

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA
E SAÚDE PÚBLICA

ANA CLÁUDIA BARROS
LAYANN JOSÉ CARNEIRO NUNES
LIA COSTA RAMALHO
VILMA MARQUES SILVA

O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À GESTANTE E PUÉRPERA

São Luís

2011

**ANA CLAÚDIA BARROS
LAYANN JOSÉ CARNEIRO NUNES
LIA COSTA RAMALHO
VILMA MARQUES SILVA**

O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À GESTANTE E PUÉRPERA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública da LABORO – Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família E Saúde Pública.

Orientadora: Doutora Mônica Elinor Alves Gama.

São Luís

2011

Barros, Ana Cláudia et al.

O atendimento de enfermagem no cuidado à gestante e puérpera. Ana Cláudia Barros. Layann José Carneiro Nunes. Lia Costa Ramalho. Vilma Marques Silva. - São Luís, 2011.

38 f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família e Saúde Pública) – Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2011.

1. Gestante . 2. Puérpera. 3. Programa Saúde da Família. 4. Saúde Pública. Título.

CDU 612.613:614.2

ANA CLÁUDIA BARROS
LAYANN JOSÉ CARNEIRO NUNES
LIA COSTA RAMALHO
VILMA MARQUES SILVA

O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO À GESTANTE E PUÉRPERA

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Saúde da Família e Saúde Pública da LABORO – Excelência em Pós-Graduação/ Universidade Estácio de Sá, para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família E Saúde Pública.

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Mônica Elinor Alves Gama (Orientadora)
Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

Prof^a. Rosemary Ribeiro Lindholm (Examinadora)
Mestre em Enfermagem Pediátrica
Universidade São Paulo – USP

RESUMO

O presente trabalho trata de avaliar o atendimento de enfermagem às gestantes e puérperas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde, no município de Alto Alegre do Pindaré – MA. Aborda-se variáveis com relação a dados sócio-econômicos e demográficos de 33 gestantes e puérperas; bem como os dados reprodutivos e a conduta de acompanhamento a população estudada pelas enfermeiras da Unidade de Saúde em estudo. Na análise dos resultados foram encontrados os seguintes resultados: 63% das gestantes e puérperas tem acima de 20 anos e 79% vivem em união estável; em relação à escolaridade, 42% tem Ensino Médio incompleto; acerca da renda salarial, 58% recebe menos de 1 salário mínimo e 54% tem ocupação do lar; 55% relata que teve a 1ª menarca entre 14 e 16 anos e 45% iniciou suas atividades sexuais com mais de 16 anos; 100% receberam acompanhamento pré-natal; receberam orientações recebidas dos enfermeiros, a maior parte foi sobre vacinas seguido de exames, alimentação, higiene e aleitamento materno; 100% não teve dificuldades nem limitações no atendimento realizado pelos enfermeiros (as); 75% das gestantes e puérperas acham que o que mais contribui com a assistência de enfermagem são as informações atualizadas como: orientações sobre os cuidados com o bebê, vacinas, medicação, controle da PA, aleitamento materno; 93% dizem estar satisfeita com a qualidade da assistência de enfermagem; acerca dos procedimentos de enfermagem recebidos, foi destacado administração de medicamentos, verificação de PA e observação do sangramento transvaginal; 51% receberam visitas durante o puerpério. Os resultados desta pesquisa reforçam a necessidade de estudo mais aprofundado sobre o tema, especialmente com ênfase na assistência de enfermagem à gestantes e puerpéras, acompanhadas no Programa de Saúde da Família, centrando-se primordialmente, em torno dos cuidados biológicos sobretudo aqueles que ajudam no controle do processo saúde-doença, preconizados pelo Ministério da Saúde às gestantes e puerpéras.

Palavras-chave: Gestante. Puérpera. Programa Saúde da Família. Saúde Pública.

ABSTRACT

This work deals with nursing care for pregnant women and new mothers in a Basic Health Unit for the development of the same in the Basic Health Trizidela in the municipality of Alto Alegre do Pindaré – MA. Evaluate nursing care for pregnant women and new mothers in a Basic Health Unit is approached variables with respect to socio-economic and demographic characteristics, as well as the reproductive data and conduct follow-up study population of nurses Health Unit study. In analyzing the results we found the following results: 63% of pregnant and postpartum women have over 20 years and 79% live in stable, in terms of education, 42% had incomplete secondary school; about wage income, 58% receives less of a minimum wage and 54% have occupation of the home, 55% reported they had the 1st menarche between 14 and 16 years and 45% began sexual activities with more than 16 years, 100% received prenatal care, on the guidelines received of nurses, most were followed by tests on vaccines, nutrition, hygiene and breastfeeding, 100% had no difficulties or limitations in the care given by nurses (as), 75% of pregnant women and new mothers think that what most contributes to nursing care is the information updated as guidelines on infant care, vaccines, medication, BP control, breastfeeding, 93% say they are satisfied with the quality of nursing care, on nursing procedures received, it was stressed administering medication, checking blood pressure and observation of transvaginal bleeding. The results of this research reinforce the need for further study on the subject, especially with emphasis on nursing care pregnant and postpartum women, accompanied by the Family Health Program, focusing primarily around the care Biological especially those that help control the health-disease process, established by the Ministry of Health to pregnant and postpartum women.

Keywords: Pregnancy. Postpartum. Family Health Program. Public Health.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1	Distribuição numérica e percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com as características demográficas e socioeconômicas na Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.....	19
Tabela 2	Distribuição numérica e percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com os dados reprodutivos. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.....	22
Quadro 1	Distribuição numérica de 33 gestantes e puérperas de acordo com as orientações oferecidas pelas enfermeiras. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011	23
Gráfico 1	Distribuição percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com as contribuições da assistência de enfermagem. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.....	25
Gráfico 2	Distribuição percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com a satisfação com a qualidade da assistência de enfermagem prestada. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.....	26
Quadro 2	Distribuição numérica de 33 gestantes e puérperas de acordo com os procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011	27
Tabela 3	Distribuição numérica e percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com visitas domiciliares recebidas no puerpério. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.....	27

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	8
2	OBJETIVOS	11
2.1	Geral.....	11
2.2	Específicos	11
3	REVISÃO DE LITERATURA	12
4	METODOLOGIA	17
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	19
6	CONCLUSÃO	28
	REFERÊNCIAS	29
	APÊNDICES	34

1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma fase da vida da mulher em que acontecem profundas modificações físicas, psicológicas e sociais, que exigem adaptações na sua dinâmica psíquica e nas relações com o mundo externo (CARVALHO, 2002).

Nesse contexto, Duncan et al (2004), afirmam que o acompanhamento pré-natal é uma importante estratégia em saúde, que visa uma adequada assistência à gestação e ao parto por meio de uma série de cuidados preventivos em gestantes. A promoção da saúde das mães depende de uma avaliação apropriada no período gestacional, para a identificação de possíveis fatores de risco a fim de ofertar condutas diferenciadas às gestantes de baixo ou alto risco.

O Sistema Único de Saúde (SUS), instituído pela Constituição de 1988 e homologado pela Lei Orgânica da Saúde 8080/90, tem, como princípios doutrinários, a universalização e a equidade do acesso aos serviços de saúde, além da integralidade na assistência (BRASIL, 2007).

