ORIGINAL ARTICLE

EDUCATION IN HEALTH: THE INFLUENCE FROM SOCIO-ECONOMIC-CULTURAL OF PREGNANT WOMAN

EDUCAÇÃO EM SAÚDE: A INFLUÊNCIA DO PERFIL SÓCIO-ECONÔMICO-CULTURAL DAS GESTANTES

EDUCACIÓN EN SALUD: LA INFLUENCIA DEL PERFIL SOCIO-ECONÓMICO-CULTURAL DE LAS EMBARAZADAS

Selma Villas Boas Teixeira¹, Cristiane Rodrigues da Rocha², Diego Silva Domingues de Moraes³, Danielle Moreira Marques⁴, Alana Stéphanie Esteves Villar⁵

ABSTRACT

Objective: to describe the socio-economic-cultural pregnant women who use outpatient prenatal care and identify the themes of education for the pregnancy and puerperal period elected by women. **Method:** it's a cross-sectional, exploratory and descriptive study. In a prenatal care from healthcare center located in Rio de Janeiro were carried out 90 semi-structured interviews with pregnant women. This study was approved by Research Ethics Committee in Health Municipal Secretariat-RJ, number of register 231/08. **Results:** the predominant age group (48%) was that of pregnant women 18 to 25 years, most (62%) did not complete high school and are employed in the service sector. The absolute majority (94%) have family income less than three minimum wages. The most women (76%) did not plan the current pregnancy and 33% had previous abortion. Some women were drinking alcohol (13.3%) and smoking (7.7%). Signs and symptoms of labor was the theme of education elected by the majority (56%). **Conclusion:** to understand the socio-economic and cultural allowed be identified vulnerabilities to the health of women. This research has great relevance to support the planning of health care. Through health education we can contribute to a good outcome of pregnancy and future pregnancies and to reduce the rates of maternal and neonatal mortality. **Descriptors:** nursing; health education; prenatal.

RESUMO

Objetivos: descrever o perfil sócio-econômico-cultural das gestantes que utilizam o ambulatório de pré-natal e identificar os temas de educação referentes ao período puerperal e gestacional eleitos pelas gestantes. **Método:** estudo transversal, exploratório e descritivo. Foram realizadas 90 entrevistas semi-estruturadas com gestantes acompanhadas no ambulatório de pré-natal de um Centro Municipal de Saúde localizado na cidade do Rio de Janeiro. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - RJ, número de registro 231/08. **Resultados:** a faixa etária predominante (48%) foi a de gestantes de 18 a 25 anos. A maioria (62%) não completou o 2º grau e trabalha no setor de serviços. A renda familiar de 94% das entrevistadas é inferior a três salários mínimos. Grande parte (76%) delas não planejou a atual gravidez e 33% têm histórico de abortos anteriores. Algumas admitiram ingerir bebidas alcoólicas (13,3%) e 7,7% delas são tabagistas. Os "sinais e sintomas do trabalho de parto" foi o tema educativo eleito pela maioria. **Conclusão:** conhecer o perfil das gestantes permitiu que fossem identificadas as vulnerabilidades que fragilizam sua saúde. A pesquisa desenvolvida é relevante e pode fundamentar o planejamento da assistência prestada. A educação em saúde é uma ferramenta capaz de colaborar com um bom prognóstico da gravidez e diminuir os índices de mortalidade materna e neonatal. **Descritores:** enfermagem; educação em saúde; pré-natal.

RESUMEN

Objetivo: describir el perfil socio-económico-cultural de las mujeres embarazadas que utilizan ambulatorio prenatal e identificar los temas de la educación para el embarazo y el puerperio elegidos por las mujeres. **Método:** estudio transversal, exploratorio y descriptivo. Fueran hechas 90 entrevistas semi-estructuradas con las mujeres embarazadas acompañadas en la atención prenatal de un centro de salud situado en Río de Janeiro. Lo estudio fue aprobado por lo Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud-RJ, número de registro 231/08. **Resultados:** el grupo etario de las mujeres embarazadas predominante fue 18 a 25 años (48%), la mayoría (62%) no completaron la escuela secundaria y están empleados en el sector de servicios. El ingreso familiar de la mayoría (94%) fue menor que tres salarios mínimos. La mayoría (76%) no habían planificado el embarazo actual y 33% tenía realizado abortos. Algunos dijeron que bebían alcohol (13,3%) y 7,7% eran fumadores. Los signos y síntomas del trabajo de parto fue el tema de la educación elegidos por la mayoría (56%). **Conclusión:** conocer la situación socioeconómica y cultural permitió que fuesen identificadas las vulnerabilidades para la salud de la mujer. Este estudio tiene gran relevancia para apoyar la planificación de la atención de la salud. La educación en salud es una herramienta capaz de contribuir con un buen desenlace del embarazo y los embarazos futuros y así reducir las tasas de mortalidad materna y neonatal. **Descriptores:** enfermería; salud y educación; prenatal.

