



LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
CENTRO UNIVERSITÁRIO DO RIO GRANDE DO NORTE – UNI-RN
CURSO DE ENFERMAGEM

CAMILA ALICE NÓBREGA BARBOSA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GRÁVIDAS NAS UNIDADES DE
SAÚDE**

NATAL-RN

2013

CAMILA ALICE NÓBREGA BARBOSA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A GRÁVIDAS NAS UNIDADES DE
SAÚDE**

Artigo científico apresentado como requisito final para a conclusão da disciplina de Trabalho de Conclusão de Curso II do Centro Universitário do Rio Grande do Norte (UNI-RN).

Orientadora: Prof.^a Ms: Mariluce Oliveira de Araújo

NATAL-RN
2013

RESUMO

Nas últimas décadas a mulher ao engravidar não recebia um acompanhamento pré-natal apropriado e os possíveis problemas de saúde que ela pudesse apresentar não eram atendidos adequadamente. Notava-se naquela época que os índices de mortalidade materna ocorrida no período da gestação (durante o parto ou puerpério) eram crescentes. Frente a essa realidade, os movimentos feministas organizaram-se e pressionaram o governo a tomar medidas que contivesse esse quadro caótico na saúde da mulher. Neste contexto no ano 2000, surgiu o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, objetivando reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal e estabelecer critérios para qualificar as consultas promovendo o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto. Desta forma, o enfermeiro atua como um profissional chave no programa, pois trabalha diretamente com a gestante. Este artigo objetiva identificar como está sendo realizado o atendimento pré-natal em unidades básicas de saúde. Trata-se de uma pesquisa do tipo revisão de literatura, realizada na base de dados da BVS, Scielo e também em teses e monografias. Os dados encontrados mostram que para ter um Pré-natal humanizado de qualidade é necessário seguir o que preconiza o PHPN. Este serviço é oferecido à comunidade em quase todos os municípios brasileiros, porém os resultados apontam para a necessidade de uma avaliação mais profunda na oferta do programa de pré-natal, para corrigir eventuais falhas no programa.

Palavras Chaves: Gestante. Pré-natal. Qualidade no atendimento. PHPN. Enfermeiro

ABSTRACT

In the last decades pregnant women did not received appropriated assistance and the healthy problems they should present wouldn't be correctly solved. At that time it was noticed a growing maternal mortality rate during pregnancy (child-birth or puerperium). According to this reality, feminist movements organized and pressured the government to take steps to contain the chaotic scenario of women healthy. In this context, in 2000, was created the Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento –PHPN, a social program that aims to reduce maternal mortality rate, expand access to prenatal and to establish criteria for classification queries promoting the link between outpatient care and childbirth. Consequently the nurses act as an important professional within this program, because he works directly with the pregnant. These article aims to identify how have been accomplished prenatal cares at basic healthy units. This is a research type literature review, held in the database of the BVS, SCIELO and also theses and monographs works. The data show that to have a quality prenatal is necessary to follow what advocates PHPN. This service is offered to the community in almost all Brazilian cities, but the results point to the need for further evaluation in the provision of prenatal program to correct any fault in the program.

Keywords: Pregnant. Prenatal. Quality of care. PHPN. Nurses.

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06.
2. REFERENCIAL TEÓRICO.....	10.
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	15.
4. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	18.
5. CONCLUSÃO.....	21.
REFERÊNCIAS.....	22.

1. INTRODUÇÃO

A realidade ocupacional da mulher brasileira atual é bem diferente daquela vivida há alguns anos no país. Dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2012) revelam que de 2003 para 2011 houve um aumento de quase 5% na proporção das mulheres brasileiras ocupadas, pois, muitas delas ainda precisam conciliar o trabalho com os afazeres domésticos.

Este aumento significativo na proporção de mulheres trabalhadoras está comumente associado ao crescimento natural do estresse e, conseqüentemente, ao surgimento de patologias. Por este motivo é necessário que o Programa de Atenção a Saúde da Mulher seja bem sucedido e suficiente para atender as necessidades das mulheres brasileiras, principalmente às mulheres grávidas, colaborando assim para a diminuição do índice de morbi-mortalidade materno-infantil.