Dentre as inovações trazidas pelo PSF, destaca-se a vinculação da população a uma equipe básica de saúde, composta por um médico generalista, um enfermeiro, um auxiliar ou técnico em enfermagem e quatro a doze agentes comunitários de saúde (ACS). Essa equipe tem a missão de prestar assistência integral e contínua à comunidade, mediante diagnóstico de suas necessidades, realizando ações de prevenção e de promoção da saúde, além das de reabilitação (BODSTEIN, 2005).

Dessa forma, as linhas do cuidado integram os recursos disponíveis em fluxos de assistência que garantem ao usuário o acesso aos recursos necessários a sua assistência. Trabalha-se “com a imagem de uma linha de produção do cuidado, que parte da rede básica, ou de qualquer outro lugar de entrada no sistema, para os diversos níveis de assistência” (FRANCO; MAGALHÃES JUNIOR, 2007).

Essa linha do cuidado teve como objetivo garantir o cuidado necessário à gestante, puérpera e ao recém-nascido pela integração das ações dos profissionais envolvidos. De acordo com Crevelim; Peduzzi (2005) é preciso se alcançar um relacionamento consciente e coordenado entre os diversos profissionais de saúde para que o conjunto do trabalho executado se constitua em um só movimento em prol da atenção à saúde.

Essas considerações remetem ao trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar enquanto ferramenta fundamental para que se dê conta desse universo complexo que constitui a dimensão cuidadora. De acordo com Merhy (2008), enquanto os trabalhadores em saúde não interagirem entre si, articulando seus conhecimentos dentro de um campo de produção do cuidado comum, não haverá concretização de um trabalho em equipe. Assim, o isolamento de cada um em seu núcleo específico de saberes e práticas restringe o processo de trabalho aos modos de fazer enrijecidos e ao conhecimento técnico estruturado.

Em contrapartida, o campo do cuidado possibilita, a todos os profissionais de saúde, um alto investimento na relação com o usuário, para efetivar a produção conjunta do cuidado. Portanto, a avaliação periódica e o monitoramento de ações e programas são importantes para a qualidade da atenção à saúde e exigem a utilização e definição de indicadores adequados. Os indicadores de processo são geralmente mais úteis para monitorização regular em período relativamente curto (CARROLI et al., 2001).

Ressalta-se a necessidade de se preparar a mulher para a maternidade, com enfoque nas ações do pré-natal, buscando-se conhecer a história obstétrica anterior, bem como o desfecho de uma gravidez prévia. Os temores mais comuns na gravidez têm relação íntima com as fantasias que surgem no período final da gestação, tais como medo da morte, da dor, do esvaziamento e da castração. Já a ansiedade pode estar associada a uma vivência negativa da experiência de pré-natal e parto (PICCININI et al., 2004).

Para Lopes et al (2005) o medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade desenvolvidos durante o período gestacional e está associado ao aumento do risco de que a gestante tenha uma experiência de parto negativa, assim como de um novo pré-natal.

Assim, é fundamental que os profissionais criem um canal de diálogo com as gestantes, respeitando-se os valores culturais e as limitações que envolvem a gravidez, principalmente a gestante trabalhadora, que contribui para a manutenção financeira da família e divide o tempo entre o trabalho e a assistência à saúde. Esse quadro configura uma nova necessidade em saúde por parte da população feminina (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Segundo Pinto et al (2005) a discussão em torno das necessidades das gestantes é um dos eixos propostos pelo acolhimento, sendo que este é

proporcionado toda vez que o usuário entra em contato com o serviço de saúde e obtém resposta às suas necessidades, por meio de assistência propriamente dita ou através de informações, ou seja, quando os profissionais demonstram interesse pelos seus problemas e se empenham na busca de soluções.

Nesse sentido, Piccinini (2004) diz que a assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem.

Dada a variedade das tarefas inerentes a efetivação no acompanhamento de gestantes e puérperas, em razão de fazer parte dos recursos da saúde, com responsabilidade na promoção e recuperação da mesma, a enfermagem desempenha uma função básica, ou mesmo essencial, no desenvolvimento de programas que objetivam o atendimento de gestantes e puérperas.

O interesse do presente tema se justifica pela necessidade de um estudo mais criterioso enfocando a importância do atendimento de enfermagem no cuidado a gestante e a puérpera tendo em vista o que é preconizado pelo Ministério da Saúde considerando a necessidade de acompanhamento de melhor qualidade. Diante do exposto, optou-se por conhecer a conduta de atendimento de enfermagem em relação às gestantes e as puérperas considerando-se os seguintes questionamentos:

- Que tipo de orientações recebe dos profissionais de enfermagem?
- As gestantes e as puérperas encontraram dificuldades ou limitações durante seu atendimento?
- As gestantes e as puérperas estão satisfeitas com esse tipo de atendimento?
- Quais os procedimentos de enfermagem recebidos?

Nesse sentido, inicia-se com algumas considerações acerca da gestação, parto e puerpério, bem como o pré-natal e atendimento de enfermagem.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

Avaliar o atendimento de enfermagem às gestantes e puérperas em uma Unidade Básica de Saúde.

3.2 Específicos

- Identificar as características demográficas e sócio-econômicas das gestantes e das puérperas atendidas;
- Verificar aspectos reprodutivos do grupo de gestantes e puérperas;
- Identificar orientações dadas pela equipe de enfermagem ao grupo em estudo;
- Verificar as contribuições da assistência da equipe de enfermagem as gestantes e puérperas para o enfrentamento do processo de gestação, parto e puerpério.

3 CONSIDERAÇÕES SOBRE GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

A gestação, o parto e o puerpério, assim como a menstruação e a relação sexual são fatos naturais da vida da mulher, mas em nossa sociedade, ainda são pouco discutidos e debatidos, tanto no contexto familiar como social (NUWHID; HALIFE, 2004).

Santos (2008) relata que a gravidez é um momento especial na vida da mulher, de seu parceiro e de sua família. A gestação constitui uma experiência humana das mais belas e, se bem acompanhada torna-se, a realização de um sonho para a maioria das mulheres, considerando-se como um período de mudanças físicas e emocionais que cada mulher vivencia de maneira distinta.

O relacionamento mãe e feto são únicos e inseparáveis, e o período gestacional dentre os períodos do ciclo vital é um dos mais críticos (ZUGAIB, 2009). Segundo Belford (2004), no Brasil esboça-se tendências de aproveitar o período gestacional para proporcionar às mulheres, principalmente aquelas de baixa renda e cultura, atendimento ampliado, visando rastrear saúde, em geral, consubstanciado pelo programa nomeado PAISM (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher).

O período que compreende a gravidez até o momento do parto deverá ser cercado de orientação e preparação, tanto físicas quanto emocionais, sendo preciso cuidar do corpo para enfrentar as exigências extras principalmente na hora do parto (ANDRADE; SOUSA, 2006). Para Morais; Mauad Filho (2008), devido às diversas alterações que ocorrem na mulher no período gestacional, é necessário um conjunto de medidas preventivas e acolhedoras desde o início ao final da gestação, ao qual denominou-se de pré-natal.

Pré-natal e atendimento de enfermagem

Atualmente, a Consulta de Enfermagem na rede básica de saúde é realizada de acordo com o roteiro estabelecido pelo Ministério de Saúde, garantida pela Lei do Exercício Profissional e o Decreto no 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro (BRASIL, 2000). Nas atividades relacionadas à assistência pré-natal, estudos de Amaral; Araújo; Soares

(2001); Moural (2002); Moura; Araújo; Flores (2002) relatam que a Consulta de Enfermagem tem sofrido transformações em sua concepção, metodologia e, principalmente, a inserção nos serviços de saúde, transitando para o prestígio e aceitação do profissional enfermeiro no seu fazer e assistir.

