

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

ALINE SOARES DE CALDAS
EMANUELLE MORAES RODRIGUES
ÉRIKA SOARES DE CALDAS

**PROPOSTA DE APRIMORAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO DO
MUNICÍPIO DE TUTÓIA-MA**

São Luís

2008

ALINE SOARES DE CALDAS
EMANUELLE MORAES RODRIGUES
ÉRIKA SOARES DE CALDAS

**PROPOSTA DE APRIMORAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO DO
MUNICÍPIO DE TUTÓIA-MA**

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

Orientadora: Profª Doutora Mônica Elionor Alves Gama

São Luís

2008

Caldas, Aline Soares de.

Proposta de aprimoramento do Programa de Assistência ao Pré-natal na UBS-Centro do município de Tutóia/MA. Aline Soares de Caldas; Emanuelle Moraes Rodrigues; Érika Soares de Caldas. - São Luís, 2008.

36f.

Trabalho de Conclusão de Curso (Pós-Graduação em Saúde da Família) – Curso de Especialização em Saúde da Família, LABORO - Excelência em Pós-Graduação, Universidade Estácio de Sá, 2008.

1. Humanização. 2. Assistência pré-natal. 3. Aprimoramento. Título.

CDU 612.63

**ALINE SOARES DE CALDAS
EMANUELLE MORAES RODRIGUES
ÉRIKA SOARES DE CALADAS**

**PROPOSTA DE APRIMORAMENTO DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-
NATAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO DO
MUNICÍPIO DE TUTÓIA-MA**

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

Aprovado em / /

BANCA EXAMINADORA

Profª Doutora Mônica Elionor Alves Gama (ORIENTADORA)

Doutora em Medicina
Universidade de São Paulo - USP

Profª Arina Santos Ribeiro

Mestre em Saúde Ambiente
UFMA

À Deus, Fonte da Vida e de toda
dádiva perfeita.

Aos pais, pelo amor incondicional.

As puérperas pela valiosa
contribuição.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos em primeiro lugar a Deus, por ter nos inspirado a trilhar este caminho, por estar sempre presente em todos os momentos de nossas vidas nos dando força para percorrer esta longa jornada.

A todos da nossa família que nos deram apoio, incentivo, força, ensinamento e principalmente amor em todos os passos de nossa caminhada e que jamais mediram esforços para promoverem nossa educação.

Ao Secretário de Saúde de Tutóia Sr. Enilson Santana, que nos proporcionou meios para realizar este estudo. A Diretora da UBSF – Centro por ter cedido todas as informações necessárias.

Ao meu amado e eterno namorado e marido (Marcos Marinho Sirqueira) pelo companheirismo e paciência que teve nos momentos que precisávamos nos fazer ausente, por está sempre ao nosso lado segurando nossas mãos, incentivando-nos a seguir em frente.

A nossa orientadora, Prof^a Doutora Mônica Elinor Alves Gama, por toda sua dedicação, atenção, paciência e principalmente por ter acreditado em nós e então decidido fazer essa caminhada ao nosso lado, fica aqui registrado nossa eterna gratidão e respeito.

E, a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para a elaboração deste trabalho.

“Cuidar é mais que
um ato, é uma atitude.
Representa ocupação,
preocupação, responsabilização e
envolvimento efetivo com o outro.”

Autor Desconhecido

RESUMO

O Programa de Assistência ao Pré-natal, que engloba tanto a atenção pré-natal e puerperal deve ser de qualidade e humanizada. A humanização na assistência a saúde materna e neonatal deve ser imprescindível, para que assim possa se construir um novo olhar sobre o processo saúde-doença, que compreende a pessoa em sua totalidade, levando em consideração corpo, mente e ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive essas mulheres; Só conhecendo essas realidades é possível estabelecer novas bases para o relacionamento paciente e profissional de saúde, só assim poderá se construir uma nova cultura de respeito aos direitos humanos, e assim poder humanizar a assistência, e então contemplar a proposta do Ministério da Saúde, prestar Assistência Pré-natal da forma mais humanizada possível. O Estudo trata-se de uma revisão bibliográfica sobre o que Ministério da Saúde preconiza para O Programa de Assistência ao Pré-natal e de que forma este programa é executado na UBSF-Centro do município de Tutóia. No decorrer deste trabalho também serão lançadas propostas de aprimoramento para o Programa de Assistência ao Pré-natal realizado na Unidade referida. Constatou-se que atualmente na Unidade de Saúde existe o Programa de Assistência ao Pré-natal, sendo realizado com o mínimo de condições, não atendendo a totalidade das exigências do Ministério da Saúde.

Palavra-chave: Humanização, Assistência pré-natal, aprimoramento.

ABSTRACT

The Program of Presence to a Prenatal one, which includes so much a prenatal attention and which must be of quality and humanized. The humanization in the presence to motherly health and neonatal it must be essential, so that so a new glance can be built on the process saúde x doença, what understands the person in its entirety, taking into account body, mind, social, economical, cultural and physical environment in which he survives these women; Only knowing this reality it is possible to establish new bases for the patient and professional relationship of health, only so a new culture of respect will be able to be built to the human rights, and so to be able to humanize the presence, and then to contemplate the proposal of the Ministry of Health, to give Prenatal Presence of the form as humanized as possible. One treats the Study as a bibliographical revision on which Ministry of Health it extols for O Program of Presence to a Prenatal one and of what it forms this program it is executed in the UBSF-Centro of the local authority of Tutóia. In the course of this work will also be launched proposals for improvements to the Program of Assistance to the Pre-natal unit that carried out at. It appeared that currently exists in the Unit of the Health Program for the Pre-natal, being conducted with minimal conditions, not having all the requirements of the Ministry of Health.