No início da década de 1980, movimentos feministas discutiam temas sobre reprodução, saúde, sexualidades, por serem questões que se apresentavam influenciando diretamente a saúde da mulher. Os índices de morbi-mortalidade maternos eram assustadores, não era garantida na época uma assistência de qualidade, a mulher não tinha o direito de discutir sobre sua sexualidade, nem de optar sobre a quantidade de filhos que poderia e/ou gostaria de ter. Frente a todas essas questões e também a pressão política exercida pelo movimento feminista, o Ministério da Saúde conjuntamente com a sociedade civil organizada, lança a proposta de criar um programa que atenda todas as situações ligadas à saúde da mulher e em 1984, o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher- PAISM é oficializado (SANTOS, 2005).

O PAISM propõe que os serviços de saúde devem dar assistência as mulheres em todas as suas necessidades de saúde, em todas as fases de sua vida e de acordo com as características apresentadas em cada fase. A qualidade do atendimento deve ser boa e adequada. Deve, ainda, proporcionar a realização de atividades educativas que permitam as mulheres deterem maior conhecimento sobre o seu próprio corpo – inclusive para melhor vivenciarem a sua sexualidade, alertando-as acerca dos problemas mais comuns de saúde e como viverem melhor (SANTOS, 2005, p. 6).

As ações desenvolvidas no PAISM objetivavam o atendimento a saúde da mulher, principalmente aquelas voltadas à promoção e prevenção da saúde, os profissionais que atuavam nesse programa, devem estar capacitado para atender todos os objetivos propostos, porem já demonstrando que o mesmo deveria ser realizado de uma forma “diferenciada”, ou seja, de forma humanizada (PAZ; SALVARO, 2011).

Em junho de 2000 o Ministério da Saúde, identificando algumas fragilidades no funcionamento do PAISM, principalmente aquelas ligadas ao conhecimento das mulheres quanto aos seus direitos reprodutivos e a incipiente qualidade na assistência à saúde das mulheres, instituiu então o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que apresenta em sua formulação os seguintes objetivos: reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004, p.518).

A partir de então a humanização foi dada como modelo pra a atenção a saúde da mulher, assegurando-lhe a qualidade do acompanhamento ao pré-natal, e da boa assistência ao parto. A humanização é a valorização de todas as pessoas envolvidas com o processo de produção da saúde, sendo elas trabalhadores, usuários e gestores, onde estes interagem, e estabelecem um vínculo entre si (BRASIL, 2006).

Na assistência humanizada, dois aspectos são fundamentais: primeiro é dever das unidades receber a mulher e seus familiares com respeito, ética e solidariedade por parte dos profissionais, em um ambiente acolhedor e tranquilo; segundo a escolha de medidas de procedimentos deve ser pensada sabiamente durante o acompanhamento pré-natal e durante o parto, para evitar medidas desnecessárias. (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

A saúde da mulher, segundo Duarte e Andrade (2008), não deve ser considerada apenas como sua forma biológica reprodutiva, mas sim observada como um todo, e dando-lhe o direito de participar de todas as decisões que envolvam sua saúde. Citam também que o Programa de Humanização no Pré-

natal e Nascimento (PHPN), é o primeiro passo para um bom acompanhamento ao parto e o puerpério.

Desta maneira o pré-natal não pode ser voltado apenas para as ações clínico-obstétricos, mas também orientação da assistência à educação em saúde, reconhecendo e compreendendo os aspectos socioeconômicos e culturais das pacientes (DUARTE; ANDRADE, 2008).

De acordo com a portaria nº 569/2000 (BRASIL, 2000), toda gestante tem direito a atendimento qualificado durante todo período gravídico, ao acompanhamento pré-natal, e a assistência ao parto e puerpério, sendo todas estas realizadas de forma humanizada; é observado os seguintes aspectos: realizar a primeira consulta pré-natal até o 4º mês de gestação; realizar seis consultas subsequentes; realizar uma consulta no puerpério até 42 dias após o nascimento; realização dos exames laboratoriais (ABO, Rh, VDRL, urina, glicemia em jejum, HB/HT); oferta de testagem anti-HIV; aplicação da vacina antitetânica; realização de atividades educativas; classificação do risco gestacional; e garantir a gestante de risco um atendimento hospitalar capaz de atender a mesma.

Para uma boa saúde materna e neonatal é preciso uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, para isso é preciso ter um olhar amplo sobre o processo saúde/doença, compreendendo a pessoa como um todo, considerando o ambiente socioeconômico, e cultural em que vive, e não apenas, observar o corpo e mente. É de fundamental importância que os diversos sujeitos que irão promover a saúde da mulher, tenham um bom relacionamento com a mesma, 92% dos casos de mortalidade associada ao ciclo gestacional e puerperal podem ser evitadas com um bom acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006).