¹Mestre, professora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. E-mail: selma.villasboas@globo.com; ²Mestre, especialista em Enfermagem Obstétrica, Doutoranda da Escola de Enfermagem Anna Nery. Professora Assistente II do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil da Escola de Enfermagem Alfredo Pinto da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. E-mail: crica.rocha@hotmail.com; ³Enfermeiro do Hospital Estadual Pedro Ernesto da Universidade Estadual do Rio de Janeiro/UERJ. E-mail: dsdmoraes@yahoo.com.br; ⁴Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Bolsista da Secretaria Estadual da Saúde. E-mail: daniellie_marques@oi.com.br; ⁵Acadêmica de Enfermagem da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro/UNIRIO. Bolsista de Iniciação Científica. E-mail: alanavillar@hotmail.com

INTRODUÇÃO

O objeto deste estudo foi o perfil sócio-econômico-cultural das gestantes que utilizam o ambulatório de pré-natal de um Centro Municipal de Saúde localizado na cidade do Rio de Janeiro. A imersão dos pesquisadores nesta temática teve origem na realização de consultas de enfermagem às gestantes de baixo risco obstétrico e no desenvolvimento de atividades de educação, no momento em que as gestantes aguardavam as consultas médicas e de enfermagem, com a abordagem de temas relacionados ao universo da reprodução feminina.

O interesse pela temática emergiu a partir das dúvidas mencionadas pelas gestantes durante as atividades propostas e destacou a importância da educação em saúde nos serviços de saúde prestados à população, como possibilidade de aumentar a adesão ao pré-natal e melhorar a qualidade do serviço.

A problematização deste estudo abrange a qualidade de uma assistência pré-natal que transcende o simples número de consultas feitas pela mulher. Sabemos que o número de consultas mínimas desejadas não é alcançado pela maioria das brasileiras. Convivemos ainda com o agravante de que a qualidade das consultas realizadas às vezes não atende aos padrões mínimos de qualidade necessária.

Entendemos que a construção da qualidade da atenção pré-natal também deve ser pautada na valorização das possíveis queixas das mulheres e seus familiares, de forma individualizada, no sentido de propiciar uma boa interação entre a mulher e o profissional de saúde envolvido neste processo, e assim conseguir reduzir os índices de mortalidade materna e neonatal.¹

No que tange ao aspecto quantitativo do pré-natal, na última Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde demonstrou que aproximadamente 13% das mulheres que tiveram filhos, nos cinco anos que antecederam a pesquisa, não haviam realizado nenhuma consulta pré-natal. Dessas, 9% eram residentes nas regiões urbanas e 32% no meio rural.² A menor cobertura de pré-natal foi encontrada no Nordeste com 75%, e a maior no Estado do Rio de Janeiro, com 96%.³

O grande desafio do SUS, portanto, é o acesso da população rural aos serviços de saúde, principalmente nas regiões Norte e Nordeste. As grandes distâncias entre a residência e os serviços de saúde, a precariedade dos serviços locais, a falta de capacitação dos profissionais de saúde e as desigualdades de gênero impostas a essas

mulheres, fizeram com que 32% das gestantes não realizassem o pré-natal.⁴

Em 1995, foram registradas 1,2 consultas de pré-natal para cada parto realizado no SUS. Já em 2002, essa razão era de 4,4 consultas.⁴ Apesar do aumento do número de consultas pré-natal, a qualidade dessa assistência é precária, o que pode ser comprovado pela alta incidência de sífilis congênita no nosso território. Outros dados confirmam esse diagnóstico. Um deles é o fato de a hipertensão arterial ser uma das principais causas de mortalidade materna. O outro traz à tona que somente 41% das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento receberam a 2ª dose ou a dose de reforço da anti-tetânica.¹

A assistência pré-natal de qualidade é de suma importância para prevenção dos altos números dos óbitos materno e neonatal em todo o país. Cerca de duas mil mulheres e 38 mil recém-nascidos morrem anualmente no Brasil por complicações na gravidez, aborto, parto ou pós-parto.⁵

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal tem como finalidade minimizar as possíveis angústias vivenciadas pelas mulheres e detectar precocemente intercorrências na gestação.¹ A consulta de pré-natal é o momento em que o profissional deve exercer o papel de ouvinte, dedicando-se a escutar as demandas da gestante e ser capaz de transmitir o apoio e confiança necessários para a boa condução da gestação, incluindo outros atores envolvidos com a gestação, como os companheiros e familiares.

