

**ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL**

NATHÁLIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA

**DESCRIÇÃO DO PROGRAMA BEM GESTAR DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE
KENNEDY-ES: VANTAGENS, DESAFIOS E SUGESTÕES DE MELHORIAS.**

VITÓRIA
2022

NATHÁLIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA

**DESCRIÇÃO DO PROGRAMA BEM GESTAR DO MUNICÍPIO DE
PRESIDENTE KENNEDY-ES: VANTAGENS, DESAFIOS E SUGESTÕES DE
MELHORIAS.**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof. Dr. Alan Patrício da Silva
Coorientadora: Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais

Área de Concentração: Políticas de Saúde, Processos Sociais e Desenvolvimento Local.

Linha de Pesquisa: Políticas de Saúde, Integralidade e Processos Sociais.

VITÓRIA

2022

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
EMESCAM – Biblioteca Central

L732d Lima, Nathália Carvalho Teixeira
Descrição do Programa Bem-Gestar do Município de
Presidente Kennedy-ES : vantagens, desafios e sugestões de
melhorias / Nathália Carvalho Teixeira Lima. - 2022.
67 f.: il.

Orientador: Prof. Dr. Alan Patricio da Silva.

Dissertação (mestrado) em Políticas Públicas e Desenvolvimento
Local – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória, EMESCAM, 2022.

1. Políticas públicas. 2. Saúde materna - Presidente Kennedy
(ES). 3. Pré-natal. I. Silva, Alan Patricio da. II. Escola Superior de
Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.
III. Título.

CDD 305.40952

NATHÁLIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA

**DESCRIÇÃO DO PROGRAMA BEM GESTAR DE PRESIDENTE
KENNEDY - ES: VANTAGENS, DESAFIOS E SUGESTÕES DE
MELHORIAS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestra em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 14 de setembro de 2022.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Dr. Alan Patrício da Silva
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
(Orientador)

Profa. Dra. Tassiane Cristina Morais
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
(Coorientadora)

Profa. Dra. Fabiana Rosa Neves Smiderle
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de
Vitória – EMESCAM
(Membro Interno)

Profa. Dra. Cíntia de Lima Garcia
Faculdade de Medicina Estácio de Juazeiro do Norte
(Membro Externo)

Dedico aos meus amados filhos, Emanuel e Daniel, que amo incondicionalmente e que vieram dar um novo colorido à minha vida, minhas heranças que Deus me presenteou!

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradecer a Deus pelas bênçãos e por estar sempre comigo, pois sem ELE nada seria possível. E por sempre colocar pessoas maravilhosas em meu caminho, as quais me fazem acreditar em mim, me encorajam a prosseguir.

Aos meus pais, meus irmãos, pelo apoio e incentivo em todos os momentos da minha vida. Ao meu esposo por acreditar em mim, e não medir esforços para a concretização dos meus sonhos. Amo vocês com amor eterno!

A minha coorientadora Professora Dra. Tassiane Cristina Morais e meu orientador Professor Dr. Alan Patrício da Silva, pela orientação, competência, profissionalismo e dedicação tão importantes para a finalização desse projeto. Não poderia deixar de citar a equipe do PRODES, meu muito obrigado. Gratidão a Professora Dra. Maristela Dalbello-Araujo, acreditou no meu potencial, me incentivou, sendo firme comigo e me fazendo crescer.

E não poderia deixar de agradecer a todos os entrevistados, que enriqueceram minha pesquisa. Por fim, a todos aqueles que contribuíram, direta ou indiretamente, para a realização desta dissertação, o meu sincero agradecimento.

RESUMO

Introdução: Um fator fundamental para o desenvolvimento de uma gestação saudável é o acesso aos cuidados de saúde e assistência social, pois a desigualdade social afeta o uso e os resultados do pré-natal e fatores socioeconômicos estão associados a um maior risco de complicações obstétricas e maus resultados de saúde. Assim, intervenções voltadas aos cuidados pré-natais são importantes para aumentar o acesso aos serviços de saúde, apoiar e atender as diferentes necessidades das mulheres grávidas. A incorporação de estratégias voltadas para a garantia do pré-natal com uma abordagem abrangente e resolutiva é necessária e, dentre estas, cabe destacar as estratégias educativas desenvolvidas no Programa Bem Gestar. **Objetivo:** Analisar as percepções de gestantes e profissionais sobre as ações desenvolvidas em apoio às gestantes no Programa Bem Gestar, realizado no município de Presidente Kennedy-ES. **Método:** Realizou-se um estudo transversal, com amostra composta por 22 gestantes participantes do Programa Bem Gestar e o instrumento para a coleta de dados foi uma entrevista estruturada. **Resultados:** As mulheres, em sua maior parte, tinham de 20 a 34 anos (63,64%), moravam com o marido ou companheiro (68,18%), com nível de ensino médio completo (27,27%) e não exercem nenhum trabalho remunerado (54,55%). Identificou-se que 72,73% das gestantes gostam de participar das palestras, 40,91% ficaram sabendo do programa através de uma indicação, 68,18% relataram não ter dificuldades para participar, entretanto, 31,82% gostariam que os horários fossem alterados. Todas consideram vantajosa a participação, especialmente pelos conhecimentos adquiridos (55,00%). **Conclusão:** Constatou-se que o programa garante suporte às necessidades mais básicas das gestantes evidenciando a importância das Políticas Públicas e programas de acesso a um pré-natal seguro, acessível e de alta qualidade como forma de melhorar as experiências de cuidados e os resultados da gravidez, gerando resultados positivos para a saúde materno infantil.

Palavras-chave: Programa Bem Gestar, Pré-natal. Políticas Públicas. Saúde Materna.

ABSTRACT

Introduction: A key factor for the development of a healthy risk factor is access to health care and social assistance, as social inequality affects the use and outcomes of prenatal care and socioeconomic factors associated with a greater number of obstetric complications and poor health outcomes. Thus, the number of health services increases and the number of prenatal care is needed. The incorporation of resources and the extension, with a comprehensive extension and the resolution is comprehensive, as educational strategies developed in the Bem Gestar Program.

Objective: To analyze Presidente Kennedy as planned and suggested in support of actions in the Bem Gestar Program, carried out in the municipality of public health.

Method: A cross-sectional study was carried out, with a sample composed of 22 pregnant women participating in the Bem Gestar Program and the instrument for data collection was a structured interview.

Results: Most women were between 20 and 34 years old (63.64%), lived with their husband or partner (68.18%), had completed high school (27.27%) and did not perform no paid work (54.55%). It was identified that 72.73% of pregnant women liked to participate in the lectures, 40% heard the program of a presentation, 68.18, did not have difficulties to participate, however, 31.82% who watched the programs were changed. Acquired knowledge (known by everyone present to everyone, especially 00% acquired).

Conclusion: It was found that the program offers guarantees of access to the most basic qualities of pregnant women and programs of evidence of a prenatal care, accessible and in a high way to improve the results of pregnancy and maternal pregnancy, generating positive results for child health.

Keywords: Well Gestar Program, Prenatal care. Public policy. Maternal Health.

LISTA DE TABELAS

| | |
|--|----|
| Tabela 1 - Caracterização sociodemográficas das participantes do estudo..... | 35 |
| Tabela 2 - Percepção das gestantes sobre a participação no Programa Bem Gestar. | 37 |
| Tabela 3 - Percepções dos profissionais sobre o Programa Bem-Gestar..... | 40 |

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Percentual de gestantes distribuídas segundo gravidez planejada (a), já estavam realizando o pré-natal (b), idade gestacional (c) e primeiro filho (d)36
- Figura 2 - Desejo (a) e sugestão de mudanças (b) das gestantes quanto ao Programa Bem Gestar.....38
- Figura 3 - Percepção das gestantes sobre as vantagens de participar do Programa Bem Gestar39

LISTA DE SIGLAS

| | |
|---------|---|
| ACS | Agente Comunitário de Saúde |
| CRAS | Centro de Referência de Assistência Social |
| CNS | Conselho Nacional de Saúde |
| EMESCAM | Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia |
| ESF | Estratégia Saúde da Família |
| ODM | Objetivos de Desenvolvimento do Milênio |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONU | Organização das Nações Unidas |
| PAIF | Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família |
| PHPN | Programa de Humanização do Parto e Atendimento Pré-Natal |
| PMPK | Prefeitura Municipal de Presidente Kennedy |
| PNAISM | Política Nacional de Serviços Integrados de Saúde da Mulher |
| SES | Secretaria de Estado de Saúde |
| SEMAS | Secretaria Municipal de Assistência Social |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| UBS | Unidade Básica de Saúde |

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO..... | 12 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO..... | 15 |
| 2.1 A SAÚDE MATERNA COMO PROBLEMA MUNDIAL E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL..... | 15 |
| 2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL..... | 18 |
| 2.3 O PRÉ-NATAL..... | 21 |
| 2.4 ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A BUSCA PELO PRÉ-NATAL..... | 24 |
| 2.5 EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL..... | 27 |
| 2.6 O PROGRAMA BEM GESTAR..... | 29 |
| 3 OBJETIVOS..... | 31 |
| 3.1 OBJETIVO GERAL | 31 |
| 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 31 |
| 4 JUSTIFICATIVA..... | 32 |
| 5 METODOLOGIA | 33 |
| 5.1 TIPO DE ESTUDO | 33 |
| 5.2 PARTICIPANTES..... | 33 |
| 5.3 COLETA DE DADOS | 33 |
| 5.4. ANÁLISE DOS DADOS..... | 33 |
| 5.5 ASPECTOS ÉTICOS..... | 34 |
| 6 RESULTADOS..... | 35 |
| 7 DISCUSSÃO..... | 42 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS..... | 51 |
| REFERÊNCIAS..... | 52 |
| APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA..... | 58 |
| APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)..... | 60 |
| ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE | 61 |
| ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... | 62 |

1 INTRODUÇÃO

A gravidez induz o organismo materno a uma série de transformações fisiológicas e emocionais. As alterações são necessárias para que inicialmente o embrião, e depois o feto, tenham um desenvolvimento dentro dos parâmetros de normalidade e para que a mulher se adapte as fases da gravidez. Assim, todas essas mudanças são com a finalidade de adaptação, manutenção e desenvolvimento harmônico da gestação (BARROS, 2006).

Tais alterações advindas desse período de transição necessitam de uma atenção qualificada por parte dos profissionais de saúde, que devem identificar essas adaptações bem como suas consequências, já que estas podem se tornar fontes de limitação para a mulher (SILVA, 2008).

Os avanços do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia têm proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento, que gera um estado de confiança maior na mulher. No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especificamente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal (BRASIL, 2006).

Vale destacar que a gravidez é um período de muitas alterações físicas e emocionais. Com isso, o acompanhamento psicológico é muito importante, onde a gestante deve ser atendida por um profissional capacitado para lidar com as emoções, ansiedades e expectativas do período.

Por ser um processo rico e intenso, de vivências emocionais que apontam para uma nova estrutura familiar, novas atitudes e responsabilidades, é esperada uma carga de sentimentos novos, que precisam ser ajustados, propiciando uma vivência mais integral da gestação. Somado a isto, vem às fantasias quanto ao bebê, seu aspecto, sua forma; o medo do parto, da dor, de uma eventual cesárea; as inseguranças quanto ao puerpério, às habilidades necessárias para lidar com o recém-nascido e se reintegrar a vida social agora com um novo papel, o de mãe.

A alimentação equilibrada é um hábito recomendado para toda a vida, mas durante a gestação, a responsabilidade quanto à alimentação aumenta, uma vez que implica diretamente no perfeito desenvolvimento do feto. Assim, a gestação é uma das etapas da vida da mulher de maior vulnerabilidade nutricional, estando, por exemplo, mais sujeita a intercorrências decorrentes da má alimentação, em um momento em que o organismo está em intenso anabolismo que determina expressivo aumento das necessidades nutricionais, comparado ao período pré-concepcional.

A alimentação adequada ao longo do período gestacional exerce papel determinante sobre os desfechos relacionados à mãe e bebê. Contribui para prevenção de uma série de ocorrências negativas, assegura reservas biológicas necessárias ao parto e pós-parto, garante substrato para o período da lactação, como também favorece o ganho de peso adequado de acordo com o estado nutricional pré-gestacional. Ressalta-se que a inadequação do ganho de peso durante a gestação tem sido apontada como fator de risco tanto para a mãe quanto para a criança, contribuindo para a elevação da prevalência de uma série de problemas.

Diante da importância de expansão do conhecimento e experiências, a gestante deve estar inserida em ações educativas que visem ajudá-la, como grupos e reuniões de gestantes, não devendo, no entanto, abandonar as consultas pré-natais, com o médico e o enfermeiro. Estas são fundamentais no acompanhamento direto da mulher e monitoramento do bebê, para prevenção de possíveis complicações inerentes à gestação (OLIVEIRA, 2016).

A implantação de serviços de assistência multidisciplinar para a gestante, onde seus problemas, dificuldades, dúvidas e necessidades possam ser supridos, não é uma realidade plena em muitos municípios, mas também não precisam ser um mito, se as esferas competentes tiverem conhecimento dessas necessidades e a importância de solucioná-las para uma melhor qualidade de vida das gestantes e menores índices de mortalidade materno-infantil e/ou prejuízo da saúde destes. A assistência pré-natal compreende um conjunto de procedimentos que objetiva prevenir, diagnosticar e tratar eventos indesejáveis à gestação, ao parto e ao recém-nascido. Sua ausência e/ou deficiência está relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e perinatal (RIO DE JANEIRO, 2013).

Conforme afirmam Sartori e Van Der Sand (2004), nos grupos de gestantes cria-se um espaço onde as participantes podem falar e refletir sobre seus problemas e também ocorre o incentivo para compartilhar experiências comuns entre integrantes e mediadores do grupo, gerando mobilizações entre as participantes, estimulando o vínculo da mãe com o bebê antes do nascimento, orientação a acerca da importância de ter uma alimentação saudável, incentivo ao parto normal, a importância do aleitamento materno.