O enfermeiro tem um papel importante na atenção ao pré-natal, este tem a função de entrar em contato com a gestante, explicando-lhe as condutas que serão realizadas durante as consultas e tirando as dúvidas, tudo para assegurar um pré-natal tranquilo e sem intercorrências.

De acordo com Neto, et al (2012) , o numero de consultas pré-natal é insipiente em países de média e baixa renda, e isto mostra um fator de risco, evidenciando o aumento do número de mortalidade perinatal, e mostra também

que o tempo de permanência de bebês em unidades de tratamento intensivo, é maior quando a assistência pré-natal não é adequada.

Segundo Peixoto, et al (2011), um pré-natal realizado de modo qualificado, pode evitar fatores de risco para morbidade e mortalidade materno infantil, porém mesmo com o número de consultas pré-natal crescendo ainda existem altos índices de mortalidade materna e neonatal por causas preveníveis, logo, este índice sugere uma falha da qualidade deste serviço.

Com tantas formas de abordagem criadas pelo Ministério da Saúde, que devem ser realizadas pelos profissionais da saúde para uma melhor assistência a mulher, e ainda sendo identificado um alto índice de morbi-mortalidade materna e neonatal, surge à indagação: as mulheres encontram dificuldades ao procurarem atendimento pré-natal nas unidades básicas de saúde?

As gestantes merecem uma atenção especial, quando se diz respeito ao pré-natal, pois, este é um período em que a mulher necessita de uma atenção diferenciada para que assim ela possa desfrutar de toda a atenção que esta fase necessita. Nesse contexto, surgiu o interesse em estudar melhor esse tema, associado a experiências acadêmicas vivenciadas, quando nessa oportunidade observa-se que uma boa atenção e humanização ao pré-natal podem contribuir para a diminuição dos índices de morbi-mortalidade materno-infantil.

Assim, este trabalho objetiva identificar como está sendo realizado o atendimento do pré-natal, em unidades básicas de saúde.

2. REFERENCIAL TEÓRICO

O período gestacional começa a partir da fertilização do óvulo e termina com o início do trabalho de parto; este período traz algumas alterações ao organismo materno, sendo elas anatômicas, fisiológicas e bioquímicas. Há um aumento na produção dos hormônios que participam do processo gestacional, e além deste aumento, surgem outros hormônios como a gonadotrofina coriônica que é o hormônio que faz com que o teste de gravidez dê positivo e tem como principal função manter o corpo lúteo no ovário durante o primeiro trimestre de gestação e o lactogênio placentário que é um hormônio produzido na placenta que iniciará o processo de lactação (MELSON, et al, 2002).

As alterações anatômicas e fisiológicas também são comuns na gestação, como a sua postura e deambulação; devido ao aumento no peso do abdome e das mamas, o centro de gravidade da gestante, se desvia para frente, logo todo o corpo se joga para trás compensatoriamente, e a mulher passa a ter uma marcha anserina, pois sua base de sustentação fica alargada (MONTENEGRO; FILHO, 2012).

Também é possível observar alterações no sistema cardiovascular da gestante, caracterizado pela vasodilatação periférica, ou seja, pela elevação do débito cardíaco (débito cardíaco = volume sistólico X frequência cardíaca), como também alteração do sistema sanguíneo pela diluição da maioria dos fatores circulantes principalmente da hemodiluição das hemácias e elevação do volume plasmático. No sistema urinário ocorre a dilatação dos ureteres e pelvis renais; devido à vasodilatação e à expansão do volume sanguíneo ocasiona uma hiperemia e edema da mucosa do sistema respiratório superior, provocando uma congestão nasal. No sistema digestivo, ocorrem alterações no metabolismo para suprir às exigências do rápido crescimento e desenvolvimento do feto; há uma queda do pH bucal, uma predisposição ao aparecimento de cáries dentárias, gengivite, vômito matinal, redução da secreção gástrica e constipação, devido à atonia do cólon. No sistema tegumentar surge o cloasma que é a máscara da gravidez, a linha negra que se estende da parte mais alta do fundo uterino até a sínfise púbica, e surgem também estrias gravídicas (MONTENEGRO; FILHO, 2012).

Durante a gestação o útero sofre alterações de hipertrofia e dilatação, levando a um aumento da vascularização pela necessidade de maior perfusão sanguínea, para atender as necessidades da placenta, a qual cresce progressivamente, levando assim ao aumento do fluxo sanguíneo útero-placentário. (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

No que se referem ao sistema hematológico, as gestantes são susceptíveis a apresentar um quadro de anemia, e uma predisposição de apresentar hemorragias durante o parto e pós-parto e o tromboembolismo no puerpério (SOUZA; FILHO; FERREIRA, 2002).