De acordo com o Ministério da Saúde, a atenção pré-natal de baixo risco pode ser realizada inteiramente pelo enfermeiro.⁶ Cabe ao profissional, portanto, além da consulta de enfermagem, promover práticas educativas para as mulheres e suas famílias. Essas atividades podem ser desenvolvidas com grupos de gestantes ou na sala de espera. O tempo de espera pela consulta, assim, pode ser transformado em um momento de aprendizado.

As práticas educativas desenvolvidas pelos enfermeiros, na visão crítica e libertadora, são o instrumento de suas ações de cuidado que podem aumentar a adesão ao pré-natal e transformar a vida de muitas mulheres, porque, na prática, colaboram para que elas reflitam na maneira de parir, de cuidar de suas vidas e de seus outros filhos que porventura venha a ter. O profissional de saúde, por sua vez, deve adquirir habilidade para comunicar-se, levando em consideração

que a gravidez e o parto são ricos em crenças e valores culturais.⁷

Diante da problemática apresentada, definimos como objetivos do estudo: delinear o perfil sócio-econômico-cultural das gestantes que utilizam o ambulatório de pré-natal e identificar os temas de educação referentes ao período gestacional e puerperal eleitos pelas gestantes.

Com este estudo esperamos contribuir, na assistência, com o conhecimento do perfil das gestantes atendidas nesta unidade básica de saúde. E desta forma, sistematizar a assistência prestada a esta parcela da população e delinear condutas no atendimento pré-natal que possam servir de modelo para outras unidades.

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa transversal, exploratória e descritiva. O cenário selecionado para a realização do estudo foi um ambulatório de pré-natal de um Centro Municipal de Saúde, localizado na zona sul do município do Rio de Janeiro, que atende a população da IV região administrativa. A amostra de conveniência foi composta por 90 gestantes, no período de Outubro e Novembro de 2008.

A coleta dos dados foi realizada pelos discentes sob supervisão docente, na sala de espera, no momento em que as gestantes aguardavam as consultas médicas ou de enfermagem. A técnica adotada para coletar os dados foi um questionário semi-estruturado, com a possibilidade das participantes sugerirem algum tema de saúde que não tivesse sido relacionado no instrumento. As variáveis para compor o perfil das gestantes foram: idade, estado civil, escolaridade, renda familiar, ocupação, características biológicas/obstétricas, condições de moradia e hábitos sociais.

As entrevistadas selecionaram, no instrumento, três temas de educação em saúde que gostariam que fossem discutidos pelos profissionais de saúde durante a sala de espera. A questão envolvia dez temas relacionados ao universo feminino e da reprodução e um espaço para sugestões de temas que não foram incluídos.

Os resultados foram tabulados, analisados com emprego da estatística descritiva, organizando os dados numéricos em tabelas de distribuição de frequências absolutas e percentuais. Utilizou-se como recurso o *software* Excel 2007. Quanto aos aspectos éticos da pesquisa, foram respeitados a Resolução 196/96 do Conselho Nacional de

saúde - Ministério da Saúde.⁸ O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde - RJ, protocolado sob o nº 231/08.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados e a discussão dos dados das 90 gestantes entrevistadas são apresentados em dois momentos. O primeiro trata do perfil sócio-econômico-cultural e sua influência na saúde da mulher. O segundo aborda a educação em saúde na sala de espera da consulta pré-natal como uma estratégia de minimizar os agravos à saúde influenciados pela condição sócio-econômico-cultural.

• Perfil sócio-econômico-cultural e suas influências na saúde da mulher

As 90 gestantes entrevistadas possuíam idades que variaram de 16 a 40 anos. Os resultados evidenciaram que 43 (48%) gestantes pertenciam à faixa etária predominante de 18 a 25 anos, 8 (9%) eram menores de 18 anos e 3 (3%) acima de 35 anos.

Dados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde indicam que 14% das adolescentes entre 15 e 19 anos já iniciaram a vida reprodutiva, ou seja, já são mães ou estavam grávidas do primeiro filho.² Essa realidade seguramente amplia a vulnerabilidade aos agravos em saúde sexual e saúde reprodutiva neste grupo. As informações disponíveis revelam que, atualmente, as jovens começam precocemente a vida sexual ativa, o que tem aumentado, de maneira significativa, os riscos de contraírem uma infecção sexualmente transmissível (DST) e/ou uma gravidez não planejada. No Brasil, a região Norte apresenta a maior proporção de nascidos vivos de mães com idades entre 10-14 anos (1,4%). Já a região Sudeste foi a que apresentou a menor proporção neste grupo de idade (0,6%).⁹