Key word: Humanization, prenatal presence, improvement .

SUMÁRIO

		p.
1	INTRODUÇÃO	10
2	DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA UBSF-CENTRO NO MUNICÍPIO DE TUTÓIA-MA.....	17
3	OBJETIVO.....	22
4	PROPOSTA DE APRIMORAMENTO.....	22
5	CONCLUSÃO	34
	REFERÊNCIAS	35

1 INTRODUÇÃO

Nos dias atuais, a assistência pré-natal é um direito de toda mulher, atualmente dispomos de vários recursos técnicos capazes de garantir a saúde das mães e bebês, associando todo o avanço tecnológico disponível à obstetrícia, com a adoção da assistência pré-natal, reduziram-se às taxas de morbimortalidade materna e diminuíram os problemas fetais e de recém-nascidos.

Para Moraes (1989), “a assistência pré-natal envolve um conjunto de condutas assistenciais à gestante antes do parto, objetivando a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal, problemas associados na maioria dos casos, à precariedade da assistência prestada. Deve o pré-natal ser exercido com a atenção voltada para detectar as gestações de alto risco e patologias associadas à gestação, e os profissionais de saúde devem ter o cuidado de ouvir, discutir e fornecer as orientações necessárias às gestantes, no sentido de estabelecer uma boa relação com a cliente. Desde a primeira consulta deve-se oferecer condições para que a gestante exponha as suas ansiedades, seus mitos e os seus temores conscientes e inconscientes do parto”.

Conforme preconiza o BRASIL (2000), o principal objetivo de pré-natal é prestar assistência humanizada à mulher desde o início de sua gravidez, onde ocorrem mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Baseado na Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, o qual regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL,2000).

Através de levantamento bibliográfico em livros referentes ao assunto, manuais do Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde criou-se e implantou-se o atual protocolo com sucesso. Após implantação desse protocolo houve sensível melhora no padrão de atendimento feito por enfermeiras onde se conclui que para operacionalização da consulta de enfermagem é necessário estabelecer protocolos objetivando eficiência e eficácia no atendimento, tais como: números de consultas realizadas por enfermeiro/médico, padronização e

prescrição de medicamentos, solicitação de exames e encaminhamentos e critérios de risco obstétrico.

A possibilidade de evitar-se a mortalidade materna oscila entre 90 e 95%, conforme diferentes autores (Rezende; Moreli; Rezende, 2000) e, por sua vez, está ligada diretamente à oportunidade de qualidade da assistência recebida pela mulher durante a gestação, parto e puerpério, salientando que o melhoramento da atenção pré-natal é essencial para prevenir mortes por doenças hipertensivas (24% das mortes maternas), hemorragia, sepsis e por outras causas diretas, além de permitir a indicação correta de cesarianas, ou seja, um pré-natal adequado é essencial para redução da morbi-mortalidade materna e neonatal (VICTORA, 2001).

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) vem contribuindo para melhorar os indicadores epidemiológicos em todas as regiões brasileiras, em especial no Norte e Nordeste, onde as condições de vida e saúde são ainda mais precárias. A participação do Enfermeiro(a) nas equipes do PSF tem sido de fundamental importância para o fortalecimento deste modelo assistencial, no entanto, também é notório que este papel vem sendo submetido a impasses e desafios, notadamente, com relação aos espaços de atuação, divisão de responsabilidades, condições de trabalho, relações interdisciplinares, políticas salariais, acesso a qualificação e indefinição de vínculo empregatício (SALGADO, 2002).

Segundo Schirmer (2000), O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo. Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas. Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. A maioria das questões

trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família. Está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil.

Schirmer (2000) diz que a assistência ao pré-natal seja o primeiro passo para parto e nascimento humanizados. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e, compreende:

- _ parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas;
- _ respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;
- _ disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e outros temores;
- _ promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
- _ informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor;
- _ espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje;
- _ direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

De acordo com Ferreira (1995), humanização é o ato de humanizar, que por sua vez significa: tornar humano; dar condição humana; tornar benévolo, afável, tratável.

Garcia (2005) diz que no latim *humanus* tem vínculo com *húmus* (terra), que é a mesma raiz de humildade e humor. Diz ainda que o atendimento humanizado

na saúde envolve uma série de questões que extrapolam a relação especialista e paciente. É a maneira e a forma como o paciente é atendido e tratado, incluindo-se, nesse contexto, uma conscientização sobre a importância de vê-lo holisticamente, uma pessoa.

Humanizar o atendimento não é apenas chamar o paciente pelo nome e ter um sorriso nos lábios em todos os momentos em que nos referimos a ele. Atendimento humanizado também é compreender os seus medos, angústias e incertezas, com a mão estendida, o sorriso que apóia, ou a lágrima enxugada. Humanizar é responder àquelas perguntas aparentemente tão simples, postura que faz a diferença e desfaz a dúvida, restabelecendo a confiança e a esperança ao ser enfermo e frágil. (Garcia, 2005).