Algumas mulheres podem ter alterações psicoemocionais durante o período gestacional; segundo Brasil (2006) no primeiro trimestre além das alterações corporais normais e o desconforto como náuseas, sonolência, alterações na mama, cansaço e desejo ou aversão por determinados alimentos, apresentam também ambivalência emocional no que se refere ao seu estado gravídico (querer e não querer a gravidez), medo de abortar, e oscilações de humor. No segundo trimestre apresenta alteração no desejo e desempenho sexual, muito provavelmente pela percepção dos movimentos fetais e pelas alterações do corpo, ficando mais introspectivas e passivas. No terceiro trimestre, aumentam as queixas físicas, e à medida que o parto se aproxima, a ansiedade cresce, e o medo da dor e da morte se intensifica.

Conforme descrito, a gestação é um período muito especial na vida da mulher e sua família, e como tal merece um acompanhamento e assistência diferenciada e para atendimento dessa necessidade, existe o Programa do Pré-Natal, onde profissionais de saúde, através de consultas, acompanham toda a evolução da gestação.

Em tempos passados a mulher ao engravidar não recebia o devido acompanhamento, e os possíveis problemas que ela pudesse apresentar não eram atendidos adequadamente. Notava-se naquela época que a morte materna ocorridas no período da gestação, durante o parto e puerpério, cada vez mais aumentavam. Frente a essa realidade, movimentos populares associados ao movimento feminista organizaram-se e pressionaram o governo a tomar medidas que contivesse esse quadro caótico da saúde da mulher, e em junho de 2000, surge o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento - PHPN, com o objetivo maior de reduzir as altas taxas de morbi-

mortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecendo critérios para qualificar as consultas, promovendo o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto.

O PHPN foi institucionalizado pelo Ministério da Saúde, através de um protocolo de intensões, o qual traça estratégias de acompanhamento da gestante, como a captação precoce da gestante e realização da primeira consulta em até 120 dias de gestação. O calendário de consultas é organizado de forma que sejam realizadas, no mínimo de 06 consultas em todo período da gestação, distribuídas da seguinte forma: uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestres e três no terceiro trimestre (BRASIL, 2006).

Outra estratégia estabelecida pelo PHPN é o atendimento às gestantes de uma forma humanizada, ou seja, atender a cliente observando suas necessidades físicas, emocionais e sociais (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

O termo humanização foi atribuído pelo Ministério da Saúde ao PHPN com intuito de melhorar as condições de atendimento, por meio da mudança de atitude dos profissionais que assistem as mulheres grávidas e puérperas, contemplando, além daquilo que se vê e se palpa, também o que se ouve e o que foi descrito pela mulher, de modo que o atendimento seja eficiente e participativo (DUARTE; ANDRADE, 2008, p. 134).

No atendimento da gestante, na primeira consulta, algumas questões são importantes de serem seguidas, como por exemplo, uma anamnese criteriosa, como a investigação da vida obstétrica, a solicitação de exames laboratoriais como o fator Rh e ABO, o hematócrito/hemoglobina, sorologia para toxoplasmose, glicemia em jejum, VDRL, sumário de urina e o teste anti-HIV. Também deve ser investigada a situação vacinal da gestante, principalmente da imunização antitetânica. No decorrer das consultas, investiga-se e avalia-se o estado nutricional da gestante, para prevenir e/ou tratar os distúrbios nutricionais, identificação e/ou tratamento de intercorrências gestacionais, possibilitando assim a classificação do risco gestacional. Também deve ser realizado o exame preventivo (Papanicolau) para prevenção e/ou diagnóstico precoce do câncer de colo de útero. Todos esses procedimentos devem ser registrados no cartão da gestante e no prontuário,

que foram abertos no momento da primeira consulta da gestante. Algumas atividades como escutar a mulher e seu companheiro tirando suas dúvidas, realizar atividades educativas em grupo, estímulo ao parto normal são importantes no período gestacional. Em continuação as ações assistenciais à mulher e seu recém-nascido, os mesmos devem ser acompanhados durante as primeiras semanas pós-parto (BRASIL, 2006).