Com relação ao estado civil, 45 (50%) das entrevistadas vivem em união estável. Este resultado confere com o censo demográfico de 2000, tendo evidenciado que os casamentos civis tiveram uma queda vertiginosa nas últimas décadas.³ Em geral, as pessoas, pelos motivos mais variados, estão unindo-se consensualmente. Outro aspecto relevante foi o fato de 23 (26%) gestantes serem solteiras. Este dado é relevante porque a mulher, nesta condição, fica em desvantagem emocional e financeira devido à ausência do companheiro. E isso pode ser comprometer o bem-estar da gravidez.¹⁰

Os resultados indicam também que, no grupo investigado, 27 (30%) gestantes têm o

Ensino Fundamental incompleto e 29 (32%) delas o concluíram; 32 (36%) o Ensino Médio completo e somente 7 (2%) cursaram o Ensino Superior. A baixa escolaridade identificada pode ser um agravante para a saúde das mulheres sendo considerado pelo Ministério da Saúde como um fator de risco obstétrico. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), no entanto, indicam que as mulheres têm uma média superior de anos de estudo em relação aos homens (7,0 contra 6,8). Ainda de acordo com o Instituto, a população feminina busca uma maior escolaridade em função de transformações socioeconômicas que já se refletem na maior participação do sexo feminino na geração da renda familiar.³

A saúde está intrinsecamente relacionada à capacidade da população exercer o seu autocuidado. Este último, por sua vez, é influenciado diretamente pelo nível de instrução do indivíduo. Os dados relacionados à baixa escolaridade das gestantes, assim, são significativos e devem sempre ser considerado.⁹

Para um indivíduo desfrutar de sua saúde, portanto, não basta apenas ter serviços de saúde disponíveis. É necessário também que ele tenha conhecimentos suficientes e capazes de motivá-lo a procurar pelo serviço. Logo, os investimentos governamentais na área social e educacional devem receber a prioridade que merecem.

Ainda de acordo com os resultados obtidos, 55 (61%) das gestantes do estudo têm alguma ocupação. As entrevistadas estão empregadas no setor de serviços ou trabalham na economia informal, exercendo funções como: copeira, empregada doméstica, vendedora, operadora de caixa, atendente, cabeleireira, entre outras.

Há consenso entre estudiosos de que a educação é essencial para a redução das desigualdades sociais e econômicas, além de ser um aspecto fundamental para a qualificação profissional para atender as necessidades das novas tecnologias.³ Desse modo, observa-se uma correlação entre a baixa escolaridade das entrevistadas e o tipo de ocupação a que se dedicam. O nível de instrução delas, portanto, está bem aquém do preparo exigido por projetos de qualificação e tecnologias.

As mulheres trabalhadoras concentram-se em verdadeiros guetos ocupacionais, em atividades com pouco ou nenhum prestígio social, como, por exemplo, a atividade doméstica. As desigualdades sociais, econômicas e culturais são determinantes do

processo de saúde-doença das populações e de cada pessoa em particular.¹⁰

No grupo pesquisado, identificou-se que 54 (60%) das gestantes entrevistadas têm renda familiar de 2 a 3 salários mínimos; 20 (22%) de 1 a 2 salários mínimos; 11 (12%) de 1 salário mínimo e somente 5 (6%) possui rendimento superior a 3 salários. Esses resultados indicam que a maioria (94%) tem renda familiar de 1 a 3 salários procedem das classes menos favorecidas. A renda familiar representa um indicador de saúde e serve também para analisar diferenças quanto à concentração de renda, o que contribui para a avaliação da situação sócioeconômica da população, fazendo com que os segmentos menos favorecidos possam ter uma maior atenção de políticas de saúde, educação e proteção social, além de auxiliar os processos de planejamento, gestão e avaliação das políticas para a diminuição de desigualdades.

Um estudo sobre o perfil da assistência pré-natal entre usuárias do SUS em Caxias do Sul, as famílias que possuem renda per capita inferior a um salário mínimo, tem maiores taxas de mortalidade materna.⁹

Com relação ao número de gestações, o estudo evidenciou que a maioria 81 (90%) das entrevistadas são múltiparas e somente 9 (10%) delas são primigestas. Estes dados são salientados pelo IBGE, quando aponta que existem diferenças no padrão de fecundidade entre as mulheres com condições de rendimento familiar mais favorável e aquelas com condições mais precárias.³

Já o Ministério da Saúde aponta redução da ordem de 50% na taxa de fecundidade total em todas as regiões brasileiras no período de 1970 a 2000. A maior retração ocorreu na região Norte e reduziu de 8,2 filhos por mulher, em 1970, para 3,2 em 2000. Considerando as taxas específicas de fecundidade por grupos específicos de idade das mulheres, no período reprodutivo, o único grupo que teve aumento nesse período foi o de 15 a 19 anos de idade.⁹