Mezomo (2001) refere que é muito difícil definir o que seja humanização. É algo que se percebe, que se sente, tanto quando está presente como quando está ausente, mas que é difícil de traduzir em palavras. Poderíamos dizer que ela é a busca constante de harmonia e relacionamento, cada vez melhor, dos funcionários entre si e destes com a administração, visando sempre o atendimento integral do paciente.

Esta Política Nacional nasceu em 2000, Instituída pelo Ministério da Saúde em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi formulada a partir da sistematização de experiências do chamado "SUS que dá certo". Ela reconhece que estados, municípios e serviços de saúde estão implantando práticas de humanização nas ações de atenção e gestão com bons resultados, o que contribui para a legitimação do SUS como política pública. A PNH tem o objetivo de efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e de gestão, assim como estimular trocas solidárias entre gestores, trabalhadores e usuários para a produção de saúde e a produção de sujeitos. Queremos um SUS humanizado, comprometido com a defesa da vida e fortalecido em seu processo de pactuação democrática e coletiva. Humanização é a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores. (Brasil, 2004).

De acordo com Brasil (2004), criada pelo Ministério da Saúde a Política Nacional de Humanização tem como princípios:

- **Inseparabilidade entre a atenção e a gestão dos processos de produção de**

saúde - Refere-se a práticas interdependentes e complementares. A incorporação da humanização deve ocorrer considerando-se tal entendimento.

- **Transversalidade** - Trata-se de concepções e práticas que atravessam as diferentes ações e instâncias, que aumentam o grau de abertura da comunicação intra e intergrupos e ampliam as grupalidades, o que se reflete em mudanças nas práticas de saúde.

- **Autonomia e protagonismo dos sujeitos** - Têm relação com a co-responsabilidade entre gestores, usuários e a participação coletiva nos processos e na gestão.

Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, usuários, trabalhadores e gestores; fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos; a co-responsabilidade entre eles; o estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento. (Brasil, 2007).

Uma atenção humanizada e de qualidade necessita de recursos, de rotinas bem organizadas, com procedimentos comprovadamente benéficos, assim evitando intervenções sem necessidade. O estabelecimento precisa contar com uma equipe e um trabalho baseados em princípios éticos, garantindo assim a privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre conduta a serem tomadas.

Segundo BRASIL (2007), uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco.

No período de 2000 a 2003, foram envolvidos mais de quinhentos hospitais da rede pública de saúde, com a finalidade de buscar iniciativas capazes de melhorar o contato humano entre o profissional de saúde e o usuário, entre os próprios profissionais, os gestores da administração pública, a instituição hospitalar e a comunidade (...) em 2003, no início do governo Luís Inácio Lula da Silva, O

Ministério da Saúde reestruturou o Programa, após chegar à conclusão de que o processo não deveria estar voltado apenas para a assistência hospitalar, mas estender-se ao sistema de saúde; não deveria ser realizado paralelamente ao SUS, mas por dentro dele, com responsabilização plena dos gestores, destaque, inicialmente, para os gestores estaduais (MARANHÃO, 2005).

Tomando por base a referência acima iremos ver que no Maranhão, a concepção que norteará as ações da Política Nacional de Humanização – PNH, terá como foco a qualidade dos serviços públicos de saúde e a incorporação de uma atitude ética de respeito às necessidades dos usuários, dos profissionais e dos gestores.

Schirmer (2000) enfatiza que a humanização do nascimento, por sua vez, compreende todos os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. A atenção ao recém-nascido deverá caracterizar-se pela segurança da atuação profissional e a suavidade no toque, principalmente durante a execução dos cuidados imediatos, tais como: a liberação das vias aéreas superiores, o controle da temperatura corporal e o clampeamento do cordão umbilical, no momento adequado.

Portanto, os serviços de pré-natal e os profissionais envolvidos devem compreender a necessidade de interagir com ações de cunho psicossomático na assistência à gestante. Isto é, prepará-la psicologicamente dentro dos recursos disponíveis. Maldonado (1997) na prestação do apoio emocional à gestante deve-se levar em consideração a interação de vários fatores, tais como: a história pessoal da grávida, as características de evolução dessa gravidez e o seu contexto existencial, socioeconômico e assistencial.

Cheurubin apud MEZOMO (1980) afirma que humanizar não é técnica, nem uma arte e muito menos um artifício, e sim um processo vivencial que permeia toda a atividade do local e das pessoas que ali trabalham, procurando realizá-lo e dando ao paciente o tratamento que merece como pessoa humana dentro das circunstâncias peculiares que se encontram em cada momento no hospital.

Ainda Vila; Rossi (2002) referem que a “humanização deve fazer parte da filosofia de enfermagem. O ambiente físico, os recursos materiais e tecnológicos não são mais significativos do que a essência humana. Esta sim irá conduzir o

pensamento e as ações da equipe de enfermagem, principalmente do enfermeiro, tornando-o capaz de criticar e construir uma realidade mais humana (...).

“Acolher: 1. Receber alguém, hospedar, agasalhar. 2. Aceitar, receber.”
(Lovisoló; Pereira; Pozzoli, 1992)

Nada adianta humanizar, falar de humanização, se o conceito de acolhimento não for entendido por todos. O acolhimento é um aspecto essencial da política de humanização, implica na recepção da mulher, da hora de sua chegada no serviço de saúde a hora de sua saída.

A equipe responsável pelo processo de acolhimento deve-se responsabilizar-se pela gestante, ouvindo suas queixas, suas preocupações, angústias.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e de sua família – atores principais da gestação e do parto (BRASIL, 2007)

A importância do enfermeiro em todos os níveis da assistência e, principalmente, no PSF é de uma relevância ímpar. No universo da assistência pré-natal, ele deve mostrar à população a importância do acompanhamento da gestação na promoção, prevenção e tratamento de distúrbios durante e após a gravidez bem como informá-la dos serviços que estão à sua disposição.

Diante de tudo que foi exposto podemos afirmar que, teoricamente, existe uma assistência de enfermagem humana destinada às parturientes e às puérperas, mas na prática, no dia a dia, onde as coisas realmente acontecem, muitas vezes percebemos que a realidade é um pouco diferente, muitas vezes por falha da equipe, em outras situações a própria comunidade não contribui de forma que se possa colocar em prática o que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Assim, este trabalho tem como objetivo maior conhecer a realidade de uma determinada unidade básica de saúde da família, que será citada mais a frente, e propor estratégias para tornar o serviço de pré-natal realizado nesta unidade mais eficiente, mais humano e com melhores resultados.

2 DESCRIÇÃO DA SITUAÇÃO ATUAL DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE DA FAMÍLIA CENTRO NO MUNICÍPIO DE TUTÓIA –MA.

A Unidade Básica de Saúde da Família-Centro (UBSF-Centro) localiza-se na Rua Capitão Demétrio s/n no bairro do centro na cidade de Tutóia-ma, no município nº2112506, segmento 01 e área 010. A mesma conta uma equipe composta por um agente administrativo, um médico, uma enfermeira, uma auxiliar de enfermagem, uma vacinadora (auxiliar de enfermagem), uma auxiliar de serviços gerais e 10 agentes comunitários de saúde. Neste centro de saúde desenvolve-se o programa destinado a assistência integral à saúde da mulher (PAISM), o qual está inserido a prevenção do colo uterino, assistência ao pré-natal, planejamento familiar, sem se esquecer da assistência à mulher no climatério, são desenvolvidos também o PAISC – programa de atenção integrada a saúde da criança (onde-se se realiza os serviços de puericultura, vacinação entre outros), o programa do leite, o programa de HA/DIA (hipertensão arterial e diabetes mellitus), o programa de vacinação onde são envolvidas crianças, adultos e idosos.

Os programas de tuberculose e hanseníase são desenvolvidos em um pólo destinados somente aos tratamentos destes, assim como a saúde bucal também trabalha de forma paralela a estratégia da saúde da família com sua sede própria. O programa de assistência ao pré-natal acontece de forma espontânea, todos os dias existem consultas destinadas a este, pois a comunidade não se enquadrou ao modelo que o ministério preconiza, onde se planeja os dias destinados a cada programa, lá independente do dia e da queixa sempre todos são atendidos. No total tem-se um universo de 40 gestantes, contando com as que fazem parte da área de abrangência do posto de saúde e daquelas que não fazem parte, as quais migram de povoados vizinhos, muitas vezes de outros municípios.

Rotineiramente as mulheres que estão com seu período menstrual atrasado passam por uma triagem para então serem encaminhadas para uma consulta com o médico, o qual pede um teste para gravidez, caso dê positivo o mesmo solicita os exames básicos e necessários, preconizados pelo ministério da saúde (Hemograma completo, sumário de urina tipo I, VDRL, grupo sanguínea e fator Rh,

glicemia em jejum, hepatite B, parasitológico de fezes, teste para HIV, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, citologia oncótica, caso a mulher apresente situação de isoimunização pede-se o teste de coombs indireto, solicita-se também uma ultrassonografia obstétrica de preferência que ela seja realizada no primeiro trimestre para a confirmação da data provável do parto), então após o médico analisar aos exames e concluir que se trata de uma cliente de baixo risco esta é encaminhada para o serviço de enfermagem para consultas mensais, se for percebido pelo mesmo que se trata de uma paciente de alto risco a mesma fará acompanhamentos mensais com o serviço médico e de enfermagem, caso esse teste para averiguar possível gravidez apresente resultado negativo ele é repetido com quinze dias, se então insistir com o mesmo resultado começa-se a investigar as possíveis causas para a presente amenorréia.

Com o encaminhamento da nova gestante para o serviço de enfermagem começam-se os primeiros passos para dá início ao pré-natal de baixo risco, conforme a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e do Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987, o qual regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 2000). Mas antes de entrarem para a consulta de enfermagem, as mesmas passam por uma sala de triagem onde são verificados sinais vitais (pressão arterial, temperatura, pulso), peso e estatura. Só então se inicia a consulta de enfermagem, onde são preenchidos o cartão pré-natal e a ficha perinatal, nos quais são registrados dados sobre a gestação atual tais como data da última menstruação, data provável do parto, peso, estatura, grau de escolaridade, estado civil, tempo gestacional, altura uterina, batimento cardíaco fetal (BCF), data de nascimento da gestante, identificação da paciente, antecedentes pessoais, antecedentes familiares, sexualidade, antecedentes ginecológicos, antecedentes obstétricos, dados sócios econômicos e culturais, é realizado um exame físico completo, as gestantes são orientadas sobre as necessidades nutricionais, esquema vacinal, náuseas, vômitos, tonturas, piroze, sialorréia (salivação excessiva), fraquezas, desmaios, dor abdominal, cólicas, flatulências, constipação intestinal, corrimentos, queixas urinárias, falta de ar e dificuldade para respirar, dor nas mamas, cuidados com as mesmas no decorrer da gestação, tipos de mamilos

e cuidados com os mesmos, dor lombar, cefaléia, varizes, estrias, câibras, cloasma gravídico, ganho de peso por mês e um dos pontos mais importantes a orientação sobre o aleitamento materno.

As consultas são agendadas para trinta dias após a data da consulta atual, é ressaltado para as gestantes a importância da volta das mesmas na data marcada mesmo que não se tenha nenhum exame para mostrar ou para receber. Quando a cliente chegar ao nono mês de gestação as consultas são agendadas semanalmente até a paciente entre em trabalho de parto e então seja encaminhada para o hospital.

Para realização das consultas conta-se com equipamento e instrumental mínimos, são eles: mesa e cadeiras (para entrevista), mesa de exame ginecológico, escada de dois degraus, foco de luz, balança para adultos (peso/altura), esfigmomanômetro (aparelho de pressão), estetoscópio clínico, estetoscópio de Pinard, fita métrica flexível e inelástica, espéculos, material para colheita de exame citológico, Sonar Doppler (se possível), Gestograma ou disco obstétrico.

A equipe da UBSF-Centro enfrenta alguns problemas para a realização do programa de assistência pré-natal, o primeiro de todos é o fator cultural, é muito difícil as gestantes aceitarem se submeterem ao exame papanicolau, com medo de um possível aborto, muitas só retornam ao serviço após dois ou três meses após a realização dos exames, é quando elas tem os resultados dos exames e voltam para mostrar, não adianta orientá-las sobre a importância das consultas mensais, que as consultas não se resumem somente a entregas de exames mas também a conversa, a interação enfermeira-paciente é muito importante, a orientação durante as consultas, mas de isso nada vale, pois são poucas as que cumprem as orientações. A demora para a realização desses exames e para obtenção desses resultados é em função da demanda ser muito grande, são muitas pacientes para um único laboratório da prefeitura, para um único médico que é responsável por fazer as ultrassonografias de todo o município, muitas ainda não acham importante o programa por isso não aderem a ele, mesmo que se faça um trabalho educativo sobre pontos de sumária importância a ser tratado no pré-natal, tais como: sexualidade, orientação higienico-dietética, desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, sinais e sintomas do parto, importância do

planejamento familiar, informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito, impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério, importância da participação do pai durante a gestação, importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança, aleitamento materno, preparo psicológico para as mulheres que têm contra-indicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave), importância das consultas puerperais, cuidados com o recém-nascido, importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio-ambiente); mesmo assim muitas se recusam a participar do programa.

Assim a equipe tem a cada dia um desafio novo, pois a cada paciente conquistada, a cada orientação que tem uma resposta positiva para os profissionais é uma vitória muito grande, pois são essas clientes que farão a propaganda do nosso sonho, todas gestantes da área de abrangência do posto de saúde com acompanhamento pré-natal durante e após a gravidez.

O quadro abaixo deixará mais claro as atividades que são destinadas ao serviço de pré-natal na competência de cada profissional de saúde que trabalha nesta UBSF que está sendo abordada:

Quadro 1 – Atividades que são realizadas na UBSF-Centro de acordo com a competência de cada profissional

MÉDICO	ENFERMEIRO	ACS	AUXILIAR DE ENFERMAGEM
Investigar a amenorréia;	Realizar consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco;	Realizar busca precoce das gestantes na comunidade;	Realizar triagem das mulheres que estão com seu período menstrual atrasado, encaminhando-as para uma consulta médica;

solicitar exames preconizados pelo ministério, após confirmação de resultado positivo,	Realizar orientações dietéticas (fracionamento, ingestão de proteínas, fibras, hipossódica, hipogordurosa).	Participar das ações educativas no posto e na comunidade;	Realizar triagem das mulheres que retornam com os testes de gravidez;
Encaminhar as gestantes para as consultas de enfermagem, após atestar que se trata de uma gestante de baixo risco.	Solicitar os exames de rotina no pré-natal;		Realizar triagem das mulheres para as consultas de enfermagem;
Repetir o teste após 15 dias, caso o resultado negativo.	Realizar diagnósticos de enfermagem/levantamento de problemas;		Verificar dos sinais vitais;
Investigar a amenorréia caso seja confirmado que não é gravidez;	Realizar diagnóstico nutricional;		Vacinar.
Acompanhar as gestantes de alto-risco.	Realizar exame físico geral e específico; histórico da cliente;		
	Preencher a ficha perinatal, cartão pré-natal;		

	Agendar as consultas com intervalo de 30 dias;		
	Realizar as visitas puerperal;		
	Realizar ações educativas na UBSF e na comunidade.		

3 OBJETIVO

Propor estratégia para aprimoramento do Programa de Assistência ao Pré Natal no município de Tutóia.

4 PROPOSTA DE APRIMORAMENTO

Partindo de uma reflexão sobre as práticas da equipe de que atua na UBSF-Centro mais especificamente no Programa de Assistência ao Pré-natal da rede pública de Tutóia, assim como da necessidade de reestruturá-las, de forma a qualificar a assistência e garantir a segurança e os direitos dos usuários e dos profissionais de saúde, torna-se necessário a elaboração de uma estratégia, que visa apoiar os profissionais e os pacientes frente às mudanças do modelo de atenção.

As principais mudanças dizem respeito à ampliação dos serviços de pré-natal oferecido à comunidade, a responsabilização dos sujeitos, a construção e participação coletiva de trabalhadores e usuários e a integralização das ações através do trabalho interdisciplinar. Logo, a equipe necessita rever e adequar suas práticas em busca destes objetivos.

O processo de discussão e construção desta estratégia foi norteado

pelas diretrizes ditadas pelo Ministério da Saúde no campo da assistência às parturientes e às puérperas sempre ligada a política de humanização também instituída pelo Ministério da Saúde.

Dessa forma, propomos a sistematização dos serviços de saúde ao longo do período da assistência ao pré-natal e durante a fase puerperal da mulher, trabalhando a importância das consultas mensais, a desmistificação que a necessidade de voltar a procurar o serviço de saúde é só para a entrega de exames, trabalhando ainda com conceitos ampliados de indivíduo, família, gestação, mudanças fisiológicas que acontecem com a gestante durante a gravidez, a importância dos exames solicitados ao longo das consultas, nutrição correta da gestante, esquema vacinal e sua importância, sinais de início do trabalho de parto, parto natural, pós-parto, buscando assim a integralidade na lógica da ampliação da assistência.

A assistência da equipe de saúde mais especificamente da enfermagem, nesta fase do ciclo vital, deve traduzir uma abordagem integral à gestante, com o objetivo de desenvolver ações voltadas à detecção precoce da gestação, bem como seu acompanhamento regular.

Por isso é importante lembrar que diante da nova estratégia proposta compete à enfermagem a investigação da amenorréia, após o resultado do exame, sendo positivo, a cliente é encaminhada para a consulta médica, na consulta sendo detectado pelo médico da equipe que se trata de um pré-natal de baixo risco, este pode ser acompanhado pela própria enfermeira do início ao fim, onde esta abrirá um cartão de gestante para a cliente, enfatizando sempre a importância deste durante as consultas e até mesmo na hora que as pacientes se encaminharem para o hospital em trabalho de parto, lembrar sempre de agendar o retorno com o intervalo de trinta dias. Caso dê negativo, o teste é repetido com 15 dias e se ainda assim continuar com o mesmo resultado esta paciente é encaminhada para o médico para uma investigação desta amenorréia.

Para que se possa traçar o perfil da gestante que está sendo assistida torna-se imprescindível a investigação de alguns pontos desta cliente, como nome, data de nascimento, grau de escolaridade, estado civil, raça, dados sócio-econômicos (condições de vida), antecedentes familiares e pessoais (agravos de saúde), antecedentes ginecológicos e obstétricos, data da última menstruação, informação

sobre a sexualidade, hábitos de vida (tabagismo, alcoolismo, drogas, exercícios físicos), uso contínuo de alguma medicação, profissão atual.

Outro ponto que não pode ser mais deixado de lado nem pela enfermagem e nem pelos colegas médicos é a realização de um exame físico completo logo na primeira consulta de pré-natal, é importante que se inicie com o peso em que ela se encontra naquele momento da consulta, para assim poder avaliar o estado nutricional da parturiente, a estatura também é de uma importância ímpar para completar este diagnóstico nutricional, a verificação dos sinais vitais (frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura e pressão arterial) para que assim se tenha uma visão mais ampla do estado hemodinâmico dessa paciente, inspeção das mucosas, exame do abdômen, pesquisa de edema, varizes ou outras lesões em membros inferiores, inspeção das mamas (aproveitando para orientar sobre os cuidados com as mesmas para quando o bebê nascer possa ser amamentado, ressaltar a importância do aleitamento exclusivo até os seis meses), implantar como rotina logo na primeira consulta a realização da citologia oncológica, aproveitando a oportunidade da presença da mesma no serviço de saúde e assim pode-se inspecionar paredes vaginais, conteúdo vaginal e colo uterino, já que quando são orientadas a voltarem para realizarem o exame estas não retornam as consultas com medo de se submeterem a este, em função de um fator cultural muito forte já citado anteriormente, solicitação dos exames de rotina já preconizados pelo ministério da saúde, realizar orientações nutricionais, sempre levando em conta o que se cultiva naquela comunidade, prescrição da suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico. No decorrer das consultas realizar a medição da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Caso tenha necessidade encaminhá-la para o serviço de saúde bucal oferecido pelo município. Encaminhá-las para os grupos de orientações à gestante.

Caso seja diagnosticado que se trata de um pré-natal de alto risco, o mesmo deve ser acompanhado do início ao fim pelo médico, que será responsável por todos os procedimentos realizados com esta cliente, a enfermagem neste momento entrará mais como um apoio, principalmente na questão da orientação necessárias para se ter uma gestação saudável. As consultas com os médicos também devem ser mensais e agendadas antecipadamente.

Se fará necessário a criação de um espaço coletivo para a realização de troca de trabalho (campo/núcleo), criação de vínculo (equipe de saúde/paciente),

para se realizar grupos educativos destinados a orientação à gestante, estas orientações podem ser realizadas a nível individual e/ou coletiva, grupos educativos também para a realização de treinamento dos profissionais que responde por esta unidade.