Andreucci e Cecatti (2011) citam em seu trabalho que o PHPN, além de ter como meta o atendimento humanizado no modelo da atenção integral, inclui também a necessidade de melhorar o atendimento das gestantes na rede pública de saúde, como forma de diminuir a mortalidade materna e perinatal.

Uma das estratégias utilizadas para melhor acompanhar o desenvolvimento desse programa, foi a criação do Departamento de Informática do SUS (DATASUS), que através de um instrumento próprio, coleta todos os dados referente ao citado programa, que é o SISPRENATAL- Sistema Eletrônico para a Coleta de Informações sobre o Acompanhamento Pré-Natal das Gestantes atendidas pelo Sistema Único de Saúde – SUS (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Este sistema proporcionou a monitoração das ações mínimas essenciais propostas pelo Ministério da Saúde, e com isso o governo faz o repasse das verbas aos municípios que cumprem os requisitos mínimos recomendados. Este repasse é o estímulo financeiro para que as Unidades Básicas de Saúde cumpram as metas estabelecidas, e assim ter condições de organizar adequadamente o cuidado ofertado melhorando de sobremaneira o atendimento na atenção pré-natal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

O Programa de humanização mostra também a importância da gestante ao chegar à Unidade de Saúde ser recebida por toda a equipe, médico, enfermeira, dentista, técnico de enfermagem, e agente de saúde, garantindo assim uma assistência total e uma atenção especial ao período gestacional. (BRASIL, 2006).

De acordo com Brasil (2006) as medidas que devem ser abordadas pelos enfermeiros para com as gestantes são: realizar a consulta pré-natal da gestante de baixo risco, realizar ações educativas para as gestantes e seus familiares, solicitar exames de rotina e orientar o tratamento conforme protocolo de serviços, encaminhar as gestantes de alto risco para o médico, realizar

visita domiciliar quando necessário, realizar coleta do exame citopatológico, atualizar o cartão da gestante a cada consulta, realizar atividades com grupo de gestantes.

O enfermeiro tem um papel importante de orientação das ações de saúde, ele irá informar a grávida quanto os alimentos que podem ser ingeridos, e os que tem que ser retirados de sua dieta, pois uma alimentação balanceada e saudável é de fundamental importância para a formação e a saúde do feto e da mãe, prescrever ferro e ácido fólico, encaminhar para um tratamento odontológico, encaminhamento para imunização, e tantas outras ações que se fizer necessário (BONOMI, 2002).

Na primeira consulta deve ser feita a historia clinica contendo identificação, dados socioeconômicos, profissão, estado civil, numero de dependentes e idade dos mesmos, renda e pessoas da família com renda, moradia, saneamento, antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos, sexualidade, gestação atual, exame físico, e prescrever exames, e ser feitas as condutas estabelecidas pelo enfermeiro. Nas consultas subsequentes é feita uma anamnese atual e sucinta, uma verificação do calendário de vacinação, e a revisão da ficha pré-natal, é feito também um controle materno (verificação de peso, altura, Pressão arterial, idade gestacional, palpação obstétrica, e medida da altura uterina, pesquisa de edema, e avaliação dos resultados dos exames laboratoriais), e um controle fetal (ausculta dos batimentos fetais, e dos movimentos percebidos pela mãe e relatados durante a consulta), e realizado as condutas (BRASIL, 2006).

De modo geral para um bom acompanhamento Pré-natal a gestante deverá ser atendida pelo PHPN conforme foi preconizado pelo Ministério da Saúde, e os profissionais que atuam no programa devem ser devidamente qualificados para exercer sua função.

3. MATERIAL E MÉTODOS

Este trabalho diz respeito a uma pesquisa do tipo revisão de literatura, que segundo Moresi (2003) a revisão de literatura é a fundamentação teórica que ira ser adotada para tratar o tema e o problema da pesquisa, através da análise da literatura publicada, ou seja, a estruturação conceitual que dará sustentação ao desenvolvimento da pesquisa. Através de um levantamento e análise de publicações já realizadas e que tenham haver com o tema, obteve-se um mapeamento do que já foi estudado e qual os autores que realizaram esses estudos.

Foi utilizado um recorte temporal do período de 2000 à 2012, e através das bases de dados da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) , da *Scientific Electronic Library Online* (Scielo), como também de artigos científicos, teses, monografias disponíveis gratuitamente na internet, além do site do Ministério da Saúde.