Sabemos que a fecundidade da mulher está relacionada com diversos aspectos de sua vida, entre eles o conhecimento sobre o uso de métodos contraceptivos. Podemos afirmar que a taxa de fecundidade apresenta um declínio sistemático no Brasil, com exceção da faixa de adolescentes. Neste último grupo, a taxa tende a ser maior entre as que não exercem nenhuma atividade econômica.¹¹ Por outro lado, regimes de alta fecundidade podem indicar falta de acesso da população a informações e aos serviços de saúde reprodutiva.⁹

Em relação aos métodos contraceptivos utilizados antes da atual gestação, constatou-se que 46 entrevistadas (51%) não faziam uso de métodos contraceptivos; 29(32%) utilizaram o anticoncepcional hormonal oral; 6 (7%) informaram ter utilizado o DIU; 5 (6%) o preservativo masculino; 2 (2%) método da tabela; 1 (1%) coito interrompido e 1 (1%) o anticoncepcional hormonal injetável. As informações coletadas são significativas, considerando que 44 (49%) gestantes afirmaram ter feito uso de algum tipo de método contraceptivo antes de engravidar, mas admitiram, por outro lado que, no momento da concepção, não os utilizaram ou usaram de forma inadequada. Aliás, estudos existentes sobre o tema revelam que o uso incorreto dos métodos é um dos fatores que favorece a gravidez não planejada. A literatura existente indica ainda que a gravidez é mais frequente entre as mulheres que afirmam não ter usado contracepção na iniciação sexual, nem conversado com o parceiro sobre o tema.¹

Os dados da pesquisa indicaram também que a maioria (32%) das gestantes - que utilizaram um método contraceptivo - elegeram o anticoncepcional hormonal oral como o de sua preferência. Sabemos, no entanto, que no Estado de São Paulo, as mulheres, a partir dos 30 anos ou um pouco antes, trocam o uso da pílula pela laqueadura tubária.³ A utilização de métodos contraceptivos está fortemente relacionada ao nível de escolaridade feminina. O maior número de anos de estudo, assim, estaria intimamente relacionado com a decisão da mulher postergar as uniões conjugais, preferir famílias menores, fazer uso de métodos anticoncepcionais e se precaver das gestações não planejadas.¹²

Os resultados obtidos indicam baixa adesão ao uso dos preservativos, o que torna as mulheres vulneráveis às DST/AIDS. Essas doenças, consideradas um problema de saúde pública em todo o mundo, representam, nos países em desenvolvimento, uma das cinco principais causas da procura pelos serviços de saúde. Segundo dados do Ministério da Saúde, estima-se que no Brasil ocorram três milhões de partos por ano e que a prevalência de gestantes soropositivas gira em torno de 0,4%.⁴

Desta forma, podemos afirmar, à luz dos dados levantados, que a gravidez não foi planejada pela maioria do grupo investigado, visto que apenas 30 (33%) delas afirmaram que a gestação atual foi planejada. O alto índice de gravidez não planejada, associado ao percentual considerável (49%) de mulheres

que utilizavam métodos contraceptivos indica o desconhecimento ou uso incorreto dos métodos.⁷

Do grupo investigado, 30 (33%) gestantes relataram uma situação de aborto anterior a gravidez atual, desse total, 5 (5,5%) apresentou mais de um episódio. No estudo, por uma questão ética, as entrevistadas não foram questionadas se o aborto havia sido espontâneo ou não. Entretanto, sabe-se que o abortamento é responsável por 11,4% do total das mortes maternas e corresponde a 17% das causas obstétricas diretas e a maioria deles são provocados.⁵

A legislação brasileira só permite a realização do aborto, dito terapêutico, para salvar a vida da mãe ou, então, quando a gravidez resulta de estupro. Neste último caso, devido à dependência de uma autorização judicial, a demora habitual dos processos inviabiliza, quase sempre, a intervenção em tempo hábil. Nesses casos, as mulheres são pressionadas por inúmeros fatores que, agravam a já delicada situação de enfrentar uma gravidez indesejada. Questões como o baixo poder aquisitivo, instabilidade conjugal, dificuldade de conciliar a criação de um filho e a inexistência de creches viáveis, assim como a necessidade de trabalhar, acabam levando a gestante a recorrer ao aborto provocado. A solução acaba assumindo contornos dramáticos, tanto a nível emocional como físico.

O aborto representa um grave problema de saúde pública nos países em desenvolvimento, considerando-se os riscos que acarreta para a saúde materna.⁵ Já dissemos que a não utilização ou emprego inadequado dos métodos contraceptivos contribuem com a alta incidência da gestação indesejável e levam muitas mulheres a cometerem a prática do aborto. As complicações daí advindas são sérias e podem provocar perfuração uterina, hemorragias, infecções, entre outras. Depreende-se, portanto, que a vulnerabilidade das mulheres na fase reprodutiva acontece pelo desconhecimento do funcionamento do seu corpo e pela falta de acesso ao planejamento familiar.