As puérperas também precisam continuar recebendo orientações sobre o novo membro da família e até mesmo sobre alimentação correta durante o aleitamento materno, sobre a higiene pessoal e do RN, os cuidados com o coto umbilical, a necessidade de fazer o teste do pezinho no recém-nascido, o cuidado com as quedas, a necessidade de se levar esta criança para fazer as consultas mensais de puericultura, o dia correto de estas puérperas retornarem ao posto de saúde para fazerem uma consulta médica (40 dias), orientações sobre planejamento familiar, faz-se necessário o agendamento desta consulta para uma semana após o parto.

Ao auxiliar de enfermagem fica designado a partir de agora não apenas a responsabilidade pela triagem dessas gestantes, mas também a vacinação antitetânica, controle de faltosas das vacinas e consultas, realização de visitas domiciliares para todas as gentes que precisarem de acompanhamento diário de pressão arterial, glicemia, entre outros cuidados, participará junto à equipe dos grupos de orientações à gestante. Esta será responsável também pelo acolhimento dessas mulheres, eles precisam entender a importância de recebê-las bem, de ouvi-las, buscar formas de compreendê-las e solidarizar-se com elas, este acolhimento não deve ser realizado apenas pelas auxiliares, mas por toda a equipe de saúde em toda relação entre profissional de saúde – cliente, que o auxiliar seja apenas o primeiro a fazê-la se sentir importante naquele serviço.

Aos agentes comunitários de saúde fica a competência de realizarem a busca ativa de gestante o mais precocemente, realizarem ainda a busca ativa das faltosas nas consultas e nas vacinas, cadastramentos das gestantes de acordo com o SIAB (Ficha Gestante), alterarem o cadastro das mesmas tanto na Ficha A quanto no sistema de alimentação da atenção básica (SIAB), acompanhar os registros feitos pelo médico ou pela enfermeira no cartão da gestante. Fará também a busca ativa e precoce das puérperas e RN, agendará o mais cedo possível a visita da enfermeira a esta família, participará também de grupos educativos destinados a orientação da importância do pré-natal.

O quadro abaixo deixará mais claro as atividades desenvolvidas atualmente no Posto, as ações preconizadas pelo Ministério da Saúde e as ações propostas pelas Pesquisadoras, esperando que as mesmas, implantadas, venham melhorar o atendimento e adesão das mulheres aos serviços que são oferecidos.

Quadro 2 - Atividades que são realizadas na UBSF-Centro de acordo com a competência de cada profissional, ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, ações propostas pelas Pesquisadoras.

Profissional	Atividades desenvolvidas no Posto atualmente	Ações preconizadas pelo Ministério da Saúde	Ações Propostas
Médico	Investigar a amenorréia;	Realizar consulta pré-natal, intercalando com a enfermeira;	Realizar a 1º consulta da gestante;
	solicitar os exames preconizados pelo ministério, caso o resultado seja positivo;	Solicitar exames e orienta tratamento conforme as normas técnicas operacionais;	Diagnosticar se trata de uma gravidez de baixo ou alto risco;
	Acompanhar das gestantes de alto-risco;	Orientar as gestantes quanto aos fatores de risco;	Acompanhar as gestantes de alto risco;
	Repetir o teste após 15 dias, caso o resultado seja negativo,	Identificar as gestantes de risco e as encaminha para	Investigar a amenorréia caso seja confirmado que não é

		unidade de referência;	gravidez;
	Investigar a amenorréia caso seja confirmado que não é gravidez;	Realizar coleta de exame citopatológico;	Participar das reuniões realizadas no grupo de gestante, com intuito educativo;
		Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;	Dispor de tempo para ouvir as dúvidas das gestantes ou familiares;
		Participar de grupos de gestantes e realizar visita domiciliar quanto for o caso;	Realizar junto com a equipe de enfermagem a visita puerperal;
		Atender às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência, quando necessário.	

Enfermeira	Realizar consulta de enfermagem no pré-natal de baixo risco;	Realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias;	Investigar a amenorréia, detecção mais precocemente das gestações;
	Realizar orientações dietéticas (fracionamento, ingestão de proteínas, fibras, hipossódica, hipogordurosa).	Realizar consulta pré-natal de gestação de baixo risco;	Confirmar a gravidez, e então Encaminhar a gestante para fazer a primeira consulta com o médico;
	Solicitar os exames de rotina no pré-natal;	Solicitar exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;	Repetir o exame após 15 dias, caso o Resultado seja negativo.
	Realizar diagnósticos de enfermagem/levantamento de problemas;	Encaminhar gestantes identificadas como de risco para o médico;	Encaminhar ao o médico para investigação da amenorréia caso o resultado seja negativo;
	Realizar diagnóstico nutricional;	Realizar visita domiciliar, quanto for o caso;	Realizar o acompanhamento regular, após diagnóstico de gestação de

			baixo risco,
	Realizar exame físico geral e específico; histórico da cliente;	Fornecer o cartão de gestante devidamente atualizado a cada consulta;	Colocar como rotina, logo na primeira consulta a realização do papanicolau;
	Preencher a ficha perinatal, cartão pré-natal; Agendar as consultas com intervalo de 30 dias;	Realizar exame citopatológico	Criar um espaço de uso coletivo para trabalhar os grupos de gestantes dentro do Posto de Saúde;
	Realizar ações educativas na UBSF e na comunidade;		Criar dentro do cronograma de atendimento, um dia ou algumas horas dentro do tempo de trabalho, que sejam destinadas somente para ouvir as gestantes individualmente;
	Realizar da consulta puerperal;		Participar da fase de acolhimento da gestante e de seus familiares;
			Reunir com o Gestor de Saúde e buscar criar o

			SIS-PRENATAL;
			Ir ao campo conhecer a realidades das gestantes, a fim de buscar melhoraria para a qualidade de vida das mesmas;
			Agendar o mais precocemente a visita puerperal;
			Informar os ACS sobre as gestantes que não estão comparecendo as consultas mensais e as vacinas;
Auxiliar de Enfermagem	Realizar triagem das mulheres que estão com seu período menstrual atrasado, encaminhando-as para uma consulta médica;	Realizar ações educativas para as mulheres e suas famílias; Verificam sinais vitais, altura, peso e anota os dados no cartão da gestante;	Realizar controle e busca ativa das faltosas a vacina antitetânica;

	Verificar dos sinais vitais;	Fornecer medicação, mediante receita médica, ou medicamentos padronizados para o programa;	Realizar visitas domiciliares;
	Vacinar;	Aplicar vacina antitetânica;	Participar do grupo educativo das gestantes;
		Participar das atividades educativas;	Participar da fase de acolhimento da gestante na UBSF-Centro;
ACS	Realizar busca precoce das gestantes na comunidade;	Desenvolver atividade educativa com as gestantes e seus familiares;	Realizar busca ativa das gestantes em até 90 dias de gestação;
	Participar das ações educativas no posto e na Comunidade.	Orientar sobre cuidados básicos de saúde e nutricionais,	Cadastrar e acompanhar das gestantes no SIAB;

		higiene e sanitários;	
		Encaminhar a gestante ao serviço de saúde;	Realizar busca ativa das faltosas nas consultas e nas vacinas;
		Informar o enfermeiro ou médico sempre que a gestante apresentar: febre, calafrios, entre outros;	Realizar busca ativa de RN e puérperas;
		Avisar a equipe à existência de alguma gestante adolescente ou família da mesma que não aceita a gravidez;	Agendar a visita puerperal com a equipe de enfermagem;
		Realizar a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas	

		subseqüentes;	
		Realizar visita no período puerperal;	
		Acompanhar o processo de aleitamento;	
		Orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.	

5 CONCLUSÃO

Diante do estudo realizado para elaboração da proposta de aprimoramento do Programa de Assistência ao Pré-Natal, a ser implementado na UBSF-Centro, pode-se chegar as seguintes conclusões, teve-se um conhecimento mais ampliado das atividades desenvolvidas pelo médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde na UBSF-Centro, diante disso foi possível fazer o diagnóstico situacional da Unidade de Saúde e então percebeu-se a importância de oferecer uma proposta de aprimoramento para o Programa de Assistência ao Pré-Natal.

Com o objetivo do estudo alcançado, espera-se que a proposta de aprimoramento seja de alguma forma contemplada pelo gestor do município e principalmente pela equipe que lá atua, pois nosso objetivo é seguir os princípios e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal que o Ministério preconiza que tem como características principais a qualidade e a humanização.

REFERÊNCIA

- SCHIRMER, Janine. **Assistência pré-natal**: Manual técnico. 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde – SPS, Ministério da Saúde, 2000. P.66.
- BARROS, Sônia Maria O; MARIAN, Heimar de Fátima Marin; ABRÃO, Ana Cristina F. V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica: guia para a prática assistencial**. São Paulo: Roca, 2002.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: Manual Técnico. Brasília: FEBRASGO, 2000, p.45.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual técnico**: pré-natal e puerpério, atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- GARCIA, Ester. **Marketing na Saúde: Humanismo e Lucratividade**. Goiânia: Editora AB, 2005.
- LOVISOLO, Elena; PEREIRA, Beatriz Helena de Assis; POZZOLI, Thereza Christina. **Dicionário da língua portuguesa**, Editora Universo, 1992.
- MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez**. Editora Saraiva, 14 ed. São Paulo, 1997.
- MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Política Estadual de Humanização da Atenção e da Gestão em Saúde / Secretaria de Estado da Saúde**. – São Luís: Secretaria de Estado de Saúde, 2005.
- MEZOMO, João C. **Hospital Humanizado**. Fortaleza: Editora Afiliada – Premium Editora, 2001.
- MORAES, Vardeli Alves de. Assistência pré-natal In: VIGGIANO, Mauricio Guilherme Campos. **Condutas em obstetrícia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1989. Cap.1.p.1-9.

- REZENDE, C. H. A.; MORELI, D.; REZENDE, I. M. Mortalidade materna em cidade de médio porte, Brasil, 1997. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: FAPESP, v. 34, n. 4, p. 323-328, 2000.
- SALGADO, C. R. S. **O Papel político da Enfermagem no PSF e o processo de reconstrução da cidadania**. Disponível em www.arxweb.com.br. Acesso em: 20 de julho de 2008.
- SILVA, Janize C. **Manual Obstétrico: Um Guia Prático para a Enfermagem**; São Paulo: Corpus, 2007.
- VICTORA, C. G. Intervenções para reduzir a mortalidade infantil pré-escolar materna no Brasil. **Rev. Bras. de Epidemiol.**, Campinas: ABEC, v.4, n.1, p.44-51, 2001.
- VILA, V. da S. C.; ROSSI, L. A. **O significado cultural do cuidado humanizado em unidade de terapia intensiva: “muito falado e pouco vivido”**. *Rev. Latino americana de Enfermagem*. v. 10, n.º 02, p. 137 – 144, 2002.