorados. A falta de acolhimento nas unidades, dificultando o acesso, a baixa qualidade e resolutividade para diagnosticar e tratar possíveis problemas, a dificuldade da gestante para procurar um hospital na hora do parto eram fatores limitantes e que caracterizavam a desumanização na atenção à saúde da mulher (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004a).

Frente a estas necessidades o Ministério da Saúde implementou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, visando reduzir as taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal, melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2002).

Serruya, Lago e Cecatti (2004a, p.275) dizem que "a mulher é um ser único, complexo, com sentimentos e autonomia". O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento vem assegurar os direitos de cidadania e atenção humanizada na assistência obstétrica e neonatal. O Programa tem por princípio que toda a gestante tem direito a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, que saberá qual maternidade terá assistência ao parto assegurado, que terá assistência humanizada em todas as esferas do atendimento e

que todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL, 2002).

O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (BRASIL, 2002) funciona de forma integrada entre o Ministério da Saúde e Secretarias Estaduais e Municipais e Distrito Federal. Há um incentivo financeiro repassado às Secretarias pelo Ministério por gestante cadastrada e que completa o programa cumprindo todas as atividades previstas. É fornecida pelo Ministério uma numeração seriada, o Sis prenatal, que é vinculado a cada gestante na primeira consulta. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento estabelece um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera com a realização de, no mínimo seis consultas de pré-natal durante a gestação, sendo a primeira antes do quarto mês de gestação. Realização de uma consulta de puerpério até 42 dias após o parto. Realização de exames laboratoriais, tipagem sangüínea e fator Rh (primeira consulta), VDRL (um na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação), Urina (uma na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação), Glicemia em jejum (um na primeira consulta e outro na trigésima semana de gestação), Hemoglobina/ Hematócrito (primeira consulta), oferta de testagem anti-HIV (primeira consulta nos municípios com população acima de cinqüenta mil habitantes). Vacinação antitetânica (atualização ou reforço). Realização de atividades educativas. Classificação do risco gestacional e encaminhamento a atendimento ambulatorial e/ou hospitalar de referência se necessário. A mulher cadastrada com o Sis prenatal tem direito assegurado a atendimento em um hospital de referência para a assistência ao parto. A remuneração foi estipulada da seguinte forma: R\$ 10,00 por gestante registrada até o quarto mês de gestação e R\$ 40,00 por gestante que completa o Programa cumprindo todas as atividades previstas.

Poderá integrar-se ao Programa o município que preencher o termo de adesão e tiver aprovação da Secretaria de Políticas de Saúde. Após implementado no município, é feita uma avaliação para garantir a continuidade da vinculação ao Programa. É avaliado o procedimento de conclusão da assistência pré-natal, no mínimo 30% das gestantes cadastradas no primeiro ano e 50% no segundo ano. Também é avaliada a efetividade da assistência oferecida, baseada nos indicadores de processo (percentual de gestantes relacionado as atividades estimadas) e indicadores de resultado (percentual de recém-nascidos com sífilis congênita e tétano neonatal em relação ao total de nascidos vivos) (BRASIL, 2002).

Serruya, Lago e Cecatti (2004b) realizaram um estudo que avaliou o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento nos seus dois primeiros anos, 2001 e 2002. As autoras constataram que a cobertura do programa teve um crescimento importante entre o período estudado, sendo que a maioria com até 120 dias de gestação, cerca de 20% das mulheres realizaram as seis consultas previstas, mas ao relacionarmos este critério com a consulta puerperal e/ou com os exames laboratoriais este número caiu pela metade, com apenas 2% das mulheres em 2001 e 5% em 2002 completando o referido Programa de forma integral. Mesmo havendo um aumento na cobertura, o percentual de mulheres que completam o programa é baixo, tornando-se um desafio para a assistência. Os números também apontam para a baixa taxa de mulheres que fazem a consulta de puerpério. O sub-registro foi apontado como possível indicador de falha nas informações, já que alguns profissionais demonstram resistência em preencher os formulários de forma correta. Também há falhas no processamento das informações por parte dos profissionais responsáveis pelos registros. Mesmo assim, Sis prenatal mostrou-se como um importante instrumento para a melhoria da assistência às mulheres.

Serruya, Lago e Cecatti (2004b, p.1288) concluem dizendo que "a força fundamental para a concretização das mudanças necessárias está no compromisso político com as premissas filosóficas do SUS e com as mulheres".

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Para esta pesquisa, a abordagem escolhida foi a qualitativa, pois esta metodologia caracteriza-se pela presença do autor no campo, vivenciando o ambiente e as situações em estudo. As entrevistas foram realizadas nas residências das mulheres, o que possibilitou ao pesquisador um contato direto com as circunstâncias que envolvem o tema. O material coletado é essencialmente descritivo, oriundo das transcrições das entrevistas gravadas durante a coleta de dados. O interesse do estudo foi identificar o porquê do problema, como ele manifesta-se, quais os motivos que levaram as mulheres a não realizar o pré-natal. Preocupa-se com o que pensam os participantes sobre o tema e a análise dos dados permite a formação de teorias, não visa a comprovação de hipóteses (LÜDKE; ANDRÉ, 1986).

Dentre os tipos de pesquisa qualitativa, o estudo exploratório permitiu uma análise abrangente do tema, pois, segundo Polit, Beck e Hungler (2004, p. 34), “a pesquisa qualitativa exploratória destina-se a desvendar as várias maneiras pelas quais um fenômeno se manifesta, assim como os processos subjacentes”.

4.2 Campo

O estudo foi desenvolvido na área de abrangência de uma Unidade de Saúde de referência da zona sul de Porto Alegre.

4.3 População e amostra

A população foi composta por mulheres que, na última gestação, não realizaram nenhuma consulta de atendimento pré-natal no município de Porto Alegre, conforme registro da Declaração de Nascidos Vivos. A amostra foi do tipo de Conveniência, pois, segundo Goldim (2000, p.48), “a amostra é obtida pela inclusão dos elementos conforme eles vão se tornando disponíveis ou convenientes de serem utilizados”. As mulheres que não realizaram pré-natal foram identificadas por meio das Declarações de Nascidos Vivos, enviadas mensalmente à Unidade de Saúde escolhida como campo de estudo, no período de Janeiro de 2004 a Julho de 2005.

A coleta de dados foi finalizada quando foi atingido o critério de saturação de dados, de acordo com Denzin e Lincoln (1994).

4.4 Coleta de dados

Esta etapa da pesquisa demonstrou-se árdua e trabalhosa, exigindo persistência na busca às mulheres da população alvo. A coleta foi realizada por meio de visitas domiciliares que nem sempre foram bem sucedidas. Alguns problemas tiveram que ser contornados, tais como endereços incorretos, a mulher ou até familiares não estarem em casa na hora da visita, tendo que retornar em outro momento. No período em análise, foram selecionadas 15 mulheres. Quatro destas mulheres eram detentas de um presídio cujo endereço pertence à área de abrangência do posto e por este motivo foram excluídas da amostra. Outras três mulheres não foram encontradas, pois o endereço que constava na Declaração de Nascidos Vivos não foi localizado. Uma mudou-se para outra cidade, restando sete mulheres a serem entrevistadas.

As participantes responderam a uma entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A) que foi gravada. De acordo com Lüdke e André (1986, p.34), a entrevista semi-estruturada “desenrola-se a partir de um esquema básico, porém não aplicado rigidamente, permitindo que o entrevistador faça as necessárias adaptações”. Os endereços foram extraídos da Declaração de Nascidos Vivos.

4.5 Análise de dados

Na fase de análise dos dados foi seguida a proposta de Lüdke e André (1986). As entrevistas gravadas foram transcritas e lidas diversas vezes o que possibilitou extrair pontos relevantes ao objetivo do estudo. Daí foram elaboradas três categorias descritivas: identificação tardia da gravidez, experiências prévias negativas com filhos e não valorização do pré-natal. Para complementar a análise dos dados foi feita uma pesquisa na literatura referente aos temas encontrados.

4.6 Aspectos éticos

Foi entregue a cada mulher um termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE B) que foram assinados por ambas as partes, ficando cada uma com uma cópia. As fitas com as gravações ficarão em posse do autor por cinco anos, após serão destruídas. O projeto passou pela avaliação do comitê de ética em pesquisa da Prefeitura de Porto Alegre, sendo aprovado de acordo com a carta do referido comitê (ANEXO) (GOLDIM, 2000).

5 ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo são apresentadas a caracterização das informantes e as categorias descritivas que foram elaboradas após análise e interpretação dos dados coletados nas entrevistas. As três categorias extraídas foram: identificação tardia da gravidez, não valorização do pré-natal e experiência prévias negativas no atendimento aos filhos.

5.1 Caracterização das Informantes

Os nomes das mulheres foram trocados por nomes fictícios.

- Amélia, 28 anos, escolaridade ensino médio incompleto, tem um único filho. Não realizou nenhuma consulta de pré-natal na última gestação. Gestação não planejada.
- Brígida, 19 anos, escolaridade ensino fundamental incompleto, tem um único filho. Não realizou nenhuma consulta de pré-natal na última gestação. Gestação não planejada.
- Cássia, 33 anos, escolaridade 1º grau incompleto, tem seis filhos. Realizou no mínimo uma consulta de pré-natal na gestação dos três primeiros filhos. A última gestação não foi planejada.

- Doralina, 21 anos, estudou até a terceira série do ensino fundamental, tem quatro filhos. Realizou pelo menos uma consulta de pré-natal na primeira gestação. A última gestação não foi planejada.
- Ema, 32 anos, estudou até a sétima série do ensino fundamental, tem sete filhos. Realizou pelo menos uma consulta de pré-natal na gestação dos cinco primeiros filhos. A última gestação não foi planejada.
- Francine, 42 anos, estudou até a sexta série do ensino fundamental, tem sete filhos. Realizou pelo menos uma consulta de pré-natal nas seis primeiras gestações. A última gestação não foi planejada.
- Gladis, 25 anos, estudou até a quinta série do ensino fundamental, tem dois filhos. Fez pelo menos uma consulta de pré-natal na primeira gestação. A última gestação não foi planejada.

5.2 Identificação Tardia da Gravidez

Lowdermilk (2002) divide os sinais e sintomas da gestação em três categorias: sinais de presunção (náuseas com ou sem vômitos, mamas doloridas, aumento da frequência urinária, amenorréia) que geralmente são sentidos pela mulher, de probabilidade (testes de gestação, aumento uterino, contrações de Baxton-Hicks) que são observados por quem examina e de certeza (batimentos cardíacos fetais, movimento fetal percebido em exame físico e exame ultrassonográfico) que são atribuídos apenas à presença do feto. As modificações que o

corpo sofre no primeiro trimestre da gestação que geralmente levam as mulheres a suspeitar de uma gravidez, são os sinais de presunção.

Em seu estudo, Menezes e Domingues (2004) demonstraram que 98,5% das gestantes entrevistadas percebem alguma modificação no corpo, sendo a mudança nas mamas a mais citada, seguido da alteração no peso.

Contudo, algumas mulheres podem não perceber essas alterações, ou não relaciona-las à gestação. Saunders (2002) afirma que os sinais de presunção podem ser causados por outros motivos não relacionados com a gestação, não sendo confiáveis isoladamente para o diagnóstico. Para Bonadio (1996, p. 162), isto indica “a inabilidade das mulheres quanto à percepção e conhecimento do próprio corpo”. Esta categoria descritiva apresenta casos de mulheres que, pelos motivos apresentados a seguir, identificaram tardiamente a gestação e, por isso, não buscaram atendimento pré-natal. Bonadio (1996, p. 163), também afirma que essa inabilidade e desconhecimento “impede que as próprias sensações sejam um sinal concreto da existência e do bem-estar fetal”.

O relato de Amália ilustra o fato da percepção do aumento do peso sem associação ou suspeita de gestação:

... eu tinha saído do serviço, então eu fico em casa e como um pouquinho mais e eu engordei três quilos somente na gravidez dela, então tu ta em casa e come um pouquinho mais, pra quem é magra três quilos não é nada, ainda mais que eu sou alta, não modificou meu corpo...

Amália também relata que não teve alteração no ciclo menstrual no início da gestação:

...não modificou meu ciclo menstrual, não modificou nada...

Lacreta (1998) explica este fato dizendo que há casos em que as mulheres continuam com sangramento de quarto a seis meses e até durante toda a gestação, é o que ele chama de pseudomenstruação, que em nada difere da menstruação normal.

Amália começou a perceber que havia algo diferente no final do segundo trimestre, provavelmente pela movimentação fetal e contrações de Baxton-Hicks, e os exames que ela relata ter feito indicam suspeita de alguma alteração no trato urinário por parte de quem avaliou o caso dela, conforme transcrição abaixo:

...então, no final, do quinto pra o sexto mês, começou a ficar diferente, uma coisa estranha, não chegou a parar a menstruação, comecei a ir no médico e o médico só de olhar e das respostas das perguntas eles achavam que eu tava com cistite e mandou fazer exame de urina, não deu nada, mandou fazer o papanicolau, aí deu fungos...

Amália não associava o que estava acontecendo com uma gestação, então procurou um profissional de saúde para investigar. O relato acima indica a falha na avaliação clínica dos examinadores que atenderam-na, pois ao examiná-la não levaram em consideração que ela é uma mulher em idade fértil e a hipótese de uma gestação deveria ser levantada. Bonadio (1996) refere que as mulheres necessitam de um exame ultra-sonográfico que comprove a gravidez para acreditarem que estão realmente grávidas. Contradizendo a afirmação da autora, neste caso, pelo relato de Amália, não foi a mulher que desejou realizar o exame para confirmar a gravidez, mas sim o profissional que não foi capaz de identificar a gravidez. O relato de Amália abaixo mostra a diferença de preparo entre profissionais para atender a paciente:

...no final ele mandou fazer, isso uma diferença de quinze dias cada exame, daí ele mandou fazer a transvaginal e na transvaginal quando eu deitei na cama o atendente disse “acho que tu tá grávida, de três meses”, e eu disse não, agente sabe o que faz, então é de seis meses, seis meses não (atendente),

então vamos ver, aí quando fomos ver deu seis meses e uma semana, só que daí eu descobri num dia, descobri no dia 28, deitei pra dormir e acordei dois dias depois já com ela, minha pressão subiu demais...

O atendente da clínica onde foi realizado o exame foi capaz de identificar somente com a inspeção que ela estava grávida, o que indica que os profissionais necessitam capacitar-se para atender os pacientes como um todo, com anamnese ampla e abrangente e exame físico completo (inspeção, palpação, ausculta, percussão).

Além da falta de percepção e conhecimento do próprio corpo, a negação é um fator que contribuiu para a identificação tardia da gestação, conforme sugere a fala de Brígida:

... eu não queria aceitar que eu estava grávida, eu não queria ter um filho, daí eu ficava pensando que não tava, não tava, não tava, e botava na cabeça que a barriga não crescia, eu não saía de casa e aí quando eu resolvi fazer que eu vi mesmo que tava grávida ele nasceu [...] minha menstruação falhava, ela vinha um mês sim às vezes um dois meses não, um dois sim, o outro não, só que eu não tinha os sintomas, não enjoiei, nunca vomitei, nunca tive sintomas, nada, mas eu sabia que tava porque eu sentia ele se mexer, mas eu não queria acreditar, tinha até uma amiga minha que dizia: “porque tu escondes da gente?”, e eu dizia, eu não escondia de vocês eu queria esconder de mim, eu não queria acreditar...

Percebe-se, no relato anterior, que houve uma suspeita pela alteração na menstruação, mas a negação fez com que a gestante levasse a gravidez adiante como se nada tivesse acontecido. Quando ela afirma que fumou e bebeu e após, com tom de alívio, disse: “mas ele não tem nada”, mostrou entender que isso era prejudicial à criança, mas como negava a gestação não tomou os devidos cuidados. Pelo relato desta mulher, ela passou a acreditar na gestação somente no segundo trimestre, quando do início dos movimentos fetais, mesmo assim, continuou negando

até o final, motivo que a levou a não realizar o atendimento de pré-natal. Baruffi (2004, p. 49), em sua dissertação de mestrado, afirma que “a aceitação da gravidez interfere no início precoce do pré-natal”.

Leal e Lewgoy (2001, p. 65) referem que “enquanto a gravidez não for assumida, isto é, reconhecida, [...] não há uma importância maior atribuída aos sinais do corpo da mulher”. Isto fica evidente quando Brígida relata o início do trabalho de parto, sem saber o estava acontecendo:

...eu tava com muita dor, ele era pro outro mês, eu tinha ido num aniversário um dia antes, eu pensei que aquilo era porque eu tinha comido demais, aí eu fiquei o dia inteiro com contração, mas eu não sabia que era contração...

5.3 Não Valorização do Pré-Natal

A gestação é uma etapa natural da vida da mulher, mas, ao mesmo tempo, delicada, necessitando atenção especial. O atendimento de pré-natal visa garantir o bem estar do feto e da futura mãe desde a confirmação da gravidez até o seu fim, assegurando um parto e puerpério sem intercorrências. Enfim, é um atendimento basicamente preventivo e de grande importância, mas isso parece não ser claro para algumas mulheres.

As próprias mulheres entrevistadas citaram a importância do pré-natal, porém não buscaram o atendimento. As falas de Cássia, Francine e Gladis, respectivamente, referem-se ao entendimento das mulheres em relação ao pré-natal:

...Eu até entendo que o pré-natal é bom pra gente saber das coisas da criança, da gente também...;

...é importante agente fazer pra evitar da criança ir com problema, pra ver que eu não fiz e a minha guriuzinha tem asma...;

...é importante, ter um acompanhamento desde cedo, se acontece alguma coisa o médico ver que tem algum problema pode fazer algum tratamento, ver se o nenê ta sentado ou não pra ver se pode ter parto normal ou cesárea, é muito importante o pré-natal...;

Chama a atenção nas falas anteriores o dado das mulheres referirem a preocupação com o filho em primeiro lugar, deixando sua própria saúde em segundo plano. Um fato que reforça esta observação é que todas as crianças freqüentam o programa Pré-nenê, embora nenhuma das mães tenha realizado ao menos uma consulta de pré-natal.

A expressão “graças a Deus” foi citada em tom de alívio por Brígida e Cássia, respectivamente, quando reconheceram que comportamentos impróprios e o fato não terem feito exames no período pré-natal não trouxeram danos à criança ou indicaram algum problema com elas:

...então eu não fiz, mas graças a Deus ele veio bem, tudo bem, ele não tem nada, eu até tenho asma, pensei que ele podia ter, eu fumei, eu bebi, mas ele não tem nada, ele ta bem...;

...eu ganhei no Presidente Vargas, lá eles fizeram aqueles exames rápidos de HIV, essas coisas assim, graças a Deus não deu nada...

Segundo Bonilha (1997, p. 121), a gestação é pode ser “um evento encarado com naturalidade pelas mulheres, o que faz com que não valorizem o pré-natal como uma prática de saúde, que poderia ser benéfica para elas.”

Por outro lado, Ludwig (2000, p. 62) afirma que “o indivíduo ao perceber sua situação de saúde como merecedora de atenção, elege um serviço para satisfazer esta necessidade de saúde.”

Refletindo-se sobre as afirmações de Bonilha (1997) e Ludwig (2000) pode-se perceber que as mulheres não consideram a gestação como uma situação de saúde merecedora de atenção. Gravidez, para algumas mulheres, não é doença, faz parte da natureza da mulher, por isso não procuram atendimento de pré-natal. O relato da Gladis confirma esta observação, pois, segundo ela, teve uma gravidez tranqüila não entendeu como necessário fazer o acompanhamento:

... me acomodei na situação, fui passando de um mês pra outro, de um mês pro outro, quando vê passou os sete meses e ele nasceu [...] prá ele mesmo (pai da criança) eu contei já tava grávida de cinco meses e pouco, e daí ele começou a insistir, tem que ir no médico, semana que vem eu vou, tem que ir no médico, semana que vem eu vou, e assim eu ia passando de uma semana pra outra, e acabei não indo daí ele nasceu de sete meses [...] me acomodei na situação, tava tudo bem, eu nunca tive dor, nem nada, não tive muita azia, era uma gravidez tranqüila, e eu fui me acomodando da situação, quando eu vi já era tarde demais...

Os relatos de Cássia e Ema, respectivamente, demonstram o descaso das mulheres com a gestação e com a própria criança:

... é que eu já tenho bastante filhos e foi um pouco de descanso mesmo, né [...] achei que não era necessário, eu já conheço os procedimentos, aquela coisa toda...;

... não tinha tempo. Amanhecia e anoitecia usando droga e depois dormia o dia inteiro [...] foi... é preguiça, sinceridade, preguiça [...] era simplesmente preguiça mesmo, dormia demais, tinha preguiça de ir tirar ficha, preguiça de ir consultar [...] ficava adiando amanhã eu vou, amanhã eu vou, amanhã eu vou...

5.4 Experiências Prévias Negativas no Atendimento aos Filhos

Freqüentemente quando procura-se atendimento em saúde tem-se a expectativa de resolução de problemas ou evitar-se que eles aconteçam. Corresponder a esta expectativa faz com que o cliente volte para novos atendimentos, principalmente quando se trata de prevenção à doenças. O vínculo criado entre cliente e instituição dá-se por meio dos profissionais que atendem a clientela.

Nesta categoria, encontramos relatos de mulheres que tiveram transtornos no atendimento aos filhos, fazendo com que elas perdessem a confiança no serviço de saúde e nos profissionais, por isso não buscaram atendimento pré-natal. Embora não esteja explícita esta relação nesta primeira transcrição, acredito que tenha sido este o motivo apresentado por Cássia:

*... Entrevistador: e as outras vezes que tu fizeste o pré-natal deu tudo certo, te agradou as consultas, o jeito que foi feito?
Entrevistada: me agradou, agradou sim, eu até sabia a data certinha que o João ia nascer, o médico disse que ele ia nascer dia vinte e quatro de janeiro e ele nasceu, só minha guriazinha que teve asfixia leve, que ela ta com onze anos...*

Cássia é mãe de seis filhos, com idades de 16, 12, 11, 8, 4 e 1 ano. Ela diz ter feito o pré-natal dos três primeiros. Ao nascer, a menina de onze anos teve “asfixia leve” e este fato é aparece ser indicativo do descrédito nos atendimentos em saúde, pois não procurou mais o atendimento de pré-natal na gestação das outras três crianças que nasceram após do ocorrido. Quando questionada sobre a procura de atendimento em saúde para consultas ela respondeu:

...não gosto, não gosto mesmo, só assim no último caso, quando tiver mal mesmo...

Já o fato relatado por Doralina mostra de forma explícita o trauma vivido por esta mãe, que após o problema com seu filho procura somente o serviço de emergência para atendimentos em saúde:

... aqui já quase mataram o minha filha, eu já nem me arrisquei com esse aqui [...] a médica dela deu remédio errado pra ela, daí ela baixou, daí ela foi baixar no Presidente Vargas quase morta, daí eu me assustei e não levei mais, daí eu só levo nessa parte do lado de cá, na emergência...

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O pré-natal humanizado é um instrumento para redução da morbi-mortalidade materna e preparação para um parto e puerpério tranquilos. A dinâmica familiar atualmente faz com que muitas vezes as gestações não se tornem desejadas. A concepção de um filho nem sempre reflete o sonho na vida de um casal, muitas vezes os filhos são concedidos ao mundo, sem serem desejados. Em algumas situações a gestação aparece como um evento banalizado na família, especialmente nas classes sociais menos favorecidas. Todas as mulheres entrevistadas neste estudo não tiveram suas gestações planejadas. Daí emergem as categorias elaboradas na análise. Quando a gravidez não é planejada não é dada a importância para este fato, já que é um episódio natural na vida da mulher. E, por não ser considerado uma doença, dispensa atenção dos profissionais de saúde. Algumas mulheres citaram a importância do atendimento, mas, mesmo assim, não o procuram, pois não entendem que a prevenção é o princípio norteador do programa de pré-natal.

Na primeira categoria, identificação tardia da gravidez, encontram-se mulheres que não identificaram a gestação precocemente, pois não reconheceram os sinais em seus corpos. O convívio e o diálogo familiar podem ajudar nas questões referentes a saúde, onde cada membro da família cuida do outro, principalmente quando diz respeito a cumplicidade entre mãe e filha. Muitas mulheres, mesmo antes de fazerem qualquer teste de gravidez, já eram reconhecidas grávidas pela mãe ou pela avó, por exemplo. Mas o distanciamento na relação familiar faz com que as mulheres mais novas não tenham este amparo. Também há famílias em que

o diálogo sobre sexualidade e assuntos afim é proibido. Outro fato levantado ainda nesta categoria foi a inabilidade do profissional de saúde em diagnosticar a gestação de uma das mulheres, visto que, em quase 30 dias de acompanhamento, nem sequer levantou esta hipótese, sendo isto feito pelo atendente da clínica de ultrasonografia.

Na segunda categoria, não valorização do pré-natal, as mulheres não valorizam por não acharem necessário, por não entenderem que precisam de acompanhamento mesmo não estando doentes, por descaso com a gestação, com a criança e com a própria vida.

Já na terceira categoria, experiências prévias negativas no atendimento aos filhos, encontram-se as mulheres que perderam a confiança nos serviços e profissionais de saúde por traumas sofridos em atendimentos aos filhos. Aí sobressai o instinto materno, no qual a mãe não levará seu filho para um local onde ela entende que seja de risco.

As necessidades referentes ao cuidado da saúde da mulher fizeram com que o Ministério da Saúde priorizasse a atenção a esta população, elaborando programas de auxílio como o Programa de Humanização no Parto e Nascimento, Comissões de Morte-Materna, Prevenção do Câncer de Colo Uterino e Mamas, Atenção a portadoras de HIV e outras DSTs, entre outros.

O planejamento familiar tem vital importância na prevenção de gestações indesejadas, abortos provocados, crescimento de famílias sem condições financeiras, o que reflete na cobertura do pré-natal, mortalidade materna e criminalidade. Deve-se orientar as mulheres já na adolescência, pois nesta fase da vida a gestação indesejada trás mais problemas à vida das meninas. Os métodos anticoncepcionais devem ser sempre oferecidos e fornecidos, cabendo aos gestores

de saúde garantir o abastecimento dos postos de saúde. Atividades em grupo em escolas e no próprio posto devem ser realizadas periodicamente, orientando quanto ao planejamento familiar e prevenção de DSTs e AIDS.

O atendimento de pré-natal é diferenciado e deve ser realizado por profissionais qualificados. Para ampliar a cobertura para 100% entendo que três fatores são essenciais: conscientização por parte das mulheres sobre a importância de procurar o atendimento, acesso facilitado ao serviço para toda a população e qualificação dos profissionais que atendem as gestantes.

A educação das mulheres sobre sexualidade, reprodução e cuidados com a saúde tem que partir da família, sendo esta a base estrutural da mulher. A equipe de saúde tem vital importância e deve atuar neste sentido na comunidade, trabalhando assuntos referentes a assuntos como mudanças corporais, sexualidade e prevenção da saúde.

O acesso ao serviço de saúde deve ser facilitado, principalmente nas áreas de periferia urbana, visto que o baixo poder aquisitivo das mulheres não permite um deslocamento maior para procurar o atendimento. Quando as mulheres não procuram atendimento, atualmente, nas áreas em que há atuação dos postos deve ser possibilitado que os profissionais se desloquem até as mulheres grávidas, bem como, as consultas também devem ser facilitadas nas unidades de saúde.

Os profissionais que atendem gestantes têm que ter qualificação específica, ser embasados no princípio do atendimento humanizado no pré-natal. O atendimento qualificado e humanizado fortalece a relação entre o pré-natalista e a mulher, criando um forte vínculo, fazendo com que a mulher seja assídua às consultas e volte numa futura gestação.

Para uma cobertura eficaz na atenção às gestantes o Programa de Saúde da Família em conjunto com o Programa de Agentes Comunitários de Saúde mostraram-se extremamente importantes, pois têm total controle sobre as mulheres da população, usando a busca ativa como instrumento para aumento da cobertura do pré-natal.

Finalizando, os esforços do Ministério da Saúde vêm contribuindo para o aumento da cobertura do pré-natal, mas sabe-se que ainda há muito que fazer em relação a atenção integral à saúde da mulher. Unindo esforços com profissionais interessados e qualificados e representações públicas a melhoria na atenção à mulher é um objetivo possível de ser alcançado.

REFERÊNCIAS

BARUFFI, L. M. **O Cuidado cultural à mulher durante a gestação**: uma contribuição para a humanização. 2004. 170 p. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

BONADIO, I. C. **Ser tratada como gente**: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. 1996. 200 p. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1996.

BONILA, A. L. L. **Criança miúda**: o cotidiano do cuidar no contexto familiar. 1997. 150 p. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno-infantil**. 2. Ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

_____. Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº 94.406/87. Disponível em: SANTOS, E. F. *et al.* **Legislação em enfermagem**: atos normativos e de ensino em enfermagem. São Paulo: Atheneu, 1998.

_____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. 1. Ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Programa humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BUCHABQUI, J. A.; ABEICHE, A. M.; BRIETZKE, E. Assistência Pré-natal *In*: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

DENZIN, N. K; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks,USA: SAGE,1994.

ENKIN, M. *et al.* **Guia para atuação efetiva na gravidez e no parto**. 3. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

ESPÍRITO SANTO, L. C.; BERNI, N. I. O. Enfermagem em Obstetrícia. *In*: FREITAS, F. *et al.* **Rotinas em obstetrícia**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GOLDIM, J. P. **Manual de iniciação à pesquisa em saúde**. 2. Ed. Porto Alegre: Dacasa Editora, 2000.

Indicadores municipais de saúde: atenção básica. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/tabfusion/tabfusion.cfm>, acessado em 31/10/2005.

LACRETA, O. Propedêutica da Gravidez: diagnóstico clínico. *In*: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

LEAL, O. F.; LEGOY, B. Pessoa, aborto e contracepção. *In*: LEAL, O. F. **Corpo e significado: ensaios de antropologia social**. 2. Ed. Porto Alegre: Universidade UFRGS, 2001.

LOWDERMILK, D. L. Anatomia e Fisiologia da Gestação *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em enfermagem materna**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LÜDKE, M.; ANDRÉ; M. E. D. A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. Dão Paulo: EPU, 1986.

LUDWIG, M. L. M. **O contexto de um serviço de emergência**: com a palavra o usuário. 2000. 115 p. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2000.

MENEZES, I. H. C. F.; DOMINGUES, M. H. M. S. Principais mudanças corporais percebidas por gestantes adolescentes assistidas em serviços públicos de saúde de Goiânia. **Revista de nutrição**. Campinas, 17 (2): 185-194, abr-jun, 2004.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

SAUNDERS, R. B. Cuidado de Enfermagem Durante a Gestação *In*: LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O cuidado em enfermagem materna**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Panorama da Atenção Pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista brasileira de saúde materno-infantil**. Recife, 4(3): 269-279, jul-set, 2004a.

_____. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno de saúde pública**. Rio de Janeiro, 20(5): 1281-1289, set-out, 2004b.

APÊNDICE A - Entrevista

Dados de identificação:

Idade:

Escolaridade:

Paridade:

Número de pré-natais anteriores:

Questão:

Qual o(s) motivo(s) que te levou a não procurar o atendimento de pré-natal?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Solicito sua colaboração no sentido de participar do presente estudo, cujo objetivo é identificar motivos que levaram as mulheres a não realizarem o atendimento pré-natal para que, por meio dos seus resultados, possam ser pensadas ações para aumentar a cobertura do programa de pré-natal.

Pelo presente termo, declaro que autorizo a minha participação nesta pesquisa, pois fui informada, de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento, dos objetivos, da justificativa e da entrevista que responderei. Fui igualmente informada:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida a cerca dos procedimentos, riscos, benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;
- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar do estudo, sem que isso traga qualquer prejuízo a mim;
- Da segurança de que não serei identificada e que se manterá o caráter confidencial das informações relatadas por mim;

Os pesquisadores responsáveis são Augusto Badin Crippa, acadêmico de enfermagem do 9º semestre da Universidade Federal do Rio Grande do Sul e Profª Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, professora da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, telefone 33165428, tendo esse documento sido revisado e aprovado pelo comitê de ética da Prefeitura de Porto Alegre.

Nome do participante: _____

Assinatura do pesquisador: _____

Data: ___/___/___

Telefone para contato: 33183682, com Augusto Crippa.

ANEXO

Carta de Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa HMIPV