Sobre os hábitos das gestantes, o estudo aponta que um percentual pequeno das gestantes relatou o hábito de fumar (8%) e ingerir bebidas alcoólicas (13%). Sabem-se que o tabagismo e o alcoolismo na gestação são capazes de proporcionar danos, muitas vezes, irreparáveis ao crescimento e desenvolvimento fetal. O uso crônico do cigarro aumenta os índices de síndromes hemorrágicas, abortamentos espontâneos e partos prematuros. O tabagismo também

eleva os índices de mortalidade perinatal, já que a nicotina propicia a redução da perfusão placentária.¹¹ O risco de mortalidade pós-neonatal é maior que o risco de mortalidade neonatal em fetos expostos ao fumo. E a taxa de morte fetal súbita é aproximadamente o dobro entre os filhos de mães que fumaram durante a gravidez, comparadas com os filhos das não-fumantes.¹⁰

A influência negativa do álcool quando consumido por mulheres durante a gestação não se apresenta na mulher, mas sim no feto que está se desenvolvendo no útero, pois o abuso do álcool está associado, de maneira dose-dependente, às deficiências cognitivas.¹² É necessário, portanto, que os profissionais de saúde lotados nas consultas de pré-natal fiquem atentos a esses aspectos devido aos transtornos e/ou malefícios que ambos causam a saúde da mãe e do bebê.

Ainda no que diz respeito ao consumo de álcool e tabaco durante a gravidez, devemos levar em conta que muitas gestantes, atendidas no pré-natal, podem omitir ou simplesmente não revelar os seus verdadeiros hábitos porque estão desrespeitando tabus que geram rejeição social. Atuar junto a essas gestantes, portanto, exige dos profissionais de saúde alguma coisa além da capacitação técnica. A prestação desse cuidado deve estar pautada em uma comunicação adequada, isto é, na capacidade de ouvir, de ver e estar sintonizado com as gestantes, a partir da perspectiva dela.¹³

Podemos concluir, assim, que a prevenção do fumo e do álcool na gravidez seguramente contribuiria com a redução da mortalidade perinatal e que, por isso, medidas para mudar este comportamento precisam ser estimuladas. Deve-se considerar também a gravidade do tabagismo passivo, como um fator de risco para a mulher grávida e seu conceito. Neste caso específico, as medidas educativas, que têm importância crítica na mudança de comportamento dos fumantes, devem ser acompanhadas de mudanças legais. Essas últimas também podem cumprir um papel importante, notadamente no caso do fumo em ambientes de trabalho.¹⁴

No tópico relacionado à residência das entrevistadas, a pesquisa aponta que 62 (69%) gestantes, atendidas no ambulatório de pré-natal do referido Centro Municipal de Saúde (CMS), residem nos bairros que pertencem à Área Programática 2.1, conhecida também como AP 2.1. As demais (31%) moram em bairros que estão fora dessa área e, portanto, tendem a percorrer uma distância maior quando se deslocam de suas residências para o

CMS onde fazem o pré-natal. Isso demanda mais gastos como transporte e mais tempo.

Para garantir e colocar em prática os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde é preciso empreender esforços de forma a garantir não só o funcionamento articulado das unidades prestadoras de serviços de saúde, mas o atendimento das necessidades da população em nível local.¹⁵ Com a adoção de estratégias direcionadas à população local, seria possível obter melhoras no perfil dos usuários e do próprio sistema de saúde. Essas providências sem dúvida provocariam reflexos positivos no atendimento, contribuindo para melhorar o sistema como um todo.

• Educação em saúde na sala de espera da consulta pré-natal

Tendo em vista o levantamento do perfil sócio-econômico e obstétrico das gestantes, pode-se afirmar que essas mulheres têm diversas necessidades sociais, além daquelas relacionadas à saúde. A educação em saúde, por exemplo, é uma importante ferramenta que deve ser utilizada pelo enfermeiro durante as consultas de pré-natal para diminuir as vulnerabilidades de sua clientela. Sua utilização visa, na prática, à reorientação dos serviços de saúde no sentido que a assistência prestada ultrapasse as barreiras clínicas e curativas, bem como a adoção de políticas públicas e ambientes apropriados, de forma a evidenciar propostas pedagógicas libertadoras e comprometidas com o desenvolvimento da cidadania e a melhoria da qualidade de vida da população.¹⁶

Partimos do princípio, então, que a educação em saúde deve estar voltada para atender as necessidades de uma população de acordo com a sua própria realidade.¹⁷ Por isso, ao traçar o perfil da população de gestantes, o presente estudo pretende contribuir com os profissionais de saúde, de maneira que eles possam planejar e implementar ações educativas de acordo com as características da população assistida.