O período que compreende a gravidez até o momento do parto deverá ser cercado de orientação e preparação, tanto físicas quanto emocionais, sendo preciso cuidar do corpo para enfrentar as exigências extras principalmente na hora do parto (ANDRADE; SOUSA, 2006). Sendo assim, a atuação do enfermeiro nos programas de pré-natal implica seu preparo clínico para identificação de problemas reais e potenciais da gestante, família e comunidade, com vistas ao manejo adequado das diversas situações práticas (BRANDEN, 2000).

A habilidade de raciocínio e julgamento clínico do enfermeiro para diagnosticar as respostas humanas a problemas de saúde e processos de vida reais ou potenciais consiste no Diagnóstico de enfermagem. A taxonomia de diagnósticos de enfermagem reconhecida oficialmente no mundo mais difundida no Brasil é a da *North American Nursing Diagnosis Association* (NANDA) (MOURA, 2002).

Dessa forma, a Consulta de Enfermagem proporciona orientação de medidas favoráveis que visam a abordagem apropriada às necessidades peculiares das mulheres com quem interagem em consultas no pré-natal, nas unidades básicas de saúde. É pertinente lembrar que os contatos frequentes nas consultas entre enfermeiros e clientela possibilitam melhor monitoramento do bem-estar da gestante, o desenvolvimento do feto e a detecção precoce de quaisquer problemas, tal como mencionado por Branden (2000).

Numa proposta com vistas à melhoria e à humanização da assistência no período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde responsabiliza os serviços de saúde, que devem oferecer o adequado acompanhamento do parto e puerpério, a receber com dignidade a mulher e o recém-nascido e a adotar práticas humanizadas e seguras. Isso implica organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (SOUZA, 2006).

Nesse contexto, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, utilizando conhecimentos técnico-científicos, com meios e recursos adequados e disponíveis. As ações de saúde devem estar voltadas à cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência

da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação das ações sobre a saúde materno-perinatal (CLAPIS; PROGIANT; CORREA 2005).

É na assistência do pré-natal que se avalia a gestante, onde o médico ou enfermeiro, através de exames clínicos e laboratoriais, rastreiam doenças que podem levar a gestação de alto risco, pois o mesmo é um acompanhamento da evolução da gestação que vai além do cuidar da saúde física (FONSECA, 2009). Para Tedesco (2002), o pré-natal é um atendimento multidisciplinar que objetiva alcançar e manter a integridade das condições de saúde materna e fetal cujos resultados devem ser avaliados à longo prazo.

A assistência pré-natal deve ser organizada para atender as reais necessidades da população de gestantes. Para que esta assistência seja efetiva, o Ministério da Saúde assegura que se deve garantir a discussão permanente com a população, identificação precoce das gestantes na comunidade e o pronto início do pré-natal no primeiro trimestre, para assim acompanhá-las em todo o período gestacional com medidas preventivas e terapêuticas, quando necessário (BRASIL, 2000).

O pré-natal inclui um conjunto de atividades onde a finalidade é identificar, o mais precocemente possível, risco para a mãe e feto, favorecendo a implementação de uma assistência eficaz. Dessa forma, a ausência do pré-natal ou a inadequação deste, traz como consequência maior número de complicações durante o parto e o puerpério (COIMBRA; SILVA, 2000).

O aspecto fundamental da assistência pré-natal eficiente é sua qualidade, e não a simples multiplicação dos ambulatórios, mas o trabalho idôneo, junto a cada gestante, com pessoal capacitado à fazê-lo. Para tanto, não se pode falar em assistência pré-natal de qualidade se as unidades básicas de saúde apresentam-se sem pessoal habilitado e suficiente, ausência de condições para efetuar os exames fundamentais, tudo isso sem despesas e burocracias desnecessárias e ainda não prestar uma assistência social (COIMBRA, 2003).

Para Parazzi; Fonseca (2009) torna-se óbvio salientar a importância da assistência pré-natal. Para isso, basta comparar a morbidade e mortalidade maternas e neonatais, onde o declínio da mortalidade tem na assistência pré-natal uma participação marcante.

A frequência das visitas antenatais, bem como o momento da primeira visita, são usualmente referidas como prováveis elementos contribuintes para as taxas de mortalidade perinatal. A Organização Mundial de Saúde (OMS), preconiza que a gestante deve realizar pelo menos 6 consultas durante a gravidez (BRASIL, 2006). Alguns autores entendem que menos que dez visitas pré-natais pode fazer diferença nos resultados perinatais, em particular no que se refere ao nascimento de fetos pré-termo. Uma assistência pré-natal adequado significa precocidade no tratamento, assiduidade nas visitas e boa qualidade de atendimento.

A gestação provoca mudanças orgânicas e psicológicas próprias do processo fisiológico que caracteriza este período (SOUZA et al., 2006). Estes mesmos autores relacionam que tais alterações devem ser acompanhadas por profissionais capazes de identificar, o mais brevemente possível, fatores de risco que possam se sobrepôr a estas alterações e comprometer o bem-estar materno-fetal. Dessa forma, devem-se adotar condutas adequadas e oportunas, para que a gestação culmine com a chegada de um recém-nascido saudável e uma mãe livre de complicações.

Sendo assim, a mulher deve ser alertada a procurar assistência pré-natal, tão logo seja feito o diagnóstico da gestação (NEME, 2005). Porém, é preciso ressaltar que a adesão da gestante ao pré-natal está relacionada com a qualidade na assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde (MARTINS, 2008). Dentre os profissionais habilitados a executar o pré-natal, destaca-se o enfermeiro, pois segundo a Lei do Exercício Profissional e o Decreto de nº. 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo mesmo, seguindo o roteiro estabelecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

A importância do enfermeiro em todos os níveis da assistência e, principalmente, na Estratégia Saúde da Família (ESF) é de substancial relevância. No que concerne à assistência pré-natal, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez, bem como informá-la dos serviços que estão à sua disposição (SANTANA, 2006).

Para tanto, os profissionais de saúde devem ter uma visão holística das gestantes, pois elas necessitam de uma avaliação biopsicoespiritual na qual os profissionais devem se preocupar não somente com o aspecto biológico, mas

também com o acolhimento, envolvimento da gestante e parceiro e aspectos psicológicos, sociais e educacionais (MOURAL, 2002).

Ressalta-se o acolhimento, que de acordo com Ministério da Saúde concretiza uma assistência adequada, pois é um fator essencial da política de humanização, ou seja, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário (a). Logo, deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL, 2006).

A qualidade nos serviços de saúde pode ser avaliada pela satisfação dos pacientes. Portanto, as estratégias para a busca da qualidade devem ser voltadas para estes. A instituição que possui uma equipe que trabalha com competência, paciência e atenção, colocando os pacientes como prioridade, caminha para a busca da qualidade e satisfação deles (BACCI, 2002). Dessa forma, a qualidade da assistência nos serviços de saúde é algo inseparável da satisfação e das necessidades dos clientes. Esta satisfação é a percepção subjetiva de pacientes e profissionais quanto ao alcance de suas expectativas (SANTOS et al., 2008). A associação entre a satisfação, aquiescência do paciente e o sucesso do tratamento determinam a qualidade do atendimento. Araújo (2003) ressalta que muitos profissionais estão começando a se preocupar com a satisfação do paciente.