Foram utilizadas como descritores: pré-natal, assistência de enfermagem a grávidas, história da saúde da mulher, Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), atuação de enfermagem no pré-natal, e gestação. Após essa etapa foi feita a coleta bibliográfica, leitura de títulos e resumos dos artigos, e a leitura completa do texto, os quais também foram contemplados dissertação de mestrado, notícias publicadas na página eletrônica do IBGE e do Ministério da Saúde e livros.

Os critérios de inclusão utilizados foram trabalhos técnico-científicos que possuíam relação com o objetivo deste estudo, que estivesse na língua portuguesa, e disponível gratuitamente na internet. O único critério de exclusão foi à utilização de trabalhos publicados que antecedem o ano 2000.

No total foram pesquisados 31 artigos e dentre eles, 20 atenderam o objetivo proposto nesse estudo.

A tabela abaixo apresenta as publicações utilizadas neste estudo.

FONTE/ORIGEM	PERIODICO/ EDITORIA	IDIOMA	ANO	AUTOR	TÍTULO
Scielo	Cad. Saúde Pública	Português	2011	ANDREUCCI; CECATTI	Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática.
Scielo	Cad. Saúde Pública	Português	2012	ANVERSA	Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.
Biblioteca UFRN	Atheneu	Português	2002	BONOMI	Pré-natal Humanizado: gerando crianças felizes.
Ministério da Saúde	M.S.	Português	2006	BRASIL	Manual Técnico, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.
Ministério da Saúde	M.S.	Português	2000	BRASIL	Portaria N° 569, de 1° de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS.
Scielo	Saúde Soc.	Português	2008	DUARTE; ANDRADE	O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil.
Scielo	Rev. Enferm.	Português	2006	DUARTE; ANDRADE	Assistência pré-natal no programa saúde da família.
IBGE	IBGE	Português	2012	BRASIL	Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas.
Biblioteca UFRN	Reichmann & Affonso	Português	2002	MELSON; et al	Enfermagem Materno-infantil, Planos de cuidados.
Biblioteca UN-RN	Guanabara Koogam	Português	2012	MONTENEGRO ; FILHO; Rezende	Obstetrícia Fundamental.
Google acadêmico	Programa de pós-graduação	Português	2003	MORESI	Metodologia da Pesquisa.
Scielo	Cad. Saúde Pública	Português	2012	NETO; et al.	Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal.
Google acadêmico	Rev. Eletrônica de investigação e docência (REID)	Português	2011	PAZ; SALVARO	Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: propostas educativas em foco.
Google acadêmico	Rev. Enfermagem	Português	2011.	PEIXOTO; et al	O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica.
Scielo	Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.	Português	2007	PICCINI; et al	Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e do Nordeste do Brasil.
Scielo	Rev. Esc. Enferm. USP	Português	2011	RODRIGUES; NASCIMENTO; ARAÚJO	Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família.

Google acadêmico	II Jornada de políticas públicas	Português	2005	SANTOS	Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social.
Scielo	Cad. Saúde Pública	Português	2004	SERRUYA; CECATTI; LAGO	O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais.
Scielo	RBGO	Português	2004	SERRUYA; LAGO; CECATTI	Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil.
Scielo	Rev.Bras.hematol e hemoter.	Português	2002	SOUZA ; FILHO ; FERREIRA	Alterações hematológicas e gravidez.
Google acadêmico	Trabalho de Conclusão de Curso	Português	2011	VOGT	Diagnóstico situacional das puérperas atendidas em um hospital público a cerca dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A assistência pré-natal de qualidade é aquela capaz de interferir nas altas taxas de morbi-mortalidade materna e neonatal que ainda persistem em nosso país.

Duarte e Andrade (2006) mostram em seu estudo que as principais causas desta mortalidade são principalmente as obstétricas diretas, doenças hipertensivas, síndromes hemorrágicas, as infecções puerperais e o aborto. Sendo que a maioria das causas obstétricas diretas são evitáveis com uma boa assistência pré-natal.

Através da definição de procedimentos clínicos e educativos, com um atendimento frequente e planejado das gestantes, o Ministério da Saúde instituiu em 2000 o Programa de Humanização do atendimento do Pré-Natal- PHPN, com o propósito de diminuir tão alarmantes indicadores de saúde materna e neonatal (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

O referido programa define que para ser ter um pré-natal de qualidade é necessário atingir padrões mínimos como a inscrição da gestante ainda no 1º trimestre da gravidez, a realização de no mínimo seis consultas, a realização dos exames laboratoriais, a realização de atividades educativas, o preenchimento adequado do Cartão da Gestante, dentre outros (BRSIL, 2006).

Com a criação do PHPN inicialmente houve uma grande adesão nos municípios em todo o país, porém estudos mostram que o cumprimento das metas do programa ainda esta longe do desejado; de modo geral o baixo cumprimento das metas propostas ainda persiste no país, mesmo observadas às especificidades regionais (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Em um estudo avaliativo da qualidade da assistência no pré-natal, que leva em consideração o registro no SISPRENATAL, realizado por Andreucci et al, entre novembro de 2008 à outubro de 2009 no município de São Carlos, SP, foi identificado que a inscrição das gestantes no programa no primeiro trimestre de gestação, foi bastante significativa, porém a realização dos exames laboratoriais nas consultas subsequentes apresentou-se muito baixa (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Há algum tempo a avaliação da qualidade do pré-natal é feita através do numero de consultas realizadas, do tempo em que a gestante iniciou as consultas e na idade gestacional que se inscreveu no programa. Porem estudos mostram que apenas isso não é o suficiente para uma assistência adequada, mas também o conteúdo e a forma que é feita esta assistência. O estudo também aponta um baixo percentual de gestantes que realizaram os exames laboratoriais, sabendo que tais exames são importantes para identificar, prevenir e corrigir agravos que possam vir a prejudicar a mãe e/ou o seu conceito (ANVERSA; et al, 2012).

Outro fator importante para a avaliação da qualidade do pré-natal é o registro de todos os procedimentos e/ou orientações realizados e os instrumentos utilizados são o prontuário e o cartão da gestante.

Observou-se também nos estudos de Anversa et al 2012, falhas com relação às anotações no cartão da gestante e na marcação dos retornos.

O Cartão da Gestante deve conter todas as informações acerca dos atendimentos realizados nas consultas de pré-natal, quer sejam das condutas tomadas, quer sejam os resultados dos exames realizados. O cartão da gestante é um importante instrumento no acompanhamento e avaliação do pré-natal, pois quando devidamente utilizado, poderá ate identificar precocemente uma gestação de alto risco, com a utilização das devidas condutas. (VOGT, 2011).

Vogt (2011) em seu estudo evidenciou que as gestantes ao entrarem em trabalho de parto, apenas 89% destas levaram o cartão da gestante e 11% não levaram o cartão ou não tinham. Frente à ausência de informações no cartão, e/ou a ausência do cartão no momento da admissão, o profissional que atende essa gestante, deverá pedir para que um familiar providencie o cartão; nos casos de informações incompletas ou grafia ilegível, deve-se entrar em contato com a Unidade de Saúde onde a gestante realizou o Pré-natal para obter maiores informações. O estudo do autor acima citado reintegra a importância de a gestante estar de posse do seu cartão no momento da sua admissão na maternidade, pois nele estão contidas todas as informações acerca do pré-natal que são norteadoras das condutas correntes no momento do parto e pós-parto.

Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) citam em seu estudo alguns pontos que dificultam a assistência ao pré-natal apontados através de entrevistas com os enfermeiros de algumas Unidades Básicas de Saúde da Família (UBSF) de Divinópolis, Minas Gerais, são eles: dificuldade quanto ao uso dos protocolos e a assistência ao PHPN e a falta de interação entre a equipe de médicos e enfermeiros.

No estudo citado acima podemos identificar a necessidade de um maior investimento na formação dos profissionais de saúde que atuam na assistência à gestante, a disponibilização de cursos de capacitações para orientação quanto ao uso dos protocolos adotados pelo programa, a ações que possam promover uma maior interação de trabalho entre médicos e enfermeiros. O estudo mostra também que é necessário um esforço conjunto da gestão em saúde, dos profissionais em saúde e dos usuários, para que a assistência seja realizada de maneira eficaz, e que as falhas possam ser corrigidas.

Todos os dados apresentados apontam a necessidade de uma avaliação mais profunda na oferta do programa de pré-natal, pois a sua melhoria irá atingir o seu objetivo maior que a diminuição das altas taxas de morbimortalidade materna e neonatal, através da oferta de um serviço humanizado e de qualidade.

5. CONCLUSÃO

A gestação é para a mulher um momento impar em sua vida onde grandes transformações são observadas, indo desde as mudanças no seu corpo até modificações emocionais, sociais nunca antes experienciadas por ela. E para assisti-la em tão importante momento, foi instituído o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, que tem entre seus vários objetivos, assistir a gestante com qualidade e de forma humanizada.

Para tanto, foi estabelecido critérios/protocolos norteadores desse atendimento e os profissionais de saúde que atuam nesse programa, devem ter competência e habilidades inerentes ao desempenho eficaz de suas funções.

Apesar de já ter sido institucionalizado há algum tempo, o PHPN ainda apresenta falhas, identificada por estudos avaliativos realizados. Dentre essas falhas, alguns estudos apontam que mesmo a gestante se inscrevendo no programa no tempo hábil e comparecendo as consultas agendadas, isto por si só não é o suficiente, mas também o conteúdo e a maneira como essas atividades são realizadas.

Outro fator negativo que é citado em estudos, é a não realização dos exames complementares preconizados pelo programa que a gestante precisa fazer como também a ausência e/ou inconsistência de informações/ anotações no cartão da gestante. A avaliação da gravidez, através dos resultados dos exames complementares é de suma importância para que se acompanhe o pré-natal adequadamente, como também todos os registros devem ser feitos no Cartão da Gestante, pois ele é um importante instrumento informativo e norteador de condutas no momento da admissão dessa gestante, na maternidade.

A falta de interação entre médicos e enfermeiros e a dificuldades em seguir os protocolos preconizados no PHPN, também são apontados como pontos negativos no funcionamento do programa.

É inegável a importância do PHPN na assistência à mulher grávida, porém para que se possam superar todas essas dificuldades, faz-se necessário se continuar com os estudos avaliativos do seu funcionamento, identificando fragilidades, sugerindo mudanças para só assim atingir seu propósito maior que é a oferta de um serviço de qualidade de forma humanizada.

REFERÊNCIAS

ANDREUCCI, Carla Betina; CECATTI, José Guilherme. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, jun. 2011.

ANVERSA, Elenir Terezinha Rizzetti. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, p. 789-800, abr. 2012.

BONOMI, Albino. **Pré-natal Humanizado: gerando crianças felizes**. São Paulo: Atheneu, p. 10-12. 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, 2006. p. 7-9.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N° 569, de 1° de Junho de 2000. **Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do SUS**. Diário Oficial da União, 2000. p. 6.

BRASIL. Mulher no mercado de trabalho: perguntas e respostas. IBGE, 2012. p. 24.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. Assistência pré-natal no programa saúde da família. **Rev. Enferm.**, v. 10, n. 1, p. 121-125. 2006.

DUARTE, Sebastião Junior Henrique; ANDRADE, Sônia Maria Oliveira de. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 132-139. 2008.

MELSON, Kathryn A., et al. **Enfermagem Materno-infantil, Planos de cuidados**. 3 ed. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, p. 2. 2002.

MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; FILHO, Jorge de Rezende. **Obstetrícia Fundamental**. 12 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, p.82-236. 2012.

MORESI, Eduardo. Metodologia da Pesquisa. **Programa de pós-graduação stricto sensu em gestão do conhecimento e tecnologia da informação** Brasília, p. 35. 2003.

NETO, Edson Theodoro dos Santos. et al. Concordância entre informações do cartão da gestante e da memória materna sobre assistência pré-natal. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 2, p. 256-266, fev. 2012.

PAZ, Ana Paula Bazo; SALVARO, Giovana Ilka Jacinto. Política nacional de atenção integral a saúde da mulher: propostas educativas em foco. **Rev. Eletrônica de investigação e docência (REID)**, p. 121-133, out. 2011.

PEIXOTO, Catharina Rocha; et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-291, abr./jun. 2011.

RODRIGUES, Edilene Matos; NASCIMENTO, Rafaella Gontijo do; ARAÚJO, Alisson. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-1047. 2011.

SANTOS, Joselito. Assistência à saúde da mulher no Brasil: aspectos de uma luta social. II Jornada de políticas públicas, São Luís, ago. 2005.

SERRUYA, Suzanne Jacob; CECATTI, José Guilherme; LAGO, Tania di Giacomo do. O programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004.

SERRUYA, Suzanne Jacob; LAGO, Tania di Giacomo do; CECATTI, José Guilherme. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. **RBGO**, v. 26, n. 7, p. 517-525, 2004.

SOUZA, Ariani I.; FILHO, Malaquias B.; FERREIRA, Luiz O. C. Alterações hematológicas e gravidez. **Rev.Bras.hematol. e hemoter**, v. 24, n. 1, p. 29-36, 2002.

VOGT, Tatiele Naiara. Diagnóstico situacional das puérperas atendidas em um hospital público a cerca dos exames laboratoriais de rotina do pré-natal. Trabalho de Conclusão de Curso, Chapecó, 2011.