As novas perspectivas da educação em saúde procuram relacionar os sujeitos envolvidos no processo de saúde-doença de forma individualizada e inserida em um contexto sócio-cultural. As novas perspectivas da educação em saúde procuram relacionar os sujeitos envolvidos no processo de saúde-doença de forma individualizada e inserida em um contexto sócio-cultural. Outra tarefa cumprida por esse novo olhar é fazer com que os atores do processo tenham consciência dos efeitos provocados pelas chamadas categorias de diferenciação, entre elas as de gênero e

classe social. Afinal de contas, apenas recentemente essas categorias passaram a ser consideradas no contexto da enfermagem brasileira, modificando as visões predominantes na área até o momento.¹⁸

Entendemos que a atenção básica é o espaço adequado para o desenvolvimento das práticas educativas, devido não só a sua proximidade com a população, mas porque suas atividades priorizam as ações voltadas para a prevenção de doenças e a promoção da saúde. Mas, para que isso aconteça, esses serviços devem ser norteados pela obtenção de conhecimentos, habilidades e técnicas.¹⁸ Só assim, o pré-natal será olhado como um espaço capaz de preparar a mulher para que ela vivencie o parto de forma positiva. Entretanto, o déficit de conhecimentos ou informações equivocadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados com o recém-nascido nos primeiros dias geram tensões que frequentemente levam a gestante a viver todo o processo de forma negativa. Logo, a equipe de saúde deve acolher não só a gestante, mas toda a sua família. Esse procedimento deve ser adotado desde o primeiro contato com o serviço de saúde e tem a finalidade de valorizar as emoções e os sentimentos da futura mãe.¹

Na busca pela participação ativa, permitiu-se que cada uma das 90 entrevistadas escolhessem três temas de saúde entre dez oferecidos, perfazendo um total de 270 votos. Nenhum outro tema foi sugerido. A pesquisa apontou como tema mais destacado “os sinais e sintomas do trabalho de parto”, com 18% dos votos, seguido pelos tópicos “desenvolvimento do bebê intra-útero” e “orientação nutricional na gestação”, ambos com 13%. Foram 9% dos votos para o tema amamentação e sexualidade na gestação, 7% “assistência no pré-natal” e “cuidados ao recém-nascido” e 5% para “calendário de vacinação do recém-nascido e da gestante”, “alimentação da gestante” e “prevenção da DST/HIV”. E por último, com a menor votação (4%), apareceu o tema planejamento familiar. Percebe-se que os temas de maior interesse das usuárias relacionaram-se à gestação então em curso.

Estes resultados reforçam que um dos melhores momentos para se realizar as práticas educativas para gestantes é durante o período em que elas aguardam as consultas de pré-natal. Os resultados obtidos reforçam o pensamento de que as práticas educativas para gestantes devem ser ministradas durante o período em que elas aguardam as consultas de pré-natal. Essa estratégia permite uma abordagem coletiva, já que reúne um grande

número de mulheres e diversas outras vantagens, entre elas um clima favorável e descontraído entre as participantes e uma profícua troca de experiências. A ocasião também é oportuna porque a espera pela consulta é um momento ocioso e cansativo¹⁹ para a maioria das gestantes. A interação aumentar ainda a adesão ao pré-natal e o transforma num momento prazeroso, de aprendizado e de esclarecimento das diversas dúvidas que por ventura a gestante tenha.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo identificou que as gestantes usuárias do Centro Municipal de Saúde pesquisado têm baixas escolaridade e renda familiar. A condição socioeconômica impede que essas mulheres exerçam profissões que exigem qualificação e o domínio de tecnologias. As mulheres que trabalham ficam relegadas, assim, a tarefas que desempenham como prestadoras de serviços. Constatamos que a renda insuficiente e a falta de conhecimentos e informações dificultam a adoção de hábitos saudáveis e comprometem o autocuidado. Portanto, é preciso incentivar a implementação de políticas públicas voltadas para a educação da população. Já ao profissional de saúde cabe a tarefa de aproveitar as consultas de pré-natal para esclarecer a gestante a respeito de sua sexualidade. O enfermeiro deve também encaminhar a usuária do sistema ao serviço de planejamento familiar. Afinal de contas, a pesquisa revelou que muitas mulheres não utilizaram um método contraceptivo e as que usaram e ainda assim engravidaram, em sua maioria, não haviam planejado a gestação. Isso nos leva a crer que esses métodos não atendiam às suas necessidades, seja pela não adaptação do casal ao método e/ou por seu uso inadequado.