A carência de informações ou informações inadequadas sobre o pré-natal, parto, nutrição, puerpério, assim como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores comuns que influenciam durante todo o processo gestacional. Isso leva a momentos de apreensão e medo ao desconhecido pela gestante (CAMPOS, 2013).

Os grupos com gestantes podem oferecer suporte neste período de mudanças representado pela gravidez, o que possibilita uma troca de experiências comuns entre os integrantes e os profissionais do grupo. Além disso, permite a formação de espaços de escuta, reflexão e troca sobre as experiências durante o período gestacional, favorecendo a percepção de que essas experiências e vivências, ainda que subjetivas e individuais, também possam ser comuns a outras integrantes do grupo (MARON, 2011).

Por fim, o Ministério da Saúde define que a assistência pré-natal tem papel fundamental na prevenção e na detecção precoce de um conjunto variado de doenças maternas e fetais, de forma a contribuir na redução dos riscos da gestação e favorecer o crescimento saudável do bebê. É importante ressaltar ainda que as informações sobre as diferentes experiências da gravidez devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de capacitados. Essa possibilidade de troca de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de aumentar a compreensão do processo gestacional (BRASIL, 2016).

Dentro deste contexto observa-se a importância de estudos desenvolvidos em prol a saúde materno infantil, por isto o objetivo desta pesquisa é analisar as percepções de gestantes e profissionais sobre as ações desenvolvidas em programa de apoio às gestantes.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A SAÚDE MATERNA COMO PROBLEMA MUNDIAL E OS OBJETIVOS DO DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL

No final do século XX, a saúde materna ganhou atenção internacional como uma questão de saúde pública. O aumento do interesse foi impulsionado em parte pela Iniciativa da Maternidade Segura, lançada em 1987, na Conferência Internacional sobre Maternidade Segura, em Nairobi. Melhorar a saúde materna foi endossado como uma meta chave de desenvolvimento pelos Estados Membros da Organização das Nações Unidas (ONU), sendo incluída em documentos de conferências internacionais, incluindo a Cúpula Mundial para Crianças, em 1990 (OMS, 2018).

Em 1994, o direito das mulheres à gravidez e parto seguros foi reconhecido na Conferência Internacional das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento e adotado formalmente dentro de seu programa de ação. A Quarta Conferência Mundial sobre a Mulher, em 1995, a Cúpula do Milênio, em 2000, e a Conferência Geral das Nações Unidas Sessão Especial da Assembléia sobre Crianças, em 2002, incluíram a meta de reduzir a morbidade e mortalidade materna (OMS, 2014). Embora os objetivos iniciais destas iniciativas não tenham sido alcançados, contribuíram muito para a introdução de esforços e políticas mais rigorosos.

Desde 2000, a atenção global voltou-se para os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM)¹, que foram desenvolvidos após a Cúpula do Milênio e que envolveram 189 nações como signatárias iniciais, incluindo o Brasil. Os ODM foram estabelecidos por governos de todo o mundo sob a Declaração do Milênio das Nações Unidas. O foco central dos ODM foi abordar as desigualdades socioeconômicas e relacionadas à saúde, em áreas como pobreza, educação, igualdade de gênero, mortalidade infantil, saúde materna e doenças infecciosas, até o final de 2015. Oito objetivos amplos de desenvolvimento, juntamente com resultados mensuráveis, foram delineados,

1 Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram implementados, fornecendo uma estrutura para ações a serem tomadas e com base nas quais o progresso seria medido. Estes foram para: Erradicar a extrema pobreza e a fome; Atingir o ensino básico universal; Promover a igualdade de gênero e empoderar as mulheres; Reduzir a mortalidade infantil; Melhorar a saúde materna; Combater o HIV/AIDS, a malária e outras doenças; Garantir sustentabilidade ambiental; Desenvolver uma parceria global para o desenvolvimento (ONU, 2010).

oferecendo um caminho para direcionar esforços e uma estrutura para acompanhar o progresso (ONU, 2010).

O quinto ODM contém o objetivo de melhorar os cuidados de saúde materna, reduzindo a taxa de mortalidade materna em 75% até 2015 (Meta 5A) e alcançando o acesso universal à saúde reprodutiva (Meta 5B), pois a mortalidade materna tem sido considerada como um importante indicador para a saúde da população e o desenvolvimento econômico e social (ONU, 2010).

A Organização Mundial da Saúde (OMS, 2014) define morte materna como aquela que ocorre durante a gravidez ou até 42 dias após o seu término, independentemente da duração ou local da gravidez. Distingue-se entre causa direta e indireta de morte. Uma morte direta é causada por complicações diretamente relacionadas à gravidez, parto e puerpério, incluindo intervenções, omissões, tratamentos insuficientes ou suas combinações. Uma morte indireta se origina de doenças preexistentes que se agravaram por alterações fisiológicas da gravidez. Um estudo sistemático da OMS investigando as causas da mortalidade materna em todo o mundo levantou que mais de um quarto dessas mortes se devem a causas indiretas.

Apesar de uma redução significativa no número de mortes maternas, de uma estimativa de 523.000 em 1990 para 289.000 em 2015, a taxa de declínio é menos da metade do que é necessário para atingir a meta do ODM de uma redução de três quartos na taxa de mortalidade. Para reduzir o número de mortes maternas, as mulheres precisam de acesso a cuidados de saúde reprodutiva de boa qualidade e intervenções eficazes. A proporção de mulheres que receberam cuidados pré-natais pelo menos uma vez durante a gravidez foi de cerca de 83% no período 2007-2014, mas para o mínimo recomendado de 4 ou mais consultas o valor correspondente cai para cerca de 64% (OMS, 2018).

Onze países já atingiram suas metas de mortalidade materna do ODM 5A, e outros 63 países fizeram progressos substanciais, alcançando um declínio médio anual de -2,0%, em 1990, para -5,5%, em 2013. Embora outras tendências sociais, demográficas e econômicas (como melhoria da educação, atraso no parto e maiores oportunidades econômicas) tenham contribuído para ganhos de saúde materna, muitos países obtiveram melhorias na qualidade e no acesso a serviços de saúde reprodutiva

e materna globalmente como parte da iniciativa dos ODM, que teve um impacto substancial na redução das mortes maternas nas últimas duas décadas (OMS, 2014).

A maioria dos ODM ainda permanece inatingível após duas décadas. Muitos países, incluindo o Brasil, encontraram um grande desafio para a sua realização, principalmente aqueles em desenvolvimento, que ainda estão buscando crescer economicamente e a pobreza continua sendo um desafio, com muitos ainda em extrema pobreza. Assim, a redução da mortalidade materna e infantil tem sido lenta devido à insegurança materna e infantil, práticas de cuidado, como limpeza e higiene do ambiente do parto, que tem ocasionado aumento de infecções, levando à mortalidade materna, especialmente na fase neonatal (MARINHO, 2020).

O período gestacional, parto e pós-parto é fundamental para melhorar a saúde materna e do recém-nascido para reduzir a morbimortalidade materno-infantil. Tal situação é comprometida por barreiras de conhecimento e lacunas na prestação de serviços, crenças e práticas culturais, falta de redes de apoio social, restrições financeiras e inacessibilidade da saúde. Assim, torna-se necessário um cuidado contínuo durante toda a gravidez, parto e pós-parto, a fim de melhorar a saúde materna e infantil para a redução efetiva das taxas de morbidade e mortalidade (BRASIL, 2006).

O Brasil, apesar de não ter alcançado, em 2015, o ODM 5, avançou significativamente, devido, segundo Vieira *et al.* (2015, p. 8), à “participação social e uma série de políticas públicas sociais e de saúde, colocadas em curso nos últimos anos, e que trouxeram impactos positivos sobre os mesmos”. Entretanto, muitos desafios precisam ser vencidos para promover a saúde materna.

Para Leal (2018), os esforços devem se concentrar na construção de capacidades a nível individual e familiar, que facilitam a mudança de comportamento e melhora os resultados da gravidez para as mulheres e de saúde para os recém-nascidos, além de ações pelo poder público, que estimulem o acompanhamento pré-natal e ofereçam acesso aos serviços de saúde. Espera-se, portanto, um sistema de saúde que melhore o acesso, a cobertura, a qualidade e a segurança das intervenções de saúde materna, incluindo assistência qualificada ao parto.

2.2 POLÍTICAS PÚBLICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE MATERNO-INFANTIL NO BRASIL

Na última década, o país passou por avanços e retrocessos, em termos políticos e econômicos, que influenciaram diretamente o desenvolvimento de suas políticas públicas, incluindo as de saúde materno-infantil. Nesse sentido, embora existam atualmente importantes investimentos em programas voltados à redução da mortalidade materno-infantil, humanização dos serviços e promoção do desenvolvimento saudável da população, o país ainda tem um longo caminho a percorrer (LEAL, 2018).

Em termos históricos, a aprovação da Constituição de 1988 foi um passo importante no processo de mudança de paradigma das políticas de saúde brasileiras, na medida em que passou a abordar o conceito de saúde como direito de todos os cidadãos e obrigação do Estado. Essa priorização levou à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), voltado para a prestação de serviços gratuitos a todos os indivíduos, desde as mais simples consultas ambulatoriais até cirurgias mais complexas, e que representa um dos maiores sistemas de saúde do mundo, oferecendo acesso integral, universal e igualitário a todos os cidadãos brasileiros (PAIM, 2011).

O SUS promove a regionalização dos serviços, hierarquização em níveis cada vez mais complexos, em função das necessidades da população atendida, a descentralização do comando, dando autonomia a cada esfera de poder para tomar suas decisões, e a participação da população no sistema. Todos esses princípios buscam não apenas prevenir doenças, mas também trabalhar para a promoção da saúde, qualidade de vida, desenvolvimento econômico e social e redução das desigualdades (MENICUCCI, 2014).

Também incluído nos avanços sociais relevantes para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida da população, especialmente mães e crianças, deve-se destacar o papel do Programa Bolsa Família. Criado em 2003, trata-se de um programa de transferência de riqueza em nível federal que ajuda famílias em situação de pobreza e extrema pobreza a romper este ciclo intergeracional. Além disso, busca contribuir para a ampliação do acesso a serviços públicos que representam direitos básicos nas áreas

de saúde, educação e assistência social, representando um dos principais fatores que levaram à redução da mortalidade infantil (BRASIL, 2015).

O sistema de saúde brasileiro está organizado em torno do SUS, cujo financiamento é feito por meio de recursos arrecadados com impostos e contribuições sociais, e que é administrado em nível nacional pelo Ministério da Saúde. O ministério também é responsável por criar e monitorar políticas e atividades que são implementadas de acordo com as necessidades dos gestores municipais, de acordo com o princípio da descentralização (PAIM, 2011).

Dentre as principais políticas estruturantes do SUS, destaca-se a Estratégia Saúde da Família (ESF), programa utilizado para estruturar os serviços básicos, ou seja, o primeiro nível de serviços de saúde e porta de entrada da população para o sistema. A principal característica da ESF é a constituição de uma equipe de diversos profissionais, composta por clínico geral ou especialista em saúde da família, enfermeiro ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACSs) e o estabelecimento de um território de abrangência, atendendo ao princípio da regionalização. Com isso, o diferencial desse programa é que ele permite que a equipe de saúde conheça a realidade local e as necessidades da população (BRASIL, 2012a).

A equipe de saúde da ESF está vinculada à Unidade Básica de Saúde (UBS) local. Na UBS, os usuários podem receber tratamento básico gratuito, encaminhamentos para especialistas e fornecimento de medicamentos básicos. Geralmente, a UBS está localizada próxima à residência do usuário, onde são realizados os serviços de pré-natal, pós-natal e atendimento infantil (BRASIL, 2012a).

Dentre as políticas específicas de saúde materno-infantil, primeiramente deve ser destacada a Política Nacional de Serviços Integrados de Saúde da Mulher (PNAISM), que:

Incorpora, com enfoque de gênero, uma abordagem holística e a promoção da saúde como princípios norteadores, e busca consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria dos serviços obstétricos, planejamento familiar, atenção ao aborto inseguro e combate à violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004, p. 6).

Esta política foi uma atualização do Programa de Serviços Integrados de Saúde da Mulher (PAISM), que foi um passo importante para a defesa dos direitos reprodutivos das mulheres. Portanto, a Política Nacional de Atenção Integrada à Saúde da Mulher representa um avanço na integração dos serviços de saúde, com atenção especial ao planejamento familiar, ações educativas para prevenção de gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis e no incentivo à autonomia corporal (BRASIL, 2004).

Mesmo com esses avanços na atenção aos serviços de saúde da mulher, o impacto nos indicadores foi inferior ao esperado. Por isso, em 2000, o Programa de Humanização do Parto e Atendimento Pré-Natal (PHPN), com o objetivo principal de reduzir as altas taxas de mortalidade materna, perinatal e neonatal, por meio da melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade da assistência pré-natal, ao parto e à criança. Uma das iniciativas desse programa é o direito das gestantes visitarem e criarem vínculo com a maternidade onde serão atendidas e a garantia de que as mães possam ter um acompanhante presente durante o trabalho de parto, parto e puerpério (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2014).

A questão da humanização dos serviços mostrou-se diretamente relacionada à qualidade dos serviços prestados e à capacidade de tomar decisões resolutivas e satisfatórias. Não se trata apenas de uma questão de rotulagem, mas de criar um ambiente acolhedor, onde os direitos sejam reconhecidos, as necessidades específicas sejam respeitadas e o conhecimento seja compartilhado. Entretanto, Fortes (2014) ressalta que um dos grandes empecilhos para a realização de qualquer política pública está justamente na passagem da teoria à prática. Não basta ter um discurso progressista e ideias inovadoras se estas não se basearem em experiências concretas, sincronizando as necessidades da população com a intervenção proposta.

Nesse sentido, os serviços humanizados de pré-natal e infantil implicam em uma reorganização dos processos de trabalho, facilitando o acesso aos serviços de saúde e integrando novos níveis de atenção. Além disso, a política prevê novos recursos para custear esses serviços de forma a auxiliar a maioria dos municípios na execução dessas atividades, de acordo com os seguintes critérios: realização da primeira consulta de pré-natal antes do quarto mês de gestação; garantir pelo menos seis consultas de pré-natal, preferencialmente sendo uma no primeiro trimestre, duas no

segundo trimestre e três no terceiro trimestre de gestação; uma consulta até 42 dias após o nascimento; exames laboratoriais; e aplicar vacinas antitetânicas até a (segunda) dose imunizante ou dose de reforço para mulheres que já foram imunizadas (FORTES, 2014).

Em 2011, o Ministério da Saúde criou a Rede Cegonha, um novo programa que buscou oferecer serviços de saúde da mulher ainda mais completos em todas as fases da vida, incluindo ações voltadas ao atendimento de crianças de até dois anos de idade. Os conceitos estruturais incluídos vão desde o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; promoção da equidade; foco no gênero; ampliar o acesso e a melhoria do pré-natal sem intervenções desnecessárias; garantir entregas seguras; e desenvolvimento saudável no âmbito do SUS. Inclui também a capacitação profissional como estratégia para alcançar essas melhorias – afinal, além das instalações físicas e tecnológicas, os serviços que buscam promover a saúde de forma holística dependem de profissionais competentes e sensíveis, capazes de ter uma visão mais ampla do que aqueles circunscritos por aspectos biomédicos (BRASIL, 2011).

Para Leal (2018), após a criação do SUS, muitas políticas foram desenvolvidas para a promoção da saúde materna e infantil, com saldo positivo. Entretanto, apesar da redução da mortalidade materna, esta ainda é consideravelmente maior do que nos países desenvolvidos, o que vem sendo agravado pelos retrocessos políticos ocorridos nos últimos anos, que colocam em risco o SUS e programas voltados à saúde da população, dentre os quais aqueles voltados à saúde materno-infantil.

2.3 O PRÉ-NATAL

O pré-natal é o cuidado prestado à mulher durante a gravidez e consiste em uma série de visitas clínicas e serviços auxiliares destinados a promover a saúde e o bem-estar da mãe, do feto e da família. Seus principais componentes incluem avaliação de risco precoce e contínua, promoção da saúde e intervenções e acompanhamento médico e psicossocial. A avaliação de risco inclui estimativa abrangente do histórico reprodutivo da mulher ou do casal, riscos médicos, uso de medicamentos, histórico familiar e riscos genéticos, fatores psicossociais, riscos nutricionais e comportamentais e exames laboratoriais. A promoção da saúde inclui aliviar os sintomas desagradáveis durante a gravidez, aconselhar sobre o estilo de vida, promover uma alimentação

saudável, reduzir as exposições ambientais, promover o planejamento familiar e a amamentação. As intervenções médicas e psicossociais abordam os riscos médicos e psicossociais identificados (MARTINELLI, 2014).

De acordo com Leal (2015), idealmente, os cuidados pré-natais devem começar antes da gravidez (cuidados pré-concepcionais) e continuar após (cuidados pós-parto) e entre as gestações (cuidados internatais), como parte de uma estratégia longitudinal e contextualmente integrada para promover o desenvolvimento ideal da saúde reprodutiva da mulher não apenas durante a gravidez, mas ao longo da vida.

No Brasil, o Ministério da Saúde, por meio da instituição do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e da Iniciativa Rede Cegonha, estabelece diretrizes para o acompanhamento pré-natal, garantindo a qualidade da assistência prestada às gestantes atendidas na rede pública de atenção. Além do início do pré-natal no primeiro trimestre e do número mínimo de sete consultas, são recomendados exames laboratoriais e procedimentos clínico-obstétricos, além de atividades educativas, imunização, atendimento multiprofissional e orientações sobre amamentação e parto (SILVA, 2019).

O acompanhamento adequado durante o pré-natal e parto é fundamental para garantir condições adequadas de sobrevivência às mães e seus bebês. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) estabelece que as gestantes devem realizar consultas mensais (no mínimo 7) e exames laboratoriais e ultrassonográficos. Além disso, o pré-natal deve incluir espaços onde as mães possam expressar suas dúvidas, preocupações e dificuldades; receber apoio emocional e incentivo para amamentar, incluindo tempo para trocar dicas com outras mães; e também incluir o envolvimento de familiares e membros da comunidade neste processo.

A assistência pré-natal visa promover uma boa saúde materna e fetal e identificar fatores de risco para desfechos adversos da gravidez, buscando solucioná-los prontamente. A assistência pré-natal adequada consiste em início precoce e visitas regulares para que os profissionais possam monitorar a saúde materno-infantil e ajudar a prevenir resultados adversos ao longo da gravidez e no pós-parto (BERNARDES, 2014).

Silva (2016) afirmam que, durante as consultas de pré-natal, as gestantes recebem apoio, segurança e informações, bem como testes e exames para verificar se elas e seu bebê estão saudáveis. Se quaisquer problemas forem descobertos, podem ser gerenciados. Se necessário, as mulheres podem ser encaminhadas para outros prestadores de cuidados. Diferentes tipos de profissionais de saúde podem prestar cuidados pré-natais, incluindo parteiras, médicos, enfermeiros.

Entretanto, segundo Rosa, Silveira e Costa (2014) ressaltam que, apesar das recomendações para que todas as gestantes façam o pré-natal, estas nem sempre utilizam esse atendimento. Fatores individuais e sociodemográficos são importantes preditores da utilização do pré-natal. Esses fatores incluem, mas não se limitam à educação materna, crenças culturais ou religiosas, situação de emprego materno, localização e desejo de gravidez.

Outro problema se refere às gestantes iniciarem o pré-natal após os três primeiros meses, obtendo, por vezes, um atendimento inadequado e de baixa qualidade. A capacidade de fornecer serviços de cuidados pré-natais de qualidade pode apresentar falhas, devido à falta de profissionais de saúde qualificados, equipamentos de laboratório funcionais, recursos financeiros para a prestação de cuidados de saúde e a disponibilidade dos medicamentos necessários. Assim, mesmo quando as gestantes buscam acesso aos serviços de pré-natal, ainda podem enfrentar outros obstáculos relacionados à qualidade dos serviços prestados (PEREIRA, 2018).

Segundo Monteiro (2020), para as mulheres, o uso inicial ou continuado do pré-natal depende da percepção de que fazê-lo será uma experiência positiva, o que é resultado da prestação de serviços locais de boa qualidade e que incluem a continuidade de cuidados autenticamente personalizados, gentis, atenciosos, solidários, culturalmente sensíveis, flexíveis e que respeitam as necessidades das mulheres para a privacidade. Também necessita que a equipe tenha o tempo necessário para fornecer suporte, informações e segurança clínica relevantes para a mulher e o bebê, quando precisarem.

As percepções das mulheres sobre o valor do pré-natal também dependem de suas crenças gerais sobre a gravidez como um estado saudável ou de risco e de sua reação

à gravidez, bem como de normas socioculturais locais relacionadas às vantagens ou não da assistência (MONTEIRO, 2020).

Para Carvalho (2016), três áreas de cuidados pré-natais são importantes, tanto para as mulheres como para os prestadores de serviços, em todas as regiões do mundo. São elas: a necessidade de reconhecer e levar em conta o contexto sociocultural em que os cuidados são prestados; a necessidade de garantir que o desenho e a prestação de serviços sejam apropriados, acessíveis, aceitáveis e de alta qualidade; e que o que importa é o cuidado personalizado, a informação e a segurança.

Assim, embora tenha havido um aumento na porcentagem de mulheres que frequentam programas de cuidados pré-natais no início da gravidez e que comparecem a pelo menos mais três consultas, essas taxas ainda são baixas em alguns países (ONU, 2014). Segundo Guimarães (2018), mesmo quando os serviços são acessíveis, as mulheres nem sempre os utilizam, especialmente se forem membros de grupos populacionais marginalizados. O crescente reconhecimento do grau em que as mulheres estão sujeitas a maus-tratos enquanto procuram atendimento também fornece uma visão sobre porque não buscam atendimento. Tal situação demanda que sejam desenvolvidas estratégias para aumentar a busca pelo pré-natal.

2.4 ESTRATÉGIAS PARA AUMENTAR A BUSCA PELO PRÉ-NATAL

De acordo com Leal (2020), apesar de, no Brasil, ter ocorrido uma expansão na assistência pré-natal, ultrapassando os 90% de cobertura em algumas regiões, as disparidades sociais e regionais na qualidade e na cobertura dos serviços, além de um alto nível de inadequação são marcantes. Essas tendências apresentam desafios importantes para as políticas públicas e para o sistema de saúde por várias razões. Em primeiro lugar, há um amplo consenso de que a assistência pré-natal é uma intervenção eficaz, forte e claramente associada a melhores resultados da gravidez.

Acredita-se que a falta de conhecimento sobre a importância de procurar atendimento médico durante a gravidez e o trabalho de parto influencia negativamente o comportamento de saúde e os processos de tomada de decisão. A escolha de procurar cuidados de saúde está inserida e entrelaçada com práticas culturais e sociais.

Segundo Campos (2019), a educação das mulheres, emprego e acessibilidade são os fatores mais comumente identificados que afetam a aceitação dos cuidados pré-natais.

As mulheres que percebem o pré-natal como importante utilizam os serviços significativamente mais os serviços de saúde. Outros motivadores importantes incluem a crença de que o pré-natal garantirá um bebê saudável, ter alguém que as incentive a buscar este atendimento, saber como o bebê está, aprender melhores hábitos de saúde e sobre trabalho de parto e parto (CAMPOS, 2019).

Para Guerreiro (2014), o envolvimento da paciente é um componente significativo dos esforços para melhorar os resultados de saúde, o que inclui envolvê-las e suas famílias em seus cuidados, educando-os sobre os riscos e benefícios dos tratamentos e capacitando-os a tomar decisões em parceria com os profissionais de saúde. No caso de gestantes, destaca que elas desejam envolver-se em seus cuidados e, mais especificamente, em tomar decisões sobre esses cuidados, buscando cada vez mais informações sobre o parto na Internet, mídias sociais e fontes alternativas.

De acordo com Silva (2016), estratégias para o envolvimento da gestante no pré-natal envolvem campanhas educativas, decisões compartilhadas, melhoria do cuidado e acompanhamento. Campanhas voltadas para gestantes são concebidas para melhorar o conhecimento sobre os cuidados da maternidade e para informar sobre práticas baseadas em evidências.

As campanhas de educação são uma estratégia para informar às mulheres sobre os cuidados de maternidade e práticas baseadas em evidências. Campanhas de massa bem-organizadas e direcionadas aumentam a conscientização e possuem um efeito benéfico sobre o comportamento, especialmente entre populações socioeconomicamente menos favorecidas (REBERTE; HOGA, 2005).

As campanhas devem ter como meta formar parcerias na comunidade, educar os provedores sobre a prevenção de partos prematuros, fornecer apoio e suporte às mulheres, com educação pré-natal e outros serviços comunitários, proporcionando às gestantes um atendimento e um cuidado integral que atenda às suas necessidades sociais e psicológicas, bem como suas necessidades clínicas (RANZI, 2021).

As decisões compartilhadas dizem respeito ao processo colaborativo nos quais pacientes e profissionais de saúde trabalham juntos para tomar decisões, com base em evidências clínicas e preferências e valores do usuário, ajudando-os a entender suas escolhas. Para tanto, devem ser oferecidas informações, condições e opções de tratamento, bem como os riscos (GRISENDI, 2019).

Para Holanda (2015), o conhecimento auxilia as gestantes a tomarem decisões mais informadas sobre autocuidado e os cuidados ao recém-nascido, além de envolvê-las mais plenamente no pré-natal e diminuir a ansiedade, ao ajudá-las na tomada de decisões importantes, como local do nascimento e tipo de parto.

A melhoria do cuidado tem por fim oferecer uma assistência pré-natal por meio de modelos inovadores, desenvolvidos para aumentar o engajamento das mulheres em seus cuidados de maternidade e melhorar os resultados do parto, entendendo que um pré-natal inadequado está associado a resultados adversos da gravidez, incluindo maior risco de parto prematuro (RANZI, 2021).

De acordo com Holanda (2015), podem ser organizados grupos de gestantes, com avaliações sobre sua saúde, aprendizagem de habilidades relacionadas à gravidez, parto e parentalidade, participação em discussões e desenvolvimento de uma rede de apoio. Fornecer informações em um ambiente de grupo, em vez de individualmente, além de demandar menos profissionais, podem reduzir o número de partos prematuros e preparar melhor as gestantes para o parto e aumentar as taxas de amamentação. Oferece também mais oportunidades para as gestantes lidarem com problemas psicológicos e sociais, bem como com as preocupações clínicas.

O acompanhamento se refere às visitas domiciliares ou uso de dispositivos móveis para fornecer acesso a informações e serviços de saúde, incluindo rastreamento e outras ferramentas interativas que permitem que as gestantes recebam informações individualizadas à sua fase de gestação e personalizada às suas necessidades. Os objetivos da visita domiciliar são fornecer informações e serviços às gestantes e suas famílias ao longo da gravidez e do nascimento, com acompanhamento da criança pelo menos até o primeiro ano de vida, com os objetivos de melhorar a saúde pré-natal, materna e neonatal; a saúde e o desenvolvimento infantil, incluindo a prevenção de lesões e maus-tratos; e as habilidades paternas (LIMA; ARAÚJO, 2021).

A visita domiciliar deve ser realizada por profissionais da atenção básica, oferecendo apoio e educação em saúde às gestantes e familiares, especialmente em comunidades carentes e de baixa renda. De acordo com Lima e Araújo (2021), as visitas domiciliares têm a capacidade de melhorar a qualidade do parto, a capacidade e eficácia dos pais, reduzir a depressão, fortalecer comportamentos parentais positivos, promover o desenvolvimento infantil saudável, identificar o desenvolvimento precoce de atrasos mentais e vincular as crianças a serviços de saúde.

Segundo Souza (2018), um grande percentual da população brasileira utiliza celulares, independente da situação socioeconômica, racial ou faixa etária, indicando o potencial de programas de saúde que utilizem este dispositivo para alcançar grandes e diversas populações para acessar e interagir com informações e aplicativos de saúde. Assim, há um grande potencial para o uso de mensagens de texto e outros aplicativos de saúde, como ferramentas de auto-rastreamento e interativas, na assistência à maternidade.

Portanto, estratégias para aumentar e fortalecer o envolvimento dos pacientes nos seus cuidados são eficazes para incentivar partos saudáveis, elementos importantes a serem considerados nos esforços destinados a reduzir cesarianas e outras intervenções desnecessárias. Para Campos (2019), as percepções e conhecimento sobre a maternidade afetam as escolhas que as mulheres fazem para induzir o parto ou ter uma cesariana.

2.5 EDUCAÇÃO PRÉ-NATAL

De acordo com Silva, Lima e Osório (2016), existe um amplo apoio para mais e melhor educação em saúde para mulheres grávidas ou que planejam engravidar. No entanto, os serviços de educação e aconselhamento muitas vezes são inadequados, principalmente para populações de alto risco. Alguns ambientes tentam enfatizar tais cuidados, mas muitos não o fazem. Uma variedade de abordagens para educação e aconselhamento tem sido utilizada, como aconselhamento individual, discussões em grupo, materiais audiovisuais e escritos e consultas de enfermagem, que esclarecem e reforçam as recomendações feitas durante uma consulta médica.

Segundo Pereira (2018), os tópicos relevantes para a prevenção do baixo peso ao nascer, que devem ser enfatizados no período pré-natal incluem riscos

comportamentais na gravidez, sinais e sintomas precoces de complicações, incluindo sinais de trabalho de parto prematuro, infecção vaginal e outros problemas médicos e a importância de sua detecção precoce e o papel que o pré-natal desempenha na melhora do desfecho da gestação e a importância de manter as consultas de pré-natal. Esses tópicos devem ser incluídos na educação pré-natal, juntamente com informações sobre a preparação para o trabalho de parto e parto, puerpério imediato, alimentação infantil, planejamento familiar, localização do pediatra e escolha do local do parto.

Para Rosa, Silveira e Costa (2014), os problemas que interferem na educação efetiva das mulheres grávidas incluem o curto tempo normalmente agendado para cada consulta pré-natal e falta de habilidades na educação do paciente por parte de muitos médicos. Esta última razão sugere que enfermeiros e pessoal relacionado podem ser mais apropriados do que médicos como provedores de educação pré-natal.

Assim, a educação pré-natal pode desempenhar um papel importante nos esforços para uma gestação saudável, devendo começar no início da gravidez, principalmente para superar os riscos comportamentais, dando maior ênfase ao período pré-natal, expandindo-se para além do foco usual no trabalho de parto e nascimento.

Pereira (2018) afirmam que os participantes de grupos de educação pré-natal tendem a ser mulheres casadas, mais velhas, mais instruídas, de um grupo socioeconômico mais alto, mais propensas a ter bons empregos e mais positivas sobre sua gravidez do que as mulheres que não participam. Assim, esforços devem ser feitos para a participação de gestantes daqueles grupos que muitas vezes não conseguem aproveitá-las, principalmente porque muitas dessas mulheres apresentam alto risco de baixo peso ao nascer com base em fatores sociais, econômicos e comportamentais.

Para Monteiro (2020), o efeito da educação pré-natal no resultado da gravidez tem sido eficaz na redução da necessidade de analgesia e anestesia durante o trabalho de parto e baixo peso ao nascer. As mulheres com risco elevado de parto prematuro devem receber educação especial sobre os fatores associados à prematuridade; a importância da detecção precoce dos sintomas do trabalho de parto prematuro, como sangramento e contrações periódicas; como detectar contrações uterinas leves e diferenciar as contrações normais que ocorrem com frequência durante a gravidez daquelas que sinalizam o início do trabalho de parto; e o que fazer quando os sinais e sintomas de

trabalho de parto prematuro aparecem, incluindo como buscar ajuda. Os esforços para deter o trabalho de parto prematuro podem depender de sua detecção precoce e manejo imediato.

Mulheres de alto risco também devem ser ensinadas a identificar e diminuir eventos em suas vidas diárias, como estresse físico e exercícios extenuantes, que podem desencadear contrações uterinas, que por sua vez podem levar ao trabalho de parto prematuro.

Segundo Silva (2017), a educação das gestantes deve ser complementada pela educação dos provedores de cuidados pré-natais, incluindo a importância de ser receptivo aos problemas, dúvidas e queixas dessas mulheres. Os médicos também precisam aprender a revisar seus padrões de prática para acomodar o aumento de tempo e atenção que essas mulheres geralmente exigem. Nesse sentido, educar as gestantes tem valor limitado se os profissionais de saúde não estiverem organizados para responder a esses fatores.

2.6 O PROGRAMA BEM GESTAR

No município do interior do estado do Espírito Santo desenvolve também o programa de educação e apoio a gestante, este denomina-se de Bem Gestar e acompanha atualmente aproximadamente 40 gestantes, em vulnerabilidade social, atendidas pelo Centro de Referência em Assistência Social de Presidente Kennedy (CRAS). O objetivo do programa é fortalecer vínculos familiares e estimular o cuidado com a saúde da mãe e do bebê, em quatro encontros mensais. Porém, em virtude da pandemia da Covid-19, esses encontros, no ano de 2020 e 1º semestre do ano de 2021, foram reprogramados para serem realizados em forma virtual e as atividades presenciais retornaram no 2º semestre de 2021.

No final dos encontros as participantes recebem ensaio fotográfico de gestante, kit com enxoval de bebê recém-nascido e itens de higiene. A ação é promovida pela Secretaria Municipal de Assistência Social (SEMAS).

Esse programa foi criado em 2016, mediante os acompanhamentos realizados pela equipe técnica de referência Benefício Eventual do equipamento, que identificou a

necessidade da criação desse grupo, visto ter um número significativos de queixas de falta de acesso a direitos e observou uma recorrente falta de acesso às informações referentes aos direitos, tais como benefícios eventuais e previdenciários e oferta e acesso aos serviços públicos de saúde, e deveres das gestantes, mães e suas famílias. Tal questão afetava um número significativo de famílias, indicando a necessidade de uma intervenção que priorizasse a reflexão, a ação e a construção de processos de mudanças junto com as famílias.

O programa é destinado às famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família, àquelas acompanhadas pelo Serviço de Proteção e Atendimento Integral à Família (PAIF), gestantes que estejam em acompanhamento pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e famílias que se encontram no critério de renda do benefício eventual do auxílio-natalidade (meio salário-mínimo).

Como este programa completa cinco anos de existência, faz-se necessário uma reflexão e avaliação das suas ações, tanto por parte dos profissionais que o executam como por parte das participantes. Assim, estudos sobre o tema devem ser fortemente encorajados.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Analisar as percepções de gestantes e profissionais sobre as ações desenvolvidas no Programa Bem Gestar, realizado no município de Presidente Kennedy-ES.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Caracterizar o perfil socioeconômico das gestantes e profissionais que fazem parte do programa;

Descrever as vantagens e desafios enfrentados por gestantes e profissionais do programa

Verificar as sugestões de mudanças, segundo as participantes.

4 JUSTIFICATIVA

A maternidade é um período do ciclo de vida que produz mudanças essenciais no nível biopsicossocial. Por este motivo, uma efetiva intervenção social é de fundamental importância, abordando os fatores sociais que envolvem o processo de gestação, parto e puerpério, articulando os benefícios e recursos com os quais as famílias podem contar para terem condições de bem-estar mais adequadas.

Os programas voltados às gestantes são considerados atividades básicas de prevenção e promoção da saúde e incluem uma série de medidas educacionais e de apoio que as ajudam a compreender suas próprias necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas durante a gravidez, parto, puerpério e maternidade, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Por todas essas razões, eles se tornaram uma prioridade global de saúde.

Por ser nutricionista e pesquisadora, entendo a importância destes programas para as gestantes, especialmente para aquelas que pertencem a grupos sociais em situação de vulnerabilidade, por compreender que a nutrição desempenha um papel crucial na saúde materna e no desenvolvimento das crianças, ajudando-as a melhorar seus hábitos alimentares, além de receberem benefícios que envolvem cuidados de saúde física e emocional, contribuindo para aumentar a equidade e a igualdade de oportunidades para essas pessoas, que lhes permitem um parto adequado e bem sucedido.

5 METODOLOGIA

5.1 TIPO DE ESTUDO E LOCAL DE ESTUDO

Trata-se de estudo exploratório do tipo transversal realizado no município de Presidente Kennedy-ES. A pesquisa exploratória permite conhecer as informações contextuais de uma investigação. Além disso, ajuda a esclarecer problemas de pesquisa, criar hipóteses e definir prioridades e geralmente se utiliza de métodos qualitativos (GIL, 2010).

5.2 PARTICIPANTES

A amostra foi composta por 22 gestantes participantes do Programa Bem Gestar e 7 funcionários que trabalham diretamente nesse projeto, sendo: Assistente Social, Nutricionista, Psicólogo, Coordenador e Oficial Administrativo.

5.3 COLETA DE DADOS

O instrumento para a coleta de dados foi a entrevista estruturada, por ser o método mais adequado para a obtenção de informações aprofundadas sobre atitudes e opiniões em relação ao problema de pesquisa. A entrevista foi realizada utilizando formulários de pesquisa, contendo informações sobre caracterizações sociodemográficas e percepções sobre as atividades e benefícios oriundos do programa.

5.4. ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística, bem como a escolha pelos testes de comparação entre os grupos serão executados respeitando os pressupostos determinados pelos resultados, características e comportamento das variáveis de estudo. Utilizou-se uma estatística descritiva para análises dos dados, as variáveis foram expressas em frequências absolutas (n) e frequência relativa (%) e ilustradas em gráficos e tabelas para melhor visualização.

5.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para atender aos aspectos éticos inerentes à pesquisa com seres humanos, estabelecidos na Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS) e suas complementares, esse projeto foi aprovado por meio do Parecer nº 5.151.900 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia – EMESCAM. Para tanto, também foi obtida a concordância explícita do gestor responsável pela Secretaria Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy (Carta de anuência em anexo).

As informações coletadas foram mantidas em caráter confidencial, assegurando o sigilo, a proteção e a identidade das pessoas às quais se relacionam os dados da presente pesquisa. Todos foram convidados a contribuir com a pesquisa livre de coação ou conflito de interesses e, após serem esclarecidos sobre os seus objetivos, assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo)

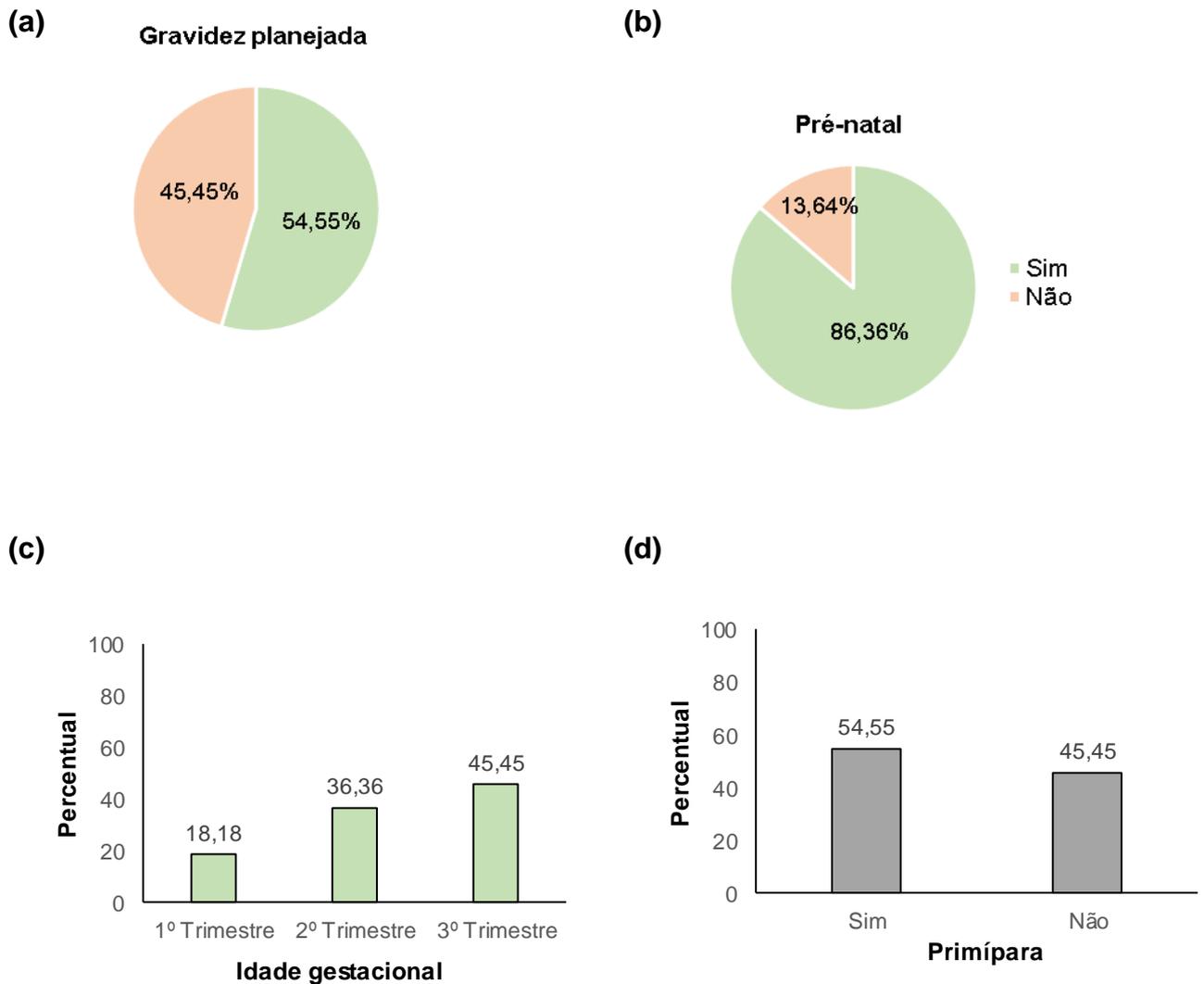
6 RESULTADOS

Foram entrevistadas 22 mulheres e a amostra foi constituída, em sua maior parte, por mulheres de 20 a 34 anos (63,64%), que moravam com o marido ou companheiro (68,18%), com nível de ensino médio completo (27,27%). Observou-se ainda que 54,55% não exercem nenhum trabalho remunerado (Tabela 1).

Tabela 1 – Caracterização sociodemográficas das gestantes participantes do estudo

| Variáveis | Frequência absoluta (n) | Percentual (%) |
|-------------------------------|------------------------------------|-----------------------|
| Idade | | |
| 15 a 19 anos | 5 | 22,73 |
| 20 a 34 anos | 14 | 63,64 |
| 35 anos ou mais | 3 | 13,64 |
| Escolaridade | | |
| Ensino fundamental incompleto | 3 | 13,64 |
| Ensino médio incompleto | 4 | 18,18 |
| Ensino médio completo | 6 | 27,27 |
| Ensino superior incompleto | 3 | 13,64 |
| Ensino superior completo | 6 | 27,27 |
| Estado civil | | |
| Casada/ União estável | 15 | 68,18 |
| Solteira | 7 | 31,82 |
| Trabalho Remunerado | | |
| Sim | 10 | 45,45 |
| Não | 12 | 54,55 |
| Total | 22 | 100,00 |

Figura 1 – Percentual de gestantes distribuídas segundo gravidez planejada (a), já estavam realizando o pré-natal (b), idade gestacional (c) e primeiro filho (d).



A distribuição das gestantes segundo planejamento da gravidez foi ilustrada na Figura 1. Observou-se que 45,45% das mulheres não planejaram a gestação (Figura 1a), a maioria (86,36%) realizou o pré-natal (Figura 1 b) e 45,45% das entrevistadas já estavam no 3º trimestre de gravidez (Figura 1c). Ademais, 54,55% das mulheres eram primíparas, ou seja, estavam gestantes pela primeira vez (Figura 1d). Estes dados estão apresentados na figura 1.

Tabela 2 – Percepção das gestantes sobre a participação no Programa Bem Gestar.

| Variáveis | Frequência absoluta (n) | Percentual (%) |
|--|-------------------------|----------------|
| Atividades que mais gosta de participar | | |
| Palestras | 16 | 72,73 |
| Roda de conversas | 6 | 27,27 |
| Como ficou sabendo do programa bem gestar | | |
| Indicação | 9 | 40,91 |
| Rede social | 4 | 18,18 |
| CRAS | 3 | 13,64 |
| Agente de saúde | 4 | 18,18 |
| Cartaz de divulgação | 2 | 9,09 |
| Dificuldade de participação | | |
| Sim | 7 | 31,82 |
| Não | 15 | 68,18 |
| Total | 22 | 100,00 |

Identificou-se que 72,73% das gestantes gostam de participar das palestras realizadas pela equipe e convidados, onde são abordados diversos assuntos relacionados à gravidez. Em relação ao conhecimento da existência do Programa, identificou-se que 40,91% ficaram sabendo através de uma indicação de alguém conhecido e vale destacar que apenas 9,09% foi através de cartazes de divulgação, convidando esse público específico para fazer parte do Programa. Grande parte das mulheres relatou não ter dificuldades para participar do programa (68,18%).

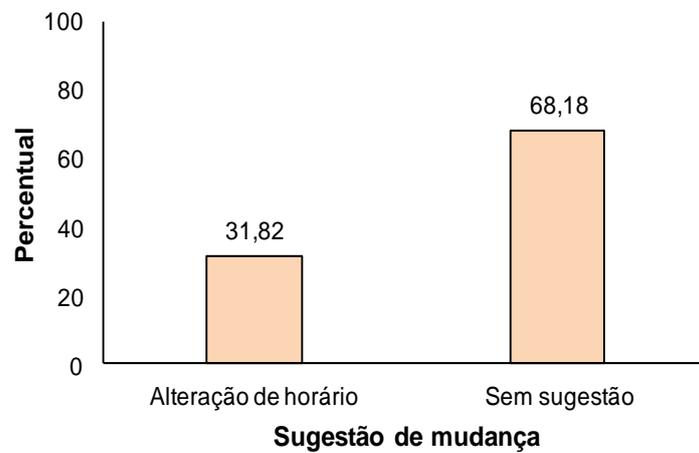
Entre as entrevistadas, evidenciou-se que 31,82% gostariam que houve mudanças no programa, especialmente quanto aos horários das reuniões e palestras fossem mudados (Figura 2).

Figura 2 – Desejo (a) e sugestão de mudanças (b) das gestantes quanto ao Programa Bem Gestar

(a)



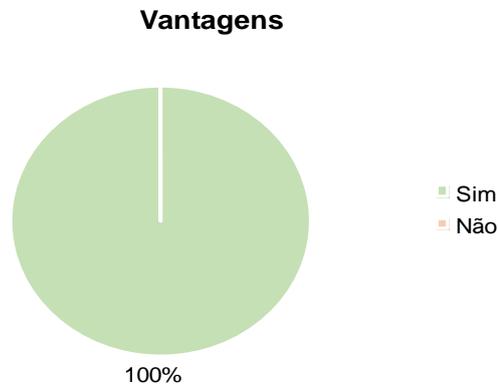
(b)



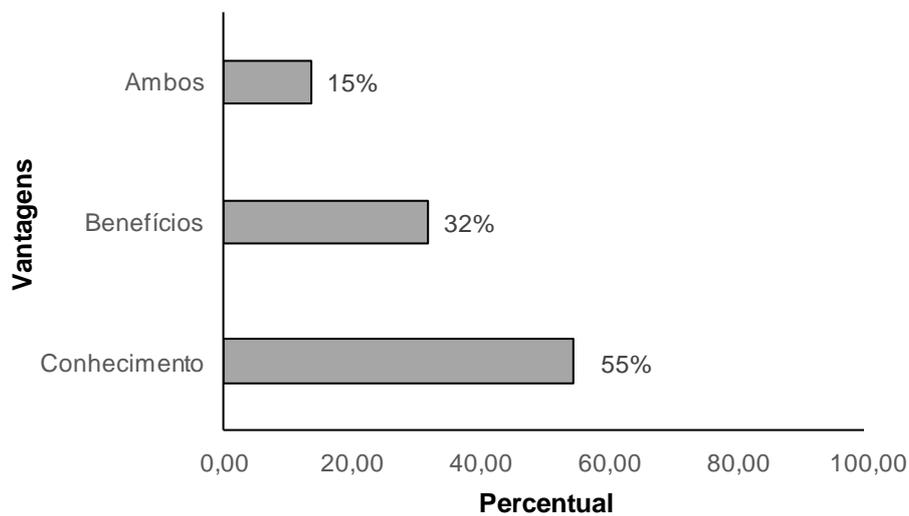
Todas as entrevistadas (100%) veem vantagens de participar do Programa Bem Gestar (Figura 3a), onde 55% consideram como maior vantagem o conhecimento adquirido nas reuniões e palestras, 32% avaliam que a maior vantagem são os benefícios oferecidos (kit maternidade e ensaio fotográfico) e 15% entendem que tanto o conhecimento quanto os benefícios são vantagens (Figura 3b).

Figura 3 – Percepção das gestantes sobre as vantagens de participar do Programa Bem Gestar

(a)



(b)



Observou-se que a maioria dos profissionais entrevistados eram constituídos de assistente social (28,57%) e oficial administrativo (28,57%). Os funcionários da equipe trabalham entre 2 (28,57%) a 4 (28,57%) anos no programa exercendo a atividade de busca de benefícios assistenciais (28,57%) e divulgação e suporte (28,57%). Os benefícios oferecidos pelo programa foram reconhecidos pela totalidade dos entrevistados (100,00%). Ademais, foi identificado que a grande maioria prefere os encontros de forma presencial (85,71%) (Tabela 3).

Tabela 3 – Percepções dos profissionais sobre o Programa Bem-Gestar

| Variáveis | Frequência absoluta (n) | Frequência relativa % |
|--|--------------------------------|------------------------------|
| Função no Programa | | |
| Nutricionista | 1 | 14,29 |
| Psicólogo | 1 | 14,29 |
| Coordenador | 1 | 14,29 |
| Assistente social | 2 | 28,57 |
| Oficial administrativo | 2 | 28,57 |
| Tempo de atuação no Programa | | |
| 2 anos | 3 | 42,86 |
| 3 anos | 2 | 28,57 |
| 4 anos | 2 | 28,57 |
| Atividades você desenvolve no Programa | | |
| Acompanhamento nutricional | 1 | 14,29 |
| Acompanhamento individual e em grupo | 1 | 14,29 |
| Busca de benefícios assistenciais | 2 | 28,57 |
| Divulgação e suporte | 2 | 28,57 |
| Coordenação | 1 | 14,29 |
| Oferecimento de benefícios para as gestantes atendidas | | |
| Sim | 7 | 100,00 |
| Não | 0 | 0,00 |
| Modalidade de atendimento | | |
| Presencial | 6 | 85,71 |
| Online | 1 | 14,29 |
| Vantagens encontradas para realização do Programa | | |
| Aprendizado | 5 | 71,43 |
| Fortalecimento de vínculos | 1 | 14,29 |
| Amparo para as necessidades | 1 | 14,29 |
| Desafios enfrentados pelos profissionais junto às gestantes | | |
| Falta de interesse | 3 | 42,86 |
| Desestrutura familiar | 2 | 28,57 |
| Falta de incentivo | 1 | 14,29 |
| Falta de apoio de outras secretarias | 1 | 14,29 |
| Sugestões você daria para melhorar a qualidade do Programa | | |
| Promover mais divulgação | 3 | 42,86 |
| Consolidação de parcerias | 4 | 57,14 |
| Total | 7 | 100,00 |

Em relação as vantagens encontradas no Programa, 5 profissionais (71,43%) indicam o aprendizado como um fator em destaque. Um fator que teve 2 votos, e é algo que

precisa ser analisado é a questão da falta de apoio de outras secretárias, visto que o trabalho em rede tem grande eficácia na execução dos serviços. Realçou-se que 42,86% dos entrevistados citaram a falta de interesse das gestantes como o maior desafio enfrentado pelos profissionais junto às gestantes. Além do mais, entre a equipe 57,14% dos profissionais concordam que a consolidação de parcerias é algo fundamental para a execução e sucesso do Programa (Tabela 3).

7 DISCUSSÃO

É consenso que a assistência pré-natal influencia a saúde da gestante e do feto, apresentando melhores indicadores de saúde, com menos complicações, partos prematuros e baixo peso ao nascer. Também não há discordância de que muitas mulheres não acessam o sistema de saúde desde as primeiras semanas de gestação e/ou não realizam as consultas de pré-natal em número suficiente. Nesse sentido, diversas ações têm sido desenvolvidas, como forma de atrair as gestantes, especialmente aquelas em situação de vulnerabilidade socioeconômica, para um acompanhamento ao longo da gravidez.

Neste estudo, ao se analisar o Programa Bem Gestar, que tem como meta propiciar uma assistência pré-natal às mulheres do município de Presidente Kennedy-ES, foi possível observar que esta ação tem sido benéfica para criar vínculos entre as gestantes e os profissionais de saúde e assistência social, garantindo educação em saúde, acesso a um atendimento qualificado de pré-natal e acompanhamento ao longo de toda a gestação.

Ao realizar busca por programas voltados a gestantes, foi possível encontrar notícias de diversos municípios brasileiros que realizam tais ações de modo semelhante à Presidente Kennedy, como Mimoso do Sul- ES, Uberlândia-MG, Matão-SP, Ipatinga-MG, dentre outros. Entretanto, não foram encontradas pesquisas analisando estas ações. Assim, ao se discutir os resultados obtidos, estes serão discutidos à luz da assistência pré-natal oferecida na atenção básica.

Nesta pesquisa, as gestantes possuem, em sua maioria, ensino médio e superior completo, com idade entre 20 e 34 anos, vivendo com marido ou companheiro. Segundo Anjos e Boing (2016), o nível de educação superior da mulher é um fator muito significativo e importante na determinação da utilização ideal do pré-natal. Além disso, as desigualdades diferenciais, em mulheres com nível de escolaridade superior que atingem a frequência ideal de consultas são maiores em mulheres urbanas e idosas do que em mulheres rurais e jovens, respectivamente. Os autores sugerem, portanto, que as mulheres instruídas provavelmente têm conhecimento adequado sobre os serviços de saúde e compreendem a importância do início precoce do

acompanhamento da gestação, bem como de comparecer às consultas recomendadas.

De acordo com Mallmann (2019), níveis maiores de escolaridade estão associados ao número de consultas pré-natais, ou seja, quanto maior o nível educacional, maior o acompanhamento ao longo da gestação, com maior número de consultas de pré-natal. Para esses autores, tal fato se deve a um melhor conhecimento sobre direitos reprodutivos, além de maior poder aquisitivo.

Para Mario (2019), mulheres com maior escolaridade tendem a valorizar os serviços de pré-natal e tiram vantagem disso em comparação com aquelas com menor escolaridade, mas isso também podem sugerir que o acesso aos cuidados de saúde ainda é impulsionado por dinâmicas e desequilíbrios relacionados à iniquidade com os grupos pobres e sem instrução, com acesso limitado.

Concordando com os demais estudos, Farias (2021) ressaltam que a probabilidade de realizar o pré-natal e a frequência das consultas são fortemente influenciadas pelo nível de escolaridade e pela idade materna. No entanto, a influência da escolaridade é mais pronunciada do que o número de consultas, o que pode refletir, em parte, o fato de que as não frequentadoras, em sua maioria mulheres desfavorecidas e sem escolaridade, não estão no segundo modelo. O efeito positivo da educação na utilização dos cuidados de saúde tem sido atribuído ao aumento da autonomia e poder de decisão, maior controle sobre os recursos, maior capacidade de acesso e processamento de novas informações.

As mulheres instruídas também têm maior conhecimento dos serviços de saúde modernos e capacidade de se comunicar com os prestadores de cuidados. Além disso, a educação pode afetar o tabagismo e outros comportamentos de saúde durante a gravidez. Outro ponto se refere a uma maior autonomia feminina, que por sua vez influencia as decisões relacionadas à saúde e a alocação de recursos dentro da família. Outras explicações possíveis incluem maior conhecimento sobre doenças e crescente adoção de práticas médicas modernas (SILVA, 2019).

Em relação à idade materna mais alta e acompanhamento pré-natal, Costa (2020) fazem uma associação positiva, ressaltando que este fato pode refletir maior experiência das mulheres mais velhas no uso dos serviços de saúde, maior controle

sobre a tomada de decisões domésticas e maiores conhecimentos sobre possíveis riscos.

As mães adolescentes são singularmente diferentes da população geral de mulheres e formam uma população particularmente vulnerável e desfavorecida, predisposta a piores resultados de saúde materna em comparação com mulheres de faixa etária mais avançada. Segundo Domingues (2015), as torna mais vulneráveis a problemas durante a gravidez e, ao mesmo tempo, menos propensas a frequentarem o pré-natal.

Nesse sentido, Nunes (2017) afirmam que o pré-natal oferece uma oportunidade para sensibilizar essas mães sobre a utilização dos serviços de saúde e promover estilos de vida saudáveis que podem melhorar os resultados de saúde a longo prazo para elas e seus filhos ainda não nascidos. Assim, o aconselhamento de planejamento familiar pode ser integrado ao pré-natal, o que pode ter um impacto positivo no uso de contraceptivos após o parto. É também uma forma de implementar um plano de preparação para o parto, garantindo que possam estar mais bem preparadas.

Os esforços voltados para melhorar os cuidados de saúde materna para adolescentes são consistentes com os ODMs, que também se concentram na educação de meninas, na prevenção da gravidez precoce e na remoção de barreiras financeiras aos cuidados (ONU, 2014).

Neste estudo, cerca de 70% das mães vivem com companheiro. Nesse sentido, Domingues (2015) ressalta que a influência positiva do estado civil pode refletir a estigmatização enfrentada por mulheres grávidas solteiras, uma vez que a gravidez, na maioria das comunidades, é percebida como competência daqueles que são casados.

Para Silva (2019), a presença de um companheiro está diretamente relacionada à realização do pré-natal e ao número de consultas, pois estes são um fator de proteção e apoio ao longo da gestação, proporcionando maior estabilidade emocional e suporte social, o que influencia em uma maior adesão aos cuidados de saúde.

Na amostra deste estudo, quase metade dessas mulheres não planejou a gravidez. As taxas de gravidez não planejadas, de acordo com Coelho (2012), são mais altas entre as mulheres de baixo nível socioeconômico, bem como entre as minorias raciais e

podem acarretar resultados psicossociais maternos, incluindo estresse e depressão e atraso no pré-natal.

Brito (2015) demonstraram evidências de que as mulheres que têm gestações não planejadas tendem a subutilizar os serviços de pré-natal, iniciando-o tardiamente, o que pode se dever a passar por um período de negação. Por outro lado, a desejabilidade de uma gravidez influencia positivamente na utilização do pré-natal.

No mesmo sentido, Santos (2016) constataram que as gestações não intencionais resultam em comportamentos não saudáveis ou continuam com comportamentos não saudáveis durante a gravidez, tendo relação direta com a má utilização dos serviços de saúde materna durante a gestação, como atraso no início ou baixa frequência nas consultas de pré-natal.

Nesta pesquisa, mais de 50% das gestantes eram primíparas, o que, de acordo com Silva (2019) as tornam mais propensas a acessar os serviços de pré-natal, enquanto mulheres com mais filhos tendem a utilizá-los com mais parcimônia à medida que aumenta o número de filhos. Dentre as explicações possíveis para esse efeito, podem ser citados o conhecimento e a confiança adquiridos em experiências passadas; dificuldade de acesso ao pré-natal e experiências negativas anteriores.

Como forma de contornar estas situações, Reis (2022) recomendam que os objetivos dos programas para uma maternidade segura podem ser vinculados aos dos programas de desenvolvimento social, como redução da pobreza, melhoria da situação das mulheres e aumento da taxa de matrículas no ensino fundamental e médio entre as meninas. A constatação de que mães adolescentes e mulheres solteiras, e aquelas com gravidez não planejada são menos propensas a procurar cuidados pré-natais e a ter menos consultas sugere que é preciso prestar atenção especial aos subgrupos desfavorecidos e vulneráveis da população, cujas questões de saúde reprodutiva são muitas vezes repletas de desinformação e dificuldade de acesso.

Quanto à participação no Programa Bem Gestar, as palestras foram consideradas as atividades que mais gostam de participar e várias delas ficaram sabendo do programa por indicações variadas.

Nas palestras e rodas de conversa do Programa Bem Gestar são abordados temas associados à capacidade de lidar com novas condições, saúde da mãe e do recém-nascido, aumento da confiança, satisfação com a gestação, participação ativa dos familiares na manutenção da saúde da família e capacidade de lidar com problemas e aceitar as responsabilidades da vida.

Também há momentos voltados a auxiliar a gestante a obter informações essenciais sobre o trabalho de parto e formas de lidar com a dor. O conhecimento sobre o trabalho de parto reduz o medo nas mulheres e melhora a sensação de controle sobre este momento. Essas palestras ou rodas de conversa abrangem treinamento de exercícios, respiração adequada, relaxamento, concentração e posições corretas durante o trabalho de parto para melhorar a crença da mulher em sua capacidade de autocontrole.

A realização das palestras e rodas de conversa no Projeto Bem Gestar ocorre em cooperação com os profissionais da Secretária de Saúde, como obstetras/ginecologistas, enfermeiros que são convidados para falarem sobre as gestantes e os recém-nascidos, seu papel durante o parto, amamentação, concepção, fases da gravidez, tipos de parto, nutrição e medicamentos na gravidez, complicações e prevenção indesejadas. Também participam pediatras, que respondem às questões no campo da pediatria sobre o procedimento no hospital após o nascimento do bebê, vacinação, exames médicos, sintomas aos quais devem ser direcionados cuidados especiais etc., nutricionistas, psicólogos e enfermeiros.

As palestras e rodas de conversa são realizadas em um ambiente agradável e receptivo, onde profissionais qualificados podem responder a quaisquer perguntas relacionadas às preocupações ou dúvidas que a gestante possa ter, permitindo que aprendam sobre o que esperar e como se preparar melhor para a gestação, parto e pós-parto.

Nesse sentido, o apoio profissional afeta o bem-estar e a saúde da gestante. O suporte profissional pode ser considerado uma intervenção de cuidado e deve focar no fortalecimento dos conhecimentos sobre gestação e cuidados com o recém-nascido, levando a um maior conhecimento e melhor preparação para o trabalho de parto e nascimento e melhor assistência ao bebê.

Estudo de Nunes (2017, p. 87), ao relatar a vivência em um grupo de gestantes, constatou que:

Como um aspecto positivo, considera-se a oportunidade de troca de experiência entre as mulheres ao final de cada noite, onde se tem a possibilidade de expor momentos/dificuldades já vivenciados, seja quanto a uma gestação, parturição ou puerpério anterior, ou seja, quanto ao processo gestacional atualmente vivenciado, transmitindo sensação de segurança a mulher, percebendo muitas vezes que nem só de momentos lindos constitui-se a gestação/puerpério, de modo a preparar-se para os diferentes momentos, em plena consciência de que problemas e dificuldades sempre podem ocorrer nessa trajetória.

De acordo com Campos (2019), a educação pré-natal representa um componente essencial da assistência à maternidade, pois facilita o apoio e a obtenção de informações dos profissionais de saúde, o envolvimento do parceiro, diminui a ansiedade sobre o parto e nascimento e cria um ambiente amigável onde as perguntas podem ser abordadas sem hesitação. Este tipo de educação é especialmente importante no terceiro trimestre da gravidez, quando grandes mudanças fisiológicas, mas também psicológicas se desenvolvem e as mulheres enfrentam muitas decisões.

No mesmo sentido, Silva (2017) afirma que a educação pré-natal representa uma ferramenta pela qual as gestantes são informadas sobre as estratégias de enfrentamento da dor do parto, no trabalho de parto e nascimento, destacando os efeitos positivos que podem incluir menos ansiedade, menos falsas admissões de parto e mais envolvimento do parceiro.

Em seu estudo, Maron (2011) constataram que palestras com grupos de gestantes são positivas para oferecer suporte, troca de experiências sobre as vivências e experiências, sendo um espaço de escuta e reflexão. Também possibilita a formação de vínculos entre as gestantes e os profissionais, diminuindo as dúvidas e a descontinuação do pré-natal.

Todas consideraram a participação vantajosa, seja pelos conhecimentos adquiridos ou pelos benefícios oferecidos às participantes, neste caso, o kit maternidade e o ensaio fotográfico. Não foram encontrados estudos nacionais que abordassem incentivos para a frequência de mulheres ao pré-natal. Entretanto, nesta pesquisa, os conhecimentos adquiridos apresentaram maior percentual (55%) entre as mães.

Nesse sentido, estudo de Silva, Lima e Osório (2016) constataram que aumentar os cuidados pré-natais com programas educacionais ou serviços sociais pode melhorar os resultados perinatais, com menores taxas de baixo peso. Incentivos oferecidos em troca de participação no pré-natal ou programas educacionais podem fornecer a motivação necessária para uma ação imediata, especialmente entre mulheres de baixa renda.

Estudo de Rosenthal (2009), realizado com gestantes hispânicas residentes nos Estados Unidos, constatou que aquelas que receberam incentivos financeiros para a participação no pré-natal apresentaram redução considerável de desfechos adversos ao nascimento, taxas significativamente mais baixas de internação infantil em terapia intensiva neonatal e uma diminuição da taxa de baixo peso ao nascer. Assim, o uso de incentivos financeiros para provedores e pacientes, alinhados com objetivos comuns de melhor adesão aos cuidados recomendados, pode se tornar um elemento central dos cuidados pré-natais.

Assim, apesar da assistência pré-natal ser especialmente importante, é também efetiva em relação a custos de saúde, pois o que é gasto na prestação de cuidados mais adequados pode reduzir os gastos totais com cuidados médicos, prevenindo eventos adversos de alto custo para a mãe e o bebê (BRASIL, 2019).

O Programa Bem Gestar oferece um conjunto de atividades relacionadas a triagem de condições que possam aumentar os resultados adversos da gestação, fornece intervenções terapêuticas benéficas e educa as mulheres grávidas sobre o planejamento para um parto seguro, emergências durante a gravidez e como lidar com elas. Para tanto, são oferecidas palestras e rodas de conversa, onde são abordados temas relativos a estas questões. Nesse sentido, segundo Nogueira (2021), o pré-natal é um conjunto de cuidados clínicos, mas também educacionais, que visam acompanhar o desenvolvimento da gravidez e promover a saúde da mãe e filho, incluindo o acolhimento desde o início da gravidez até o pós-parto. Por ser um período caracterizado por mudanças físicas e emocionais que cada mulher experimenta de formas diferentes, ela deve receber atenção integral das equipes de saúde. O acompanhamento adequado das gestantes está relacionado a benefícios tanto para a mãe quanto para o feto e futuro bebê, possibilitando a detecção e tratamento oportuno

das morbidades, reduzindo a incidência de baixo peso ao nascer e prematuridade e a promoção do aleitamento materno.

No mesmo sentido, Franco (2020) ressaltam que a gestação exige que a mulher aprenda novas informações sobre seu corpo e invista em sua saúde e na do feto em crescimento. Garantir que as mulheres grávidas tenham acesso universal e oportuno a cuidados pré-natais de qualidade é uma prioridade global de saúde pública, porque é um importante determinante de melhores resultados de saúde. A assistência pré-natal oferece múltiplas oportunidades para chegar às gestantes com informações sobre quaisquer riscos relacionados ao parto e como forma de promovê-lo com a assistência de um profissional de saúde qualificado. A assistência pré-natal oportuna e adequada também se mostra importante para a saúde dos recém-nascidos e, além disso, pode ser uma porta de entrada para a prevenção da transmissão de infecções sexualmente transmissíveis, como o HIV, de mãe para filho e facilitar o acesso das mulheres a cuidados médicos para necessidades futuras.

Portanto, a incorporação de estratégias voltadas para a garantia do pré-natal com uma abordagem abrangente e resolutiva é necessária e, dentre estas, cabe destacar as estratégias educativas desenvolvidas no Programa Bem Gestar. Segundo Cardoso (2019), a educação pré-natal que ocorre como parte da rotina de cuidados pré-natais tem sido identificada como um componente importante, podendo aumentar a conscientização e melhorar o conhecimento sobre os fatores de risco e complicações das gestantes. Os objetivos da educação pré-natal são ajudar os pais a ter um papel ativo na manutenção da saúde durante a gravidez e o parto e ensinar técnicas de enfrentamento para lidar com a gravidez, o parto e a maternidade. Portanto, a educação pré-natal é importante para melhorar a saúde de bebês e mães e deve ser amplamente implementada.

Constatou-se que quase metade das gestantes não planejou a gravidez e, dentre estas, muitas iniciaram o pré-natal tardiamente, concordando com estudo de Andrade, Santos e Duarte (2019) que, embora o pré-natal no início da gravidez seja muito importante para a saúde da mãe e do bebê, se a gravidez não for planejada, muitas mulheres demoram a procurar atendimento por medo ou negação. Alternativamente, podem recorrer a outras fontes de apoio, como família e amigos, e se apegam a esses sistemas de apoio.

De acordo com Coelho (2012), as gestações não planejadas podem resultar em comportamentos não saudáveis durante a gravidez, havendo relação direta com a má utilização dos serviços de saúde materna, como atraso no início ou baixa frequência nas consultas de pré-natal. Também apresentam baixo suporte social e escores mais baixos para comportamentos de autocuidado, como uso de suplementos (ácido fólico ou multivitamínico), vacinação e nutrição. Conseqüentemente, esses problemas aumentam as complicações obstétricas, como desfecho gestacional desfavorável, morbimortalidade materna, parto prematuro, baixo peso ao nascer e óbito neonatal.

A gravidez não planejada, de acordo com Fróz (2019), tem sido relacionada a fatores como multiparidade, baixa escolaridade, não ter companheiro, vivenciar violência por parceiro e histórico de uso de drogas. Entretanto, nesta pesquisa, estes fatores não apresentaram relação.

Quanto à sugestão de mudanças no Programa Bem Gestar, as participantes sugeriram que os encontros fossem realizados à noite, pois durante o dia algumas não têm com quem deixar os filhos ou estão trabalhando, considerando o horário inadequado para poderem participar. Desta forma, é importante que os gestores do Programa repensem os horários destes encontros, a fim de obterem uma maior participação das gestantes, permitindo que aconteçam em momentos mais adequados à rotina dessas mulheres.

Não se encontrou na literatura estudos que tratem da adequação de horários para a participação de gestantes em atividades de grupo para que se pudesse analisar se este é um dificultador comum. Entretanto, Reberte e Hoga (2005) ressaltam que é essencial que sejam oferecidas oportunidades de participação em grupos de gestantes em dias e horários que possibilitem sua participação, inclusive dos acompanhantes.

Para que sejam disponibilizados encontros em horários acessíveis às gestantes e acompanhantes, Viellas (2014) afirma que é necessária a adesão e apoio de toda a equipe participante para que sejam derrubadas possíveis resistências na participação, bem como uma mudança no atual modelo de saúde, onde o usuário é quem tem que se ajustar, possibilitando a construção de uma assistência onde predomine o diálogo e o respeito mútuo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O programa Bem Gestar, realizado no município de Presidente Kennedy-ES é uma ação de estimular as gestantes para o acompanhamento pré-natal e ações de educação e saúde, ao final da gestação é oferecido as participantes um kit maternidade, com itens para o recém-nascido, e um ensaio fotográfico. Desta forma, por meio da garantia de acesso aos serviços de saúde e os conhecimentos adquiridos, a Secretaria Municipal de Assistência Social busca estimular o pré-natal ao longo de toda a gravidez.

Na atual pesquisa concluiu-se que o Programa Bem Gestar representou uma ação social e de saúde que promoveu benefícios, sendo o aprendizado e conhecimento adquirido o mais citado pelas gestantes e profissionais envolvidos no programa.

A maioria das participantes foram adultos jovens com idade de 20 a 34 anos, possuem companheiro, têm ensino médio ou superior e não trabalham.

As dificuldades para participação no programa foram atreladas ao horário (por parte das gestantes) e os profissionais citam em sua maioria a falta de interesse por parte das participantes. Entre as sugestões de melhorias, observou-se a alteração de horário e a consolidação de parcerias as sugestões mais citadas.

Assim, estudos sobre o tema ilustra a necessidade de conhecer as características dos programas de apoio às gestantes, conhecer as percepções de gestantes e profissionais envolvidos no programa é essencial para que as ações desenvolvidas possam estar conectadas com as necessidades dessas mulheres, abrindo o caminho para que recebam cuidados de saúde multidimensionais, além de garantir o suporte às necessidades mais básicas e fazendo uma rede de conexão destas mulheres aos demais serviços de apoio, eliminando barreiras que tradicionalmente são de difícil transposição, para fornecer apoio específico às grávidas, abordando uma ampla gama de determinantes sociais e estruturais da saúde.

Constata-se, portanto, a importância das políticas públicas e programas no acesso a um pré-natal seguro, acessível e de alta qualidade como forma de melhorar as experiências de cuidados e os resultados da gravidez, gerando resultados positivos para a saúde materno infantil.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, U. V.; SANTOS, J. B.; DUARTE, C. **A percepção da gestante sobre a qualidade do atendimento pré-natal em UBS**, Campo Grande, MS. Rev. Psicol. Saúde, v.11, n. 1, p. 53-61, 2019.

ANJOS, J. C.; BOING, A. F. **Diferenças regionais e fatores associados ao número de consultas de pré-natal no Brasil: análise do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos em 2013**. Rev. bras. epidemiol, v. 19, n. 4, p. 835-850, 2016.

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

BARROS, S. M. O. **Enfermagem no ciclo gravídico puerperal**. São Paulo: Manole, 2006.

BERNARDES, A. C. F. et al. **Inadequate prenatal care utilization and associated factors in São Luís, Brazil**. BMC Pregnancy Childbirth, v. 14, n. 5, p. 266-273, 2014.

BRASIL. **Bolsa Família: transferência de renda e apoio à família no acesso à saúde, à educação e à assistência social**. Brasília: Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome, 2015.

BRASIL. **Importância do pré-natal**. Brasília: Ministério da Saúde 2016.

BRASIL. **Manual técnico pré-natal e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada**. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein; Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

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

BRASIL. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Diário Oficial da União, 25 jun 2011.

Disponível

em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html.

Acesso em: 23 set. 2021.

BRITO, C. N. O. et al. **Depressão pós-parto entre mulheres com gravidez não pretendida**. Rev Saúde Pública, v. 49, n. 3, p. 33-47, 2015.

CAMPOS, A. F. M. **A promoção da saúde na assistência pré-natal em um município de fronteira**. 2019. 70 p. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Foz do Iguaçu, 2019.

CAMPOS, F. C. C. et al. **Planejamento e avaliação das ações em saúde**. Belo Horizonte: Nescon, 2013.

CARDOSO, R. F. et al. **Educação em saúde na assistência pré-natal: revisão de literatura**. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 23, n. 397, p. 1-8, 2019.

CARVALHO, R. A. S. et al. **Avaliação da adequação do cuidado pré-natal segundo a renda familiar em Aracaju, 2011**. Epidemiol Serv Saúde, v. 25, n. 2, p. 271-280, 2011.

COELHO, E. D. A. et al. **Associação entre gravidez não planejada e o contexto socioeconômico de mulheres em área da Estratégia Saúde da Família**. Acta Paul Enferm, v. 25, n. 3, p. 415-22, 2012.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. **Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil**. Rev Panam Salud Publica, v. 37, n. 3, p. 140-147, 2015.

FARIAS, M. M. P. C. et al. **Consulta de pré-natal associada aos melhores desfechos neonatais em um estado no nordeste do Brasil: uma série histórica**. Research, Society and Development, v. 10, n. 15, p. 1-12, 2021.

FORTES, P. A. C. **Ética, direitos dos usuários e políticas de humanização da atenção à saúde**. Saúde e Sociedade, v. 13, n. 3, p. 30-35, 2014.

FRANCO, R. V. A. B. et al. **Pré-natal realizado por equipe multiprofissional da atenção primária à saúde**. Cadernos ESP, v. 14, n. 1, p. 63-70, 2020.

FRÓZ, M. A. **Avaliação da assistência ao pré-natal na atenção básica no Brasil**. 2019. 62f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GRISENDI, P. K. **Plano de ação para melhoria na atenção à saúde da mulher no pré-natal e puerpério na unidade de saúde da família do bairro São Sebastião** -

Santos Dumont-MG. 2019. 37f. Monografia (Especialização em Gestão do Cuidado em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Juiz de Fora, 2019.

GUERREIRO, M. et al. Educação em saúde no ciclo gravídico-puerperal: sentidos atribuídos por puérperas. Rev Bras Enferm, v. 67, n. 1, p. 1-14, 2014.

GUIMARÃES, W. S. G. et al. Acesso e qualidade da atenção pré-natal na Estratégia Saúde da Família: infraestrutura, cuidado e gestão. Cad Saúde Pública, v. 34, n. 5, p. 1-13, 2018.

HOLANDA, C. S. M. et al. Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. Rev Panam Salud Publica, v. 37, n. 6, p. 388-394, 2015.

LEAL, M. C. et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. Rev Saúde Pública, v. 54, n. 2, p. 1-8, 2020.

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

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). Ciência & Saúde Coletiva, v. 23, n. 6, p. 1915-1928, 2018.

LIMA, C. S.; ARAÚJO, T. C. V. A visita domiciliar do enfermeiro da estratégia saúde da família na atenção ao puerpério. Revista Ciência Plural, v. 7, n. 3, p. 290-307, 2021.

MALLMANN, M. B. et al. Evolução das desigualdades socioeconômicas na realização de consultas de pré-natal entre parturientes brasileiras: análise do período 2000-2015. Epidemiol. Serv. Saúde, v. 27, n. 4, p. 1-11, 2018 .

MARINHO, C. S. R. et al. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio: impacto de ações assistenciais e mudanças socioeconômicas e sanitárias na mortalidade de crianças. Cad. Saúde Pública, v. 36, n. 10, p. 1-14, 2020.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. Ciência & Saúde Coletiva, v. 24, n. 3, p. 1223-1232, 2019.

MARON, L. C. et al. Atividade grupal operativa com gestantes e familiares: Um Relato de Experiência. Revista Contexto & Saúde, v. 10, n. 20, p. 161-168, 2011.

MARTINELLI, K. G. et al. **Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia, v. 36, n. 2, p. 56-64, 2014.

MENICUCCI, T. **História da reforma sanitária brasileira e do Sistema Único de Saúde: mudanças, continuidades e a agenda atual.** História, Ciências, Saúde, v. 21, n. 2, p. 77-92, 2014.

MONTEIRO, B. R. et al. **Atenção à saúde no contexto do pré-natal e parto sob a perspectiva de puérperas.** Revista Brasileira de Enfermagem, v. 73, n. 4, p. 1-7, 2020.

NOGUEIRA, T. G. B. et al. **Acompanhamento Pré-Natal: imputações apresentadas pelas gestantes durante as consultas em um Município do Sertão pernambucano.** Brazilian Journal of Development, v. 7, n. 5, p. 52857-52871, 2021.

NUNES, A. D. S. et al. **Acesso à assistência pré-natal no Brasil: análise dos dados da Pesquisa Nacional de Saúde.** Revista Brasileira em Promoção da Saúde, v. 30, n. 3, p. 1-10, 2017.

NUNES, G. P. et al. **Grupo de gestantes como ferramenta de instrumentalização e potencialização do cuidado Cidadania em Ação.** Revista de Extensão e Cultura, v. 1, n.1, p. 77-90, 2017.

OLIVEIRA, D. C. **Análise de Conteúdo Temático Categorial: Uma proposta de sistematização.** Rev. Enferm. UERJ, v. 16, n. 4, p. 569-576, 2008.

OLIVEIRA, E. C. **A importância do acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiros.** Revista Científica FacMais, v.7, n. 1, p. 24-38, 2016.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas. Documentos temáticos sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.** Nova York: Grupo de Desenvolvimento das Nações Unidas, 2010.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS - ONU. **Relatório dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 2014.** Nova York: ONU, 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE - OMS. **Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs).** 2018. Disponível em: [https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-\(mdgs\)](https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/millennium-development-goals-(mdgs)). Acesso em 18 jan. 2022.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Metas e estratégias para acabar com a mortalidade materna evitável:** declaração de consenso. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2014.

PAIM, J. et al. **O sistema de saúde brasileiro: história, avanços e desafios**. Lancet, v. 377, n. 6, p. 1778-1797, 2011.

PEREIRA, S. B. et al. **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento na perspectiva de profissionais de saúde**. Rev Bras Enferm, v. 71, Suppl 3, p. 1393-1399, 2018.

RANZI, H. F. **Estratégia para melhorar a adesão das gestantes ao pré-natal na unidade de saúde Três Lagoas em Foz do Iguaçu**. 2021. 29f. Monografia (Especialização em Atenção Básica) – Universidade Federal do Paraná, Foz do Iguaçu, 2021.

REBERTE, L. M.; HOGA, L. A. K. **O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal**. Texto & Contexto Enfermagem, v. 14, n. 2, p. 186-192, 2005.

REIS, L. C. N. et al. **Aspectos clínicos, epidemiológicos e obstétricos do near miss materno em uma maternidade de referência do Nordeste Brasileiro**. Research, Society and Development, v. 11, n. 5, p. 1-15, 2022

RIO DE JANEIRO (estado). Secretaria de Estado de Saúde. **Fisioterapia alivia o dia a dia de gestantes no hospital da mãe**. 2013. Disponível em: <http://www.saude.rj.gov.br/imprensa-noticias/16525-fisioterapia-alivia-o-dia-a-dia-de-gestantesdo-hospital-da-mae.html>. Acesso em: 12 jul. 2021.

ROSA, C. Q.; SILVEIRA, D. S.; COSTA, J. S. D. **Fatores associados à não realização de pré-natal em município de grande porte**. Rev Saúde Pública, v. 48, n. 6, p. 977-984, 2014.

ROSENTHAL, M. B. et al. **Impact of financial incentives for prenatal care on birth outcomes and spending**. Health Serv Res, v. 44, n. 5, p. 1465-1479, 2009.

SANTOS, R. B. et al. **Processo de readequação de um planejamento familiar: construção de autonomia feminina em uma unidade básica de saúde no Ceará**. RECIIS, v. 10, n. 3, p. 1-10, 2016.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. **Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 6, n. 2, p. 1-12, 2004.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G. **O programa de Humanização do Parto e Nascimento do Ministério da Saúde**. Caderno de Saúde Pública, v. 5, n. 20, p. 1281-1289, 2014.

SILVA, C. R.; GOBBI, B. C.; SIMÃO, A. A. **O uso da análise de conteúdo como uma ferramenta para a pesquisa qualitativa: Descrição e aplicação do método.** Organizações Rurais Agroindustriais, v. 7, n. 1, p. 70-81, 2005.

SILVA, E. P. D. et al. **Avaliação do pré-natal na atenção primária no Nordeste do Brasil: fatores associados à sua adequação.** Rev Saúde Pública, v. 53, n. 43, p. 1-13, 2019.

SILVA, E. P.; LIMA, R. T.; OSÓRIO, M. M. **Impacto de estratégias educacionais no pré-natal de baixo risco: revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados.** Cienc Saúde Coletiva, v. 21, n. 9, p. 2935-2948, 2016.

SILVA, M. F. R. **Informações sobre parto e puerpério: estratégias e conteúdos da educação em saúde no pré-natal.** 2017. 97f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.

SILVA, S. C. F. **Ansiedade da mulher durante o último trimestre de gravidez.** 2008. 65f. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Universidade Fernando Pessoa, Porto, 2008.

SOUZA, F. M. L. C. et al. **Innovation in prenatal guidance from the Healthy Gestation application: a methodological study.** O Braz J Nurs, n. Esp., p. 74-77, 2018.

VIEIRA, L. B. et al. **The Millennium Development Goals and the social commitment of Nursing research.** Revista Gaúcha de Enfermagem, v. 36, n. 1, p. 8-9, 2015.

VIELLAS, E. F. et al. **Assistência pré-natal no Brasil.** Cadernos de Saúde Pública, v. 30, n. Suppl 1, p. 85-100, 2014.

APÊNDICE A – ROTEIRO DE ENTREVISTA

Nome:

1. Período gestacional:

- 1() Menos de 13 semanas
- 2() 14 a 27 semanas
- 3() 28 a 42 semanas

2. Escolaridade

- 1() Ensino Fundamental incompleto
- 2() Ensino Fundamental completo
- 3() Ensino Médio incompleto
- 4() Ensino Médio completo
- 5() Ensino Superior incompleto
- 6() Ensino Superior completo

3. Estado civil

- 1() Solteira
- 2() Casada
- 3() União estável
- 4() Viúva
- 5() Divorciada
- 6() Separada

4. Você exerce algum trabalho remunerado?

- ()sim ()não

5. Já tem outros filhos?

- ()sim ()não Se sim, quantos?_____

6. Idade

- 1() Menos que 15 anos
- 2() 16 a 19 anos

3() 20 a 34 anos

4() acima de 35

7. Sua gestação foi planejada?

()sim ()não

8. Você faz Pré-Natal oferecido pela Secretária de Saúde?

()sim ()não

9. Quais as atividades que mais gosta de participar?

10. Como tomou conhecimento do Programa?

11. Teve alguma dificuldade de participar do Programa?

ROTEIRO DE ENTREVISTA – EQUIPE TECNICA

1. Qual função exerce no Programa?

2. Tempo de atuação no Programa?

3. Quais atividades você desenvolve no Programa?

4. Em sua opinião, o Programa oferece benefícios para as gestantes atendidas?

6. Você quanto profissional, prefere online ou presencial os encontros?

5. Quais vantagens encontradas para realização do Programa?

7. Quais os desafios enfrentados pelos profissionais junto às gestantes?

8. Que sugestões você daria para melhorar a qualidade do Programa?

APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa intitulada: “DESCRIBÇÃO PROGRAMA BEM GESTAR DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES”, sob a responsabilidade de NATHÁLIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA.

JUSTIFICATIVA: Os programas voltados às gestantes são considerados atividades básicas de prevenção e promoção da saúde e incluem uma série de medidas educacionais e de apoio que as ajudam a compreender suas próprias necessidades sociais, emocionais, psicológicas e físicas durante a gravidez, parto, puerpério e maternidade, contribuindo para a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Por todas essas razões, eles se tornaram uma prioridade global de saúde.

OBJETIVO(S) DA PESQUISA: Descrever as atividades desenvolvidas no Programa Bem Gestar, realizado no município de Presidente Kennedy-ES.

PROCEDIMENTOS: Trata-se de uma pesquisa exploratória, de natureza qualitativa. A amostra será composta por profissionais da equipe multiprofissional (02 assistentes sociais, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 coordenador, 02 oficiais administrativos) e gestantes que estarão no 1º, 2º e 3º trimestre de gestação (aproximadamente 22 gestantes). O instrumento para a coleta de dados será a entrevista estruturada e a análise dos dados será realizada por meio de análise temática.

DURAÇÃO E LOCAL DA PESQUISA: A pesquisa será realizada na Secretaria Municipal de Assistência Social, no mês de dezembro de 2021.

RISCOS E DESCONFORTOS: Segundo a Resolução nº 466/2012, toda pesquisa que utiliza seres humanos em sua realização envolve risco em tipos e gradações variados. Nesta pesquisa o risco está associado à quebra de privacidade e incômodo pelo tempo despendido para responder aos questionamentos. Isso será minimizado mediante o compromisso formal da pesquisadora com o sigilo, o anonimato em relação aos dados, protegendo a imagem das pessoas às quais os dados dizem respeito, além de buscar um ambiente agradável para que os respondentes possam ficar confortáveis e relaxados.

BENEFÍCIOS: O estudo possui benefícios diretos, pois objetiva-se, com os resultados encontrados, fornecer informações que possam contribuir para melhorar os serviços aos usuários e, conseqüentemente, a população atendida. Também pode ser considerado um benefício do presente estudo a sua contribuição acadêmica, servindo para o aprofundamento acerca da temática.

ACOMPANHAMENTO E ASSISTÊNCIA: Durante o desenvolvimento das entrevistas as participantes serão acompanhadas pela pesquisadora, apta para a assistência necessária, onde todas as dúvidas que surjam possam ser prontamente sanadas.

Participante da pesquisa/Responsável legal

Pesquisador

GARANTIA DE RECUSA EM PARTICIPAR DA PESQUISA E/OU RETIRADA DE CONSENTIMENTO Você não é obrigado(a) a participar da pesquisa, podendo deixar de participar dela em qualquer momento, sem que seja penalizado ou que tenha prejuízos decorrentes de sua recusa. Caso decida retirar seu consentimento, você não será mais contatado(a) pelos pesquisadores.

GARANTIA DE MANUTENÇÃO DO SIGILO E PRIVACIDADE: Os pesquisadores se comprometem a resguardar sua identidade durante todas as fases da pesquisa, inclusive após finalizada e publicada.

GARANTIA DE RESSARCIMENTO FINANCEIRO: Descrever possíveis ressarcimentos e explicar como serão cobertas as despesas tidas pelos participantes da pesquisa em razão de sua participação.

GARANTIA DE INDENIZAÇÃO: Fica garantido ao participante o direito de indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa.

ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS: Em caso de dúvidas sobre a pesquisa ou para relatar algum problema, você poderá contatar a pesquisadora NATHÁLIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA, que reside no endereço: Av. Bartolomeu Santiago, nº05, Santo Eduardo, Presidente Kennedy, telefone para contato: (28) 99969-2440. Você também pode contatar o Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Ciências da Saúde-EMESCAM (CEP/EMESCAM) através do telefone (27) 3334-3586, e-mail comite.etica@emescam.br ou correio: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luiza – Vitória – ES – 29045-402. O CEP/ EMESCAM tem a função de analisar projetos de pesquisa visando à proteção dos participantes dentro de padrões éticos nacionais e internacionais. Seu horário de funcionamento é de segunda a quinta-feira das 13:30h às 17h e sexta-feira, das 13:30h às 16h.

Declaro que fui verbalmente informado e esclarecido sobre o presente documento, entendendo todos os termos acima expostos, e que voluntariamente aceito participar deste estudo. Também declaro ter recebido uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor, assinada pelo(a) pesquisador(a) principal ou seu representante, rubricada em todas as páginas.

PRESIDENTE KENNEDY, DE DE 2021.

Participante da pesquisa/Responsável legal

Na qualidade de pesquisador responsável pela pesquisa DESCRIÇÃO PROGRAMA BEM GESTAR DO MUNICIPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES, eu, NATHÁLIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA, declaro ter cumprido as exigências do(s) item(s) IV.3 e IV.4 (se pertinente), da Resolução CNS 466/12, a qual estabelece diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

Pesquisador

ANEXO A – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO COPARTICIPANTE

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

CARTA DE ANUÊNCIA

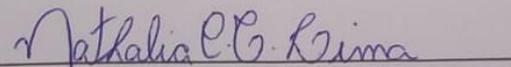
De: Nathalia Carvalho Teixeira Lima
Para: Tancredo Almeida Silveira
Secretario Municipal de Assistência Social

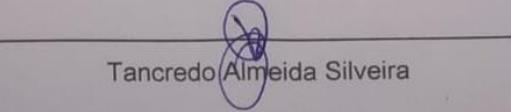
Eu, Nathalia Carvalho Teixeira Lima, registro acadêmico MES182869, requer emissão da carta de anuência para fins do desenvolvimento de uma pesquisa intitulada: "Descrição Programa Bem Gestar do município de Presidente Kennedy-ES", no âmbito do Mestrado Acadêmico em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, sob orientação da Professora e Doutora Maristela Dalbello-Araujo. O objetivo geral desta pesquisa consiste descrever as atividades desenvolvidas no Programa Bem Gestar, realizado no município de Presidente Kennedy-ES.

Por tal razão, requeiro os dados quantitativos sobre o número de atendimentos e acompanhamentos de gestantes, a metodologia usada pela equipe.

Atenciosamente,

Presidente Kennedy-ES, 05 de julho de 2021.


Nathalia Carvalho Teixeira Lima


Tancredo Almeida Silveira

ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DESCRIÇÃO PROGRAMA BEM GESTAR DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

Pesquisador: NATHALIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 53630021.1.0000.5065

Instituição Proponente: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória -

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.151.900

Apresentação do Projeto:

Trata-se de projeto de pesquisa, vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local - EMESCAM, intitulado DESCRIÇÃO PROGRAMA BEM GESTAR DO MUNICÍPIO DE PRESIDENTE KENNEDY-ES

Bem Gestar é o nome do programa que acompanha gestantes em vulnerabilidade social, atendidas pelo Centro de Referência em Assistência Social – CRAS de Presidente Kennedy (CRAS). O objetivo do programa é fortalecer vínculos familiares e estimular o cuidado com a saúde da mãe e do bebê em quatro mensais.

Os participantes da pesquisa serão gestantes e profissionais da equipe multiprofissional (02 assistentes sociais, 01 psicóloga, 01 nutricionista, 01 coordenador, 02 oficiais administrativos) e gestantes que estarão no 2º e 3º trimestre de gestação.

Objetivo da Pesquisa:

OBJETIVO PRIMÁRIO:

Descrever as atividades desenvolvidas no Programa Bem Gestar, realizado no município de Presidente Kennedy-ES.

OBJETIVOS SECUNDÁRIOS:

Endereço: EMESCAM, Av. N.S. da Penha 2190 - Centro de Pesquisa

Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402

UF: ES **Município:** VITORIA

Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 5.151.900

- Identificar as ações realizadas por meio de análise dos registros de atividades.
- Analisar as dificuldades encontradas, segundo os profissionais que são envolvidos no programa;
- Verificar as sugestões de mudanças, segundo as participantes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

RISCOS

A pesquisadora reconhece que toda pesquisa oferece risco aos participantes e se compromete em garantir a confidencialidade das informações.

BENEFÍCIOS

Contribuir com a produção de conhecimento sobre o Programa Bem Gestar

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa viável e de cunho científico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram apresentados:

- Folha de rosto assinada pela Coordenadora de Pesquisa da Emescam.
- Carta de Anuência assinada pelo Secretário Municipal de Assistência Social de Presidente Kennedy
- Projeto de pesquisa e PB – Informações Básicas do Projeto com cronograma e orçamento adequados.
- TCLE adequado

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto aprovado por decisão do CEP. Conforme a norma operacional 001/2013:

- riscos ao participante da pesquisa deverão ser comunicados ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

**ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM**



Continuação do Parecer: 5.151.900

- ao final de cada semestre e ao término do projeto deverá ser enviado relatório ao CEP por meio de notificação via Plataforma Brasil;
- mudanças metodológicas durante o desenvolvimento do projeto deverão ser comunicadas ao CEP por meio de emenda via Plataforma Brasil.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|---------------------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1844362.pdf | 16/11/2021 18:00:49 | | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | okprojeto.pdf | 16/11/2021 18:00:29 | NATHALIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 16/11/2021 18:00:11 | NATHALIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA | Aceito |
| Declaração de concordância | CARTAANUENCIA.pdf | 11/11/2021 00:21:41 | NATHALIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 11/11/2021 00:21:21 | NATHALIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA | Aceito |
| Orçamento | ORCAMENTO.pdf | 09/11/2021 17:54:22 | NATHALIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA | Aceito |
| Folha de Rosto | FolhadeRosto.pdf | 09/11/2021 14:20:50 | NATHALIA CARVALHO TEIXEIRA LIMA | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITORIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br

ESCOLA SUPERIOR DE
CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE
MISERICÓRDIA DE VITÓRIA -
EMESCAM



Continuação do Parecer: 5.151.900

VITÓRIA, 07 de Dezembro de 2021

Assinado por:
rubens josé loureiro
(Coordenador(a))

Endereço: EMESCAM, Av.N.S.da Penha 2190 - Centro de Pesquisa
Bairro: Bairro Santa Luiza **CEP:** 29.045-402
UF: ES **Município:** VITÓRIA
Telefone: (27)3334-3586 **Fax:** (27)3334-3586 **E-mail:** comite.etica@emescam.br