Ramos et al (2003) defende que é cada vez mais relevante o reconhecimento da satisfação dos pacientes quando se trata da qualidade dos serviços de saúde. Para ele, é indispensável a visão que o paciente tem do atendimento que lhe é prestado para que, melhorada a visão técnica, se possam avaliar as práticas profissionais e formas de organização de serviços, buscando sua melhoria e excelência.

Santos (2008) chama atenção para a questão que, para se obter qualidade na atenção à saúde é necessária avaliação constante na instituição. E ressalta que a avaliação deve ser contínua por sofrer mudanças conforme o momento vivenciado e a percepção que o usuário tem do processo saúde-doença. A decisão de procurar um determinado atendimento é baseada em avaliações anteriores, que a cada momento estão se modificando.

4 METODOLOGIA

Tipo de estudo

Este estudo consistiu-se de uma pesquisa de natureza descritiva, prospectiva com variáveis quantitativas dos dados, realizada no período de março a julho de 2011.

Local do estudo

A pesquisa foi realizada na Unidade Básica de Saúde Trizidela, localizada Rua Mizael Franco, s/nº, no município de Alto Alegre do Pindaré – MA que atende a comunidade local prestando, dentre outros tipos de atendimento, o acompanhamento pré-natal e puerpério.

Alto Alegre do Pindaré é um município mesorregião do Oeste maranhense fundado em 1997 através da Lei Estadual de nº 6167/1994, tendo como limites ao Norte a Cidade de Bom Jardim, a Leste a cidade de Tufilândia, a Oeste a cidade de Buriticupu e ao Sul a cidade de Santa Luzia.

Politicamente emancipado, tem área 1.932,317 km²; densidade 16,06 hab./km²; megatérmico e sub-úmido, 219 Km distante de São Luís e em 2007, o IBGE estimou sua população em 31.992 habitantes.

A saúde conta com um amplo atendimento médico, com Centro de Saúde e Unidade Básica de Saúde, 15 Postos de Saúde, 01 Hospital Geral. Neste município atuam equipes de Estratégia Saúde da Família, cada uma composta por médicos, enfermeiros, dentistas, técnicos de enfermagem e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) que realizam atendimento à comunidade de segunda a sexta-feira, nos turnos matutino e vespertino.

População

A população foi representada por 33 gestantes e puérperas atendidas em uma Unidade Básica de Saúde de Alto Alegre do Pindaré – MA e cadastradas no Programa Saúde da Família - PSF.

Instrumento de coleta de dados

Para a coleta dos dados foi utilizado um questionário, previamente elaborado pelos pesquisadores com perguntas abertas e fechadas, contemplando variáveis referentes aos fatores sócio-econômicos, demográficos, dados reprodutivos da referida população.

Coleta e análise dos dados

A coleta dos dados foi realizada após autorização da Direção da Unidade de Saúde procedendo-se com os esclarecimentos sobre a pesquisa para as gestantes e puérperas que aceitaram participar da pesquisa. Posteriormente, procedeu-se com a análise estatística utilizando-se o Programa Microsoft Excel 2007, cujos resultados foram representados em forma de tabelas e gráficos.

Considerações éticas

Por ser uma pesquisa que envolve seres humanos foram respeitados os preceitos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde observando-se o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B)

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Em relação à faixa etária da amostra estudada, a tabela 1 mostra que 63% encontra-se acima de 20 anos; 21 % encontram-se na faixa etária de 15 a 17 anos, 10% de 18 a 19 anos e 6% acima de 12 a 14 anos.

Com relação à variável estado civil, 79% das gestantes e puéparas vivem em união estável; 18% são solteiras e 3%, casadas.

Ao analisar a variável renda familiar, 58% sobrevivem com menos de 1 salário; 36% tem como renda 1 salário e apenas 6% referiram renda de 2 salários ou mais.

Pelos dados apresentados sobre a escolaridade, observa-se que 42% das gestantes e puérperas assistidas no pré-natal encontravam-se cursando o ensino médio; 34% no ensino fundamental incompleto; 12% com ensino médio completo; 12% no ensino fundamental. Ao analisar a ocupação das gestantes, foi constatado que 54% são do lar; 36% são lavradoras e 10%, estudantes.

Sobre os dados relacionados a faixa etária das gestantes adolescentes vale ressaltar que estudos de Bouer (2003) fazem referências a maior incidência de complicações durante a gestação de adolescentes, tais como abortamento espontâneo, restrição de crescimento intra-uterino, diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro, sofrimento fetal intraparto e parto por cesárea. São citados, ainda, maior frequência de deiscência de suturas e dificuldade de amamentação. Segundo Burroughs (2000), gestantes casadas e com uma união estável são fatores essenciais para favorecer um ambiente familiar ideal para criação do filho. E ainda afirma que estas buscam por melhor qualidade na assistência pré-natal. No estudo de Silva Jr. (2007) a condição social, que havia apontado mais gestantes casadas nos anos de 1990 e 2000, mostrou sensível redução no ano de 2005, refletindo uma das principais características sociais da última década, que é a desvinculação da gravidez ao casamento e do amparo familiar.

Tabela 1 – Distribuição numérica e percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com as características demográficas e socioeconômicas. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.

Faixa etária	N	%
12a 14 anos	02	6
15 a 17 anos	07	21
18 a 19 anos	03	10
Acima de 20 anos	21	63
TOTAL	33	100
Estado Civil	N	%
Solteira	06	18
Casada	01	3
União estável	26	79
TOTAL	33	100
Renda Familiar	N	%
Menos de 1 salário	19	58
1 salário mínimo	12	36
2 salários ou mais	02	6
TOTAL	33	100
Escolaridade	N	%
Ensino Fundamental	04	12
Ensino Fundamental incompleto	11	34
Ensino Médio	04	12
Ensino Médio incompleto	14	42
TOTAL	33	100
Ocupação	N	%
Lavadora	12	36
Estudante	03	10
Do lar	18	54
TOTAL	33	100

Os resultados encontrados no presente estudo corroboram com aqueles encontrados por Knuppel et al (2005) ao referir que a idade ideal para a gravidez está entre 20 e 30 anos, com o aumento das complicações gestacionais nos extremos da idade. Para Halpern (2002) a faixa etária acima de 25 anos torna a gestante mais exigente em relação à assistência recebida, visto que ela está mais determinada em sua gravidez.

De acordo com Tedesco (2002), o nível sócioeconômico interfere no padrão de vida familiar, na higiene e saúde, no tipo de moradia, no nível de vida, nos cuidados com a saúde e até mesmo na qualidade da assistência pré-natal.

A escolaridade é considerada um indicador da posição social. O nível educacional pode ser compreendido como um fator relacionado ao perfil cultural e ao comportamento ligado aos cuidados de saúde, que tem um efeito importante na determinação da satisfação com a assistência pré-natal (PINTO et al., 2005). O grau de instrução da gestante fornece subsídios aos profissionais de saúde sobre a melhor forma de transmitir as orientações no acompanhamento pré-natal. Por isso, quando as informações forem dadas à gestante, deve-se considerar seu grau de escolaridade, suas necessidades e realidades (ZUGAIB, 2009).

Isso demonstra ainda que a gravidez interfere na permanência escolar como na inserção no mercado de trabalho visto que, quanto menor o nível de escolaridade menor será a chance de emprego. De acordo com os dados do Ministério da Saúde tem sido referida a alta taxa de evasão escolar entre adolescentes grávidas, chegando a aproximadamente 30%, e o retorno à escola ocorre em pequenas proporções (BRASIL, 2011). A ocupação também é um fator que interfere na satisfação, pois mulheres que trabalham tendem a cobrar mais pela qualidade da assistência recebida, pelo fato de serem independentes (PINTO et al., 2005).

Considerando os aspectos reprodutivos a Tabela 2 mostra que 55% das gestantes e puérperas tiveram a 1ª menarca entre 14 e 16 anos e 45%, entre 12 e 13 anos. Em relação a idade da primeira relação sexual, 45% iniciaram suas atividades sexuais com mais de 16 anos; 43% entre 14 e 15 anos, enquanto que 12% entre os 11 e 13 anos. Analisando os dados sobre o acompanhamento pré-natal pode-se observar que 100% das gestantes e puérperas estão realizando ou realizaram o pré-natal.

Tabela 2 – Distribuição numérica e percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com os dados reprodutivos. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.

DADOS REPRODUTIVOS	Nº	%
Idade da 1ª menarca		
12 a 13 anos	15	45
14 a 16 anos	18	55
Total	33	100
Idade da primeira relação sexual		
11 a 13 anos	04	12
14 a 15 anos	14	43
>16 anos	15	45
Total	33	100
Acompanhamento de pré-natal		
Sim	33	100
Não	-	-
TOTAL	33	100

Embora existam estudos confirmando que a menarca se inicia cada vez mais cedo entre as adolescentes, encontrou-se similaridade nos resultados de Alto Alegre do Pindaré em relação ao estudo de Ferraz; Ferreira (2008) que destaca um índice de 80% para adolescentes em que a menarca aconteceu entre os 12 e 13 anos.

Para Akerman et al (2006) a sexualidade vivida pelo adolescente ganha feição vivida no contexto atual e cultural em que ele está inserido. Cerca de metade de todas as gravidez indesejadas ocorrem na adolescência, mais precisamente no início de sua atividade sexual, um número considerável na primeira vez (GIDDENS, 2003). Segundo Oliveira (2006) a gravidez precoce é uma das ocorrências mais preocupantes relacionadas à sexualidade da adolescência, com sérias consequências para a vida dos adolescentes envolvidos, de seus filhos que nascerão e de suas famílias. Informes do Ministério da Saúde, que fazem referência à vida sexual dos adolescentes, sugerem que está havendo aumento no número de jovens com vida sexual ativa. Em 1998, na população com idade entre 16 e 19 anos, 56,5% dos homens e 41,6% das mulheres referiram ter tido atividade sexual nos últimos 12 meses. Assim, o Ministério da Saúde preconiza nessa mesma faixa

que o número de consultas seja no mínimo seis, sendo que, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação, tornando o resultado, quanto à eficácia, insatisfatório no estudo realizado (BRASIL, 2006).

Arilha; Calazans (2000) defende que, é indispensável às gestantes um atendimento respeitoso, acolhedor e competente. Exige-se, portanto, grande responsabilidade dos profissionais de saúde. Nesse sentido, o enfermeiro deve estar adequadamente preparado para este desafio, de prestar assistência ao pré-natal conforme as preconizações das Políticas de Saúde.

Segundo Gama et al (2002), conforme aumenta o número de consultas pré-natais, diminuem os resultados negativos da gestação, tais como a prematuridade, o baixo peso ao nascer e o óbito perinatal.

No quadro 1, observa-se o que as gestantes e puérperas relataram sobre as orientações recebidas onde 20 foram sobre as vacinas; 19 destacam exame; 18 sobre alimentação, higiene e aleitamento materno; 17 sobre cuidados com o bebê; 15 de planejamento familiar e 8 sobre o vestuário.

Quadro 1– Distribuição numérica de 33 gestantes e puérperas de acordo com as orientações oferecidas pelas enfermeiras. Unidade de Saúde Trizidela, Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.

ORIENTAÇÕES	Nº
Vacinas	20
Exames	19
Alimentação	18
Higiene	18
Aleitamento materno	18
Cuidado com o bebê	17
Planejamento familiar	15
Vestuário	08

Os dados mostram que as orientações oferecidas estão condizentes com as atividades a serem executadas pelos enfermeiros (as) em suas atividades de atendimento às gestantes. Ao menos essa é a percepção das primigestas acerca da participação dos profissionais no suprimento das orientações no estudo de Moural (2002).

Informações e orientações recebidas, que ajudam à compreensão do mundo configura-se como essencial na gestação, especialmente quando provida por profissionais de saúde, uma vez que nela estão as orientações sobre o processo gestacional e os cuidados para o desenvolvimento saudável do feto, além dos mecanismos para lidar com os problemas pessoais e com as informações contraditórias que a adolescente recebe das pessoas com quem convive (OLIVEIRA, 2006).

Catharino (2002) afirma que as demandas do cuidado de um bebê são grandes e a adolescente tem que estar preparada para superar essa fase de mudanças fisiológicas marcantes, choro, irritação, cólica do bebê, aleitamento, afazeres domésticos e demais ações que necessitam ser revistas e reajustadas.

Destaca-se que 100% das gestantes e puérperas estudadas não tiveram dificuldades nem limitações no atendimento realizado pelos enfermeiros (as).

Os resultados do estudo em Alto Alegre evidenciam a importância do atendimento realizado pelos enfermeiros. Nessa perspectiva, Pinto et al (2005) destaca que a discussão em torno das necessidades das gestantes é um dos eixos propostos pelo acolhimento, em que este é proporcionado toda vez que o usuário entra em contato com o serviço de saúde e obtém resposta às suas necessidades, por meio de assistência propriamente dita ou através de informações, ou seja, quando os profissionais demonstram interesse pelos seus problemas e se empenham na busca de soluções.

Nesse sentido, mediante o atendimento de enfermagem, o enfermeiro toma decisões quanto aos resultados esperados por parte do cliente e às intervenções necessárias para ajudar a obter tais resultados (AMORIM, 2006).

O gráfico 1 destaca sobre o que as gestantes e puérperas acham que mais contribui com a assistência de enfermagem: 75% afirmaram que são as informações atualizadas como: orientações sobre os cuidados com o bebê, vacinas, medicação, controle da PA, aleitamento materno; 15% ressaltaram que é o acompanhamento; 10% que elas têm mais segurança e tranquilidade na hora do parto.

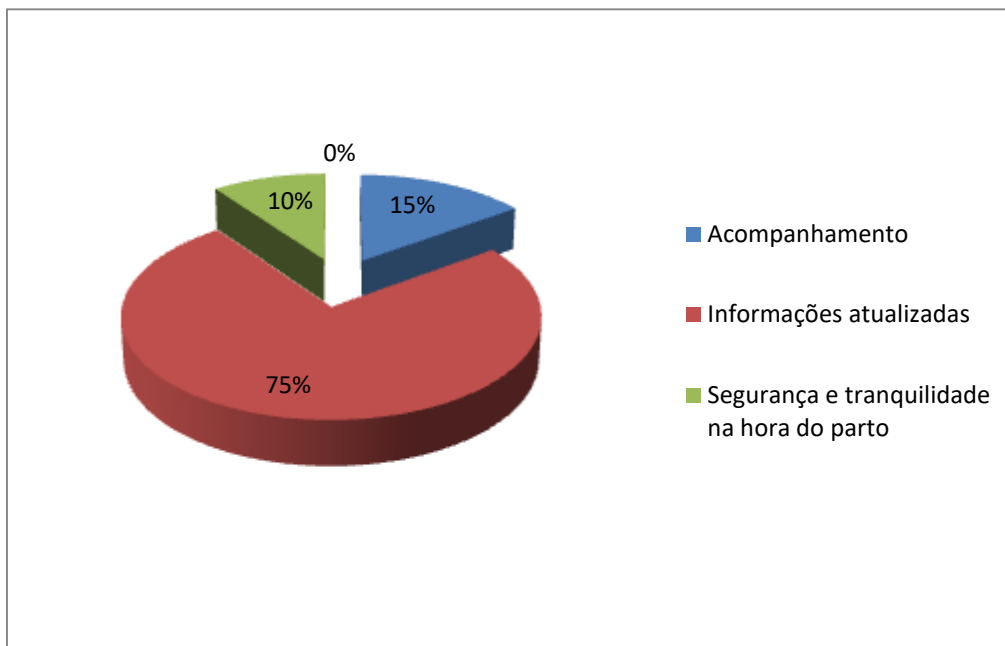


Gráfico 1. Distribuição percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com as contribuições da assistência de enfermagem. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.

Para Costa et al (2005) a assistência pré-natal não deve se restringir às ações clínico-obstétricas, mas incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem as mulheres grávidas, buscando entendê-las no contexto em que vivem, agem e reagem.

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal envolve um conjunto de componentes que tem como objetivo a promoção da saúde da mulher gestante e do feto, assegurando uma evolução normal da gravidez, preparando a mãe para o parto, o puerpério e a lactação normais. Assim, pode-se identificar mais rapidamente as situações de risco para que seja possível prevenir as complicações mais frequentes da gravidez e do ciclo puerperal (NAGAHAMA; SANTIAGO, 2005).

Sendo assim, é sabido que se faz necessário que os profissionais de saúde adquiram consciência de se manter uma relação mais humanizada com o cliente uma vez que estes são as razões da existência dos estabelecimentos de saúde e que uma assistência mais humanizada contribuirá de forma significativa com o processo de cura tanto do corpo como alma (MORAES et al, 2008).

No gráfico 2 têm-se os dados referentes a satisfação com a qualidade da assistência de enfermagem, 93% das gestantes e puérperas expressaram satisfação com a assistência, enquanto que somente 7% disseram que não.

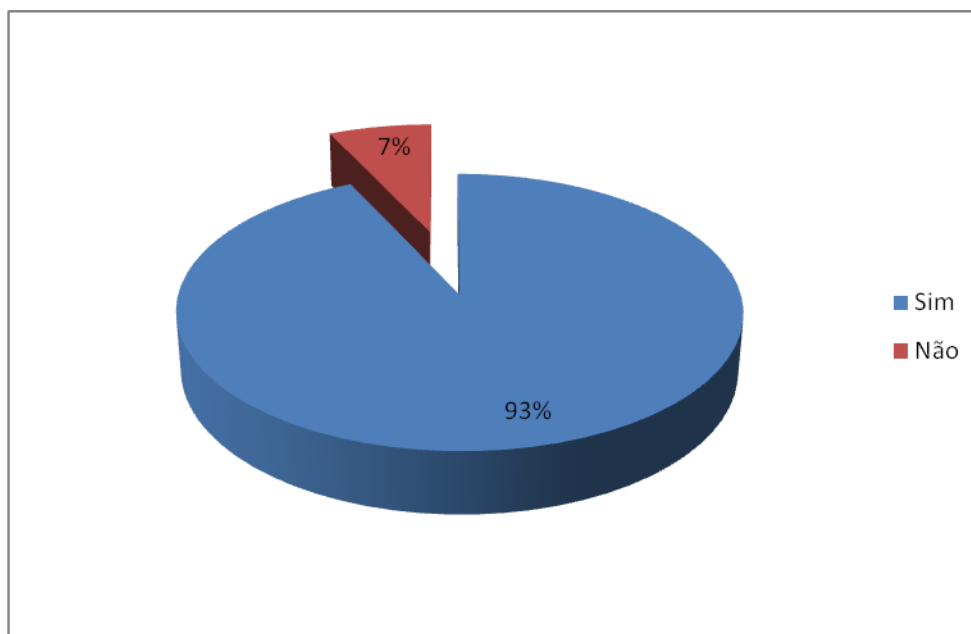


Gráfico 2. Distribuição percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com a satisfação com a qualidade da assistência de enfermagem. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.

Percebe-se pelos resultados que o índice de satisfação das primigestas é condizente com os resultados anteriores tendo em vista que as mesmas declaram ser bem atendidas pelas enfermeiras.

Para Ramos (2005), a insatisfação com alguns aspectos da consulta está relacionada com diversos fatores, como: espera prolongada pelo profissional ou dificuldade de acesso a alguns serviços de atendimento. Pichon-Rivière (2000) ressalta que a partir da troca de experiências, as gestantes apreendem o que consideram fundamental para si, têm a oportunidade de elaborar e re-significar a sua própria vivência enquanto mãe. Cada integrante do grupo traz um esquema referencial próprio (experiências, sentimentos, etc.) que interage com o profissional de enfermagem, assim como de outras participantes, configurando-se em um movimento espiral.

O quadro 2 mostra os procedimentos de enfermagem realizados dentre os quais, 18 gestantes e puérperas afirmaram a verificação de PA; 19 pacientes

responderam administração de medicamentos e 8 a observação do sangramento transvaginal.

Quadro 2 - Distribuição numérica de 33 gestantes e puérperas de acordo com os procedimentos realizados pelos profissionais de enfermagem. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.

PROCEDIMENTOS	Nº
Administração de medicamentos	19
Verificação de PA	18
Observação do sangramento transvaginal	08

Segundo Corrêa (2004), o fator de sucesso na assistência de enfermagem é a atuação do enfermeiro (a), pois o ideal é que este seja competente, humano e dedicado, que oriente, reconheça os problemas, entenda e viva com a gestante as emoções do momento e que dispense o tempo que for necessário para o atendimento adequado.

De acordo com os dados encontrados na tabela 4 observa-se que 51% das gestantes e puérperas foram visitadas pela equipe de enfermagem daquela localidade e 49% afirmaram que não, considerando que ainda estão em fase de gestação.

Tabela 3 – Distribuição numérica e percentual de 33 gestantes e puérperas de acordo com visitas domiciliares recebidas no puerpério. Unidade de Saúde Trizidela. Alto Alegre do Pindaré – MA, 2011.

VISITA DOMICILIAR	Nº	%
Sim	17	51
Não	16	49
TOTAL	33	100

Observa-se a importância que tem esse tipo de ação considerando o Manual Técnico de pré-natal e puerpério que determina as visitas no período puerperal, destacando que estas servem para acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar (BRASIL, 2006).

De acordo com o Ministério da Saúde, o enfermeiro (a) deve desenvolver ações de acolhimento e humanização na relação estabelecida entre profissional e usuário para concretizar uma interação adequada entre o mesmo, pois a maioria dos atendimentos pré-natais é de curta duração, impedindo que as mulheres manifestem queixas, dúvidas e medo. A maioria das questões trazidas pelas gestantes, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Por isso, respostas diretas e seguras são de significativa importância para o bem-estar da mulher (BRASIL, 2000).

Segundo Corrêa (2004), o fator de sucesso na assistência de enfermagem é a atuação do enfermeiro (a), pois o ideal é que este seja competente, humano e dedicado, que oriente, reconheça os problemas, entenda e viva com a gestante as emoções do momento e que dispense o tempo que for necessário para o atendimento adequado.

6 CONCLUSÃO

Diante do exposto pode-se concluir-se que:

a) Mais da metade das gestantes e puérperas tem acima de 20 anos e a maioria vive em união estável;

b) Em relação à escolaridade, menos da metade tem Ensino Médio incompleto;

c) Acerca da renda salarial, pouco mais da metade recebe menos de 1 salário mínimo e metade tem ocupação do lar;

d) A metade relata que teve a 1ª menarca entre 14 e 16 anos e iniciou suas atividades sexuais com mais de 16 anos;

e) Todas as entrevistadas receberam acompanhamento pré-natal;

f) Sobre as orientações recebidas dos enfermeiros, a maior parte foi sobre vacinas seguido de exames, alimentação, higiene e aleitamento materno;

g) Toda população estudada não teve dificuldades nem limitações no atendimento realizado pelos enfermeiros (as);

i) A maioria das gestantes e puérperas acham que o que mais contribui com a assistência de enfermagem são as informações atualizadas como: orientações sobre os cuidados com o bebê, vacinas, medicação, controle da PA, aleitamento materno;

j) A maioria relatou estar satisfeita com a qualidade da assistência de enfermagem;

k) Acerca dos procedimentos de enfermagem recebidos, foi destacado administração de medicamentos, verificação de PA e observação do sangramento transvaginal;

l) A metade foi visitada durante o puérperio.

Nesse contexto, a assistência as gestantes e puérperas é uma ação relevante na assistência integral à gestante, na busca nos serviços de saúde pública, na resolução de suas necessidades assistenciais e nas intervenções para o desenvolvimento saudável do binômio mãe-filho. Dessa forma, a ênfase na assistência de enfermagem deve centrar-se, prioritariamente, em torno de cuidados biológicos, sobretudo aqueles que ajudam no controle do processo saúde-doença, preconizados pelo Ministério da Saúde.

REFERÊNCIAS

AKERMAN, M.; CAMPANÁRIO, P.; MAIA, P. B. Saúde e meio ambiente: análise de diferenciais intraurbanos, município de São Paulo, Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.4, nº 30, p.372–82, 2006.

AMARAL, R.G.; ARAUJO, E.V.; SOARES, D.M. Fatores associados à inadequação do uso da assistência pré-natal. **Revista Saúde pública**, v. 37, nº 4, p. 456, ago. 2001.

AMORIM, Valdicleide et al. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiros na promoção a saúde do adolescente. **RBPS**, v.19, n. 4, p. 241, 2006.

ANDRADE, A.V.; SOUZA, E.L.B.L. de. **Maternidade com sucesso**: a importância do pré-natal e seus procedimentos básicos. Belo Horizonte: Health, 2006.

ARAÚJO, C. **Avaliação da satisfação dos pacientes atendidos na clínica integrada do curso de odontologia da Universidade Federal do Pará**. 85 páginas. **Dissertação (Mestrado em 2002)** - Universidade Federal do Pará, São Paulo, 2003.

ARILHA, J. C.; CALAZANS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com assistência ao parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2000.

BACCI, C. et al. Lócus de controle em estudantes de odontologia: uma contribuição para o estudo de aspectos de personalidade. **Rev. Assoc. Paul. Cir. Dent**, São Paulo, v. 4, n.4, 2002.

BELFORT, P. assistência pré-natal. In _____. REZENDE, J. (org.) **Obstetrícia**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2004.

BOUER, Jairo. Informação não basta. **VEJA**, São Paulo, v. 36, n. 24, p. 62-63, ago. 2003.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. **Ciências e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.7, n. 3, p. 401-412, 2005.

BRANDEN, Pennie Sessler. **Enfermagem materno infantil**. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de saúde do adolescente**. Brasília, 2000.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. **Manual técnico**: gestação de alto risco. Brasília, DF, 2009.

_____. **Saúde da Família**: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial. Brasília, DF, 2007.

_____. **Pré-natal e puerpério atenção qualificada e humanizada: manual técnico.** Brasília, DF, 2006. Caderno nº 5.

_____. Secretária de Políticas de Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico.** 3. ed. Brasília, 2000.

BURROUGHS, A. **Uma introdução á enfermagem materna.** 6. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

CARVALHO, Geraldo Mota de. **Enfermagem em obstetrícia: patologias obstétricas.** São Paulo: EPU, 2002.

CARROLI, A. S. W. et al. **Avaliação e organização de serviços de saúde: acompanhamento da implantação de um modelo programático de atenção à saúde a partir do Pronto-Atendimento (PA) 1988 a 2000.** São Paulo: Centro de Saúde Escola Samuel B. Pessoa, 2001.

CATHARINO, Tânia R. **Da gestão dos riscos à invenção do futuro: considerações médico-psicológicas e educacionais sobre histórias de meninas que engravidaram entre 10 e 14 anos.** 219f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

CLAPIS, L.H.G.; PROGIANT, J.M.; CORREA, L.M. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2005.

COIMBRA, L.C.; SILVA, A.A.M. Características das mulheres e assistência pré-natal. In_____. SILVA, A.A.M.; ALVES, M.T.S.S.B. **Avaliação de qualidade de maternidades: assistência à mulher e ao seu recém-nascido no sistema único de saúde.** São Luís: Impresso do Brasil, 2000.

CORRÊA, Mário Dias. **Noções práticas de obstetrícia.** 11 ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 2004.

COSTA, A. et al. Atendimento a gestantes no sistema único de saúde. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

CREVELIM, M.A.; PEDUZZI, M. A participação da comunidade na Equipe de Saúde da Família: como estabelecer um projeto comum entre trabalhadores e usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n.2, 2005.

DUNCAN, B.D.; SCHIMIDT, M.I.; GIGLIANI, E.R.J. **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária.** Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

FERRAZ, E.A.; FERREIRA, I.Q. **Início da atividade sexual e características da população adolescente que engravida.** Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2008. p. 47-56.

FONSECA, J.G.M. **Noções práticas de obstetrícia.** 12. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 2009.

FRANCO, T.B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H.M. **Integralidade na assistência à saúde**: a organização das linhas do cuidado. São Paulo, 2007.

GAMA, L.M. et al. Enfermagem obstétrica no acompanhamento pré-natal. **R. Bras. Enfer**, v.52, nº 3, p.385-391, 2002.

GIDDENS, Anthony. **A transformação da intimidade**: sexualidade, amor e erotismo nas sociedades modernas. São Paulo. Universidade Estadual Paulista, 2003.

HALPERN, R. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, 2000. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: v.14, n.2, p.487-492, 2002.

IBGE. **Jovens mães**.

Disponível em: ibge.gov.br/ibgeteen/datas/saude/jovensmaes.html

Acesso em: 20 maio. 2011.

KNUPPEL, R. et al. **Alto risco em obstetrícia**: um enfoque multidisciplinar. Porto Alegre: Artes Médicas, 2005.

LOPES J. C.; CLAPIS, M. J. Parto humanizado na percepção de enfermeiras obstétricas envolvidas com assistência ao parto. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 6, p. 960-967, 2005.

MARTINS, M. G. **Manual de rotinas em obstetrícia**. 2. ed. São Luís: SIOGE, 2008.

MERHY, E.E. **Agir em saúde**: um desafio para o público. São Paulo: Hucitec, 2008.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos.; ARAÚJO, Carla Luzia Franca.; FLORES, Paula Vanessa Peclat. Necessidades e expectativas da parturiente no parto humanizado: a qualidade da assistência. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 187-193, set./dez. 2002.

MORAES E.N. de et al. Momento e freqüência das visitas de pré-natal: repercussões sobre os nascimentos pré-termos. **Rev. Brasileira de ginecologia e obstetrícia**, Rio de Janeiro, vol. 2, n. 1, 2008.

MORAIS, E. N.; MAUAD FILHO, F. **Medicina materna e perinatal**. Rio de Janeiro: Revinter, 2008.

MOURAL, Rodrigues et al. Percepções de enfermeiros e gestantes sobre a assistência pré-natal: uma análise á luz de King. **Caderno de Saúde Pública**., Fortaleza, 2002.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica do parto no Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 651-657, 2005.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005.

NUWHID, B.; KHALIFÉ, S. Complicações clínicas da gestação. In_____ MOORE, H **Fundamentos de ginecologia e obstetricia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2004.

OLIVEIRA, N.R. **Perfis de grávidas e mães adolescentes**: estudo psicossocial de adolescentes usuárias de um serviço público de pré-natal e maternidade. 2006. 710f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

PARAZZI, L.oren.; FONSECA, Jurema Gouvêa de. **Consulta de enfermagem à gestante: o olhar e o fazer crítico para a resolutividade**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PICCININI, C. A. et al. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 20, n. 3, p. 223-232, 2004.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O Processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

PINTO, L. F. et al. Perfil social das gestantes em unidades de saúde da família do município de Teresópolis. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 205-213, 2005.

RAMOS, P. et al. Acesso e acolhimento aos usuários em uma unidade de saúde de Porto Alegre, Rio Grande do sul, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2003.

RAMOS, A. **Prevenção do câncer cérvico-uterino**: sentimentos e reações vivenciadas por mulheres da rede básica de saúde de São Luís. (Graduação em Enfermagem). Universidade Federal do Maranhão, São Luís, MA, 2005.

SANTANA, V. T. **Caracterização da população atendida em um serviço de pré-natal**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Obstetrícia Social) Universidade Paulista, UNIP, 2006.

SANTOS, J. E. et al. Fatores de satisfação e insatisfação entre pacientes assistidos pelo SUS. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 10, n. 5, p. 20-25, 2008.

SILVA JR, A. G. da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva. **Saúde em Debate**, São Paulo: HUCITEC, 2007.

SOUZA, A. I. et al. Enteroparasitoses, anemia e estado nutricional em grávidas atendidas em serviço público de saúde. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.24, n.4, p.24-28, 2006.

TEDESCO, J. A. **A grávida, suas indagações e as dúvidas do obstetra**. São Paulo: Atheneu, 2002.

ZUGAIB, M. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 2009.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados.

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

QUESTIONÁRIO

1. Dados demográficos

Idade:

- 12 a 14 anos
- 15 a 17 anos
- 18 a 19 anos
- maior que 20 anos

Estado Civil:

- solteira
- casada
- união consensual
- separada
- outro

2. Dados sócio-econômicos

Qual a renda familiar

- Menos de 1 salário mínimo
- 1 salário mínimo
- 2 salários mínimos
- Acima de 2 salários mínimos

Grau de escolaridade:

- ensino fundamental
- ensino fundamental incompleto
- ensino médio completo
- ensino médio incompleto

Ocupação: _____

3. Dados reprodutivos

Idade da 1ª Menarca: _____

Com quantos anos teve sua primeira relação sexual?

- 11 a 13 anos
- 14 a 15 anos
- > 16 anos

Você fez ou está realizando acompanhamento de pré-natal? Se não por quê?

() sim () não

4. Dados da pesquisa

1. Orientações recebidas dos profissionais de enfermagem

() Importância da realização de exames

() Alimentação

() Higiene

() Vestuário

() Aleitamento materno

() Vacinas

() Cuidado do bebê

() Outras: _____

2. No seu ponto de vista, durante a assistência de enfermagem, teve alguma dificuldade e/ou limitações? Se sim, quais?

3. O que você acha que mais contribui com a assistência de enfermagem?

4. Você está satisfeita com a qualidade da assistência de enfermagem prestada?

() Sim: _____

() Não: _____

5. Cite os procedimentos de enfermagem recebidos?

() administração de medicamentos

() verificação de PA

() observação do sangramento transvaginal

() outros: _____

6. Você recebeu visita domiciliar de enfermagem durante o puerpério?

() Sim () Não

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

LABORO - EXCELÊNCIA EM PÓS-GRADUAÇÃO
UNIVERSIDADE ESTÁCIO DE SÁ
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM SAÚDE DA FAMÍLIA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Orientadora: Profa. Dr^a Mônica Elinor Alves Gama

e-mail: monica.laboro@gmail.com.br

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa - UFMA: Prof. Doutor Sanatiel de Jesus Pereira.

End. do Comitê: Avenida dos Portugueses, S/N. Campus do Bacanga, Prédio CEB-Velho, Bloco C, Sala 7 CEP: 65080-040. Tel: 2109-8708.

Pesquisadoras: Ana Cláudia Barros, Layann Jose Carneiro Nunes, Lia Costa Ramalho, Vilma Marques Silva.

O ATENDIMENTO DE ENFERMAGEM NO CUIDADO A GESTANTE E PUÉRPERA

Prezado (a) Sr (a), estaremos realizando uma pesquisa a respeito do atendimento de enfermagem a gestante e puérpera. Para isso, precisamos fazer algumas perguntas para a Sra. que ajudarão a conhecer a percepção das gestantes e puérperas sobre o referido assunto em Alto Alegre do Pindaré/MA. A sua participação não terá nenhum custo e não haverá nada que afete a sua saúde. Não terá nenhum problema se a Sra. quiser se retirar da pesquisa e não haverá nenhuma interferência no seu atendimento. A Sra. poderá deixar de responder a qualquer pergunta que possa causar constrangimento. Convidamos você a participar da pesquisa acima mencionada. Agradecemos sua colaboração.

Fui esclarecida e entendi as explicações que me foram dadas. Darei informações sobre perfil sócio-demográfico, dados reprodutivos, dados sobre o atendimento de enfermagem, dentre outras. Durante o desenvolvimento da pesquisa, poderei tirar qualquer dúvida. Não haverá nenhum risco ou desconforto. Poderei desistir de continuar na pesquisa a qualquer momento. Não serão divulgados os meus dados de identificação pessoal da Sra. Não haverá nenhum custo decorrente dessa participação na pesquisa.

Alto Alegre do Pindaré - MA, / /

Assinatura e carimbo do sujeito da pesquisa

Pesquisador responsável

Unidade Básica de Saúde Trizidela
Rua Mizael Franco, s/nº. Bairro Trizidela. CEP: 65.000-000
Alto Alegre do Pindaré -MA.