Os profissionais que prestam assistência a essas mulheres, portanto, devem repensar suas práticas e questionar se suas orientações estão sendo suficientes para garantir a saúde das gestantes. Sabemos que o contexto assistencial da saúde ainda não valoriza a adoção das práticas educativas como deveria. Essa triste realidade ganha visibilidade notadamente a partir de um dos dados levantados por este estudo: o número considerável de mulheres múltiparas em um grupo predominantemente jovem, inclusive com elevado índice de abortos.

Conhecer o perfil sócio-econômico e cultural das gestantes nos permitiu identificar as vulnerabilidades que fragilizam o universo pesquisado. Entendemos que o levantamento dessas carências é de grande relevância

quando se pensa em planejamento adequado para a assistência à saúde. Não resta dúvida que a prática da educação em saúde colabora decididamente com o bom prognóstico da gravidez e futuras gestações. Portanto, um serviço de pré-natal e planejamento familiar adequados podem contribuir decididamente com a diminuição dos índices de mortalidade materna e neonatal.

Devidamente inserido no cenário aqui descrito, esse trabalho sustenta a necessidade de haver uma maior capacitação técnica, política e pedagógica nas práticas de educação em saúde. Essas melhorias não devem ser olhadas como um instrumento direcionado apenas para a execução das tarefas, adestramento de clientela e correção dos seus desvios, mas sim como uma ferramenta complexa, essencial e abrangente. Seu papel é didático. Aprimorar o serviço significa também divulgar e conscientizar a enfermagem e toda a equipe de saúde, estabelecendo, assim, as relações do trabalho que desempenham com as desigualdades sociais e contribui significativamente com o respeito aos direitos dos cidadãos.

Desse modo, compreendendo que a gestação representa uma fase de grandes modificações na vida da mulher e que o seu sucesso e bem-estar requerem diversos ajustes, que até agora não foram implementados satisfatoriamente. O diálogo por meio da educação em saúde, portanto, é imprescindível não só quando a questão é a promoção da saúde, mas o respeito aos direitos desta parcela da população.

REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada - Manual Técnico. 3ª ed. Brasília; 2006.
2. Sociedade Civil de Bem Estar Familiar no Brasil. Programa de Pesquisas de Demografia e Saúde (DHS). Macro internacional Brasil: pesquisa nacional sobre demografia e saúde, 1996 e março de 1997. Brasil: Tucano; Mar 1997.
3. Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (BR). Departamento de População e Indicadores Sociais. Síntese de indicadores sociais. Rio de Janeiro (RJ); 2006.
4. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; princípios e diretrizes. 1ª ed. Brasília; 2004.
5. Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (versão preliminar). Brasília: MS; 2004.
6. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico. 1ª ed. Brailia; 2005.
7. Silva, LR. Cuidado de enfermagem na dimensão cultural e social - História de vida de mães com sífilis [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery; 2007.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução n. 196/96. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 1996.
9. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. Saúde Brasil 2004: uma análise da situação de saúde. Brasília; 2004.
10. Lima GSP, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. Rev Bras Saude Mater Infant. 2004;4(3). 2004.
11. Rezende, J. Obstetrícia. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 1998.
12. Schall, VT. Struchiner, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad Saúde Pública [online]. 1999;15:(suppl.2):4-6.
13. Merighi, MAB. Reflexões sobre a qualidade da assistência de enfermagem à mulher no período gravídico-puerperal. Rev Enferm UERJ. 1998;6(1):253-58.
14. Aleixo, NA. [Health effects of smoking in pregnancy]. Rev Saúde públ.1990;24:420-24.
15. Juliani, CMC. Ciampone, MHT. Organização do sistema de referência e contra-referência no contexto do Sistema Único de Saúde: a percepção de enfermeiros. Rev Esc Enf USP. 1999; 33(4):323-33.
16. Schall, VT. Struchiner, M. Educação em saúde: novas perspectivas. Cad Saúde Pública [online].1999; 15:(suppl.2):4-6.
17. Oliveira, HM. Gonçalves, MJF. Educação em Saúde: uma experiência transformadora. Rev Bras Enferm [online]. 2004;57(6):761-63.
18. Sabóia, VM. Educação em Saúde: a arte de talhar pedras. Niterói: Intertexto; 2003.
19. Freitas LV, Martins LCG, Teixeira IX, et al. Estratégia Educativa entre mulheres para o incentivo do uso do codom: um relato de experiência. Rev Enferm UFPE On Line [periódico na internet]. 2009 Jul/Set [acesso em 2009 Set 14];3(3):185-89. Disponível em: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/issue/view/8>

Sources of funding: No

Conflict of interest: No

Date of first submission: 2009/09/28

Last received: 2009/11/09

Accepted: 2009/11/09

Publishing: 2010/01/01

Address for correspondence

Selma Villas Boas Teixeira

CEP: 22081-000

Rua Bulhões de Carvalho, 33/402

Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil