

**INSTITUTO FEDERAL DE EDUCAÇÃO, CIÊNCIA E
TECNOLOGIA DO SUL DE MINAS - CAMPUS MUZAMBINHO
- PÓLO DA REDE UNIDADE DE ENSINO CAPETINGA**

**BRUNA LUIZA PEDROSO DE SOUZA
MICHELLE APARECIDA DA SILVA**

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

**CAPETINGA-MG
2010**

**BRUNA LUIZA PEDROSO DE SOUZA
MICHELLE APARECIDA DA SILVA**

HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

Projeto apresentado ao Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas – Campus Muzambinho- Pólo da Rede Unidade de Ensino Capetinga para inscrição do trabalho de monografia sob a orientação da Prof.^a Laura Menezes Silveira.

**CAPETINGA-MG
2010**

FOLHA DE APROVAÇÃO

COMISSÃO EXAMINADORA

Capetinga, _____ de Julho de 2010.

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho aos nossos pais, que nos deram apoio para conseguirmos subir esse importante degrau do conhecimento, e por terem nos ajudado e acalmado nos momentos de angústia e estresse.

AGRADECIMENTOS

Agradecemos primeiramente a Deus por ter nos acalmado nos momentos de angústia e pedimos a ele que nos ilumine, para que os conhecimentos obtidos sejam empregados com sabedoria pra a transformação de um mundo melhor, e agradecemos também a nossa professora e orientadora Laura por sua paciência, carinho e compreensão em nos ajudar na realização deste trabalho.

“Não faça do amanhã o sinônimo de nunca, nem o ontem te seja o mesmo que nunca mais. Teus passos ficaram. Olhes para trás...mas vá em frente pois há muitos que precisam que chegues para poderem seguir-te”.

Charles Chaplin

RESUMO

A gravidez se dá desde o momento em que o óvulo é fecundado pelo espermatozóide. A partir disso, se inicia uma nova fase na vida da mulher, a gestação. Este período é marcado por profundas transformações, e estas por sua vez, acabam afetando tanto o corpo físico como o psicológico da mulher. Durante a gestação, é necessário que a gestante tenha um acompanhamento médico, o chamado pré-natal. O pré-natal é um conjunto de ações que antecedem o parto e continuam até o nascimento do bebê, com o intuito de atender às necessidades da gestante, promover saúde e prevenir intercorrências tanto para a mãe como para o feto, reduzindo assim, os riscos de ambos. Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a gestante e a família, devem ser orientados quanto à importância de se realizar o pré-natal. A gestante também deve ser informada sobre as consultas; os exames a que será submetida; os sintomas mais comuns na gravidez e as orientações para as queixas mais frequentes; sinais e sintomas do parto; incentivo para o aleitamento materno e medidas preventivas. Por tudo isso, acreditamos que adequar a assistência ao pré-natal às necessidades da gestante é fundamental para que esta seja esclarecida sobre os adventos da gravidez e os cuidados com seu bebê. O acolhimento é o aspecto essencial da política de humanização, que implica a recepção da mulher desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações e angústias. Sendo assim, é imprescindível destacar a importância da humanização no atendimento à gestante.

Palavras-Chave: Pré-Natal, humanização, gestante, enfermagem.

ABSTRACT

Pregnancy occurs from the moment the egg is fertilized by sperm. From there, they enter a new phase in the life of women, pregnancy. This period is marked by profound changes, and these in turn, end up affecting both the physical body as the woman's psychological. During pregnancy, it is necessary that the mother has a medical, so-called pre-natal care. Prenatal care is a set of actions that predate the birth and continue until the baby's birth, in order to meet the needs of pregnant women, promote health and prevent complications to both mother and the fetus, thus reducing the risks both. During the prenatal and postpartum care to pregnant women and families should be counseled about the importance of conducting pre-natal care. The patient must also be informed of the consultations, the tests will be submitted, the most common symptoms in pregnancy and guidelines for the most frequent complaints, signs and symptoms of labor, incentives for breastfeeding, and preventative measures. For all these reasons, we believe that adequate assistance to prenatal care needs of pregnant women is essential for this to be enlightened about the advent of pregnancy and caring for your baby. The host is the essential aspect of humanization, which involves the receipt of the woman since her arrival at the clinic, blaming himself for her, listening to their complaints, allowing it to express their concerns and anxieties. It is therefore essential to highlight the importance of humanizing the care to pregnant women.

Keywords: Prenatal, humanization, maternity, nursing.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	09
1 GRAVIDEZ	12
2 HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL	14
2.1 Programa de atenção ao pré-natal e política de humanização	14
2.2 Ações do Ministério da Saúde para melhoria no atendimento	17
2.3 Princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal	21
2.4 Importância da humanização da obstetrícia	22
3 PRÉ-NATAL	25
3.1 Importância	25
3.2 Acolhimento	26
3.3 Consultas	29
3.4 Registros no cartão da gestante	30
3.5 Exames	32
3.6 Transformações físico-psíquicas na gestação	33
3.7 Orientações às gestantes	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	40
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42

INTRODUÇÃO

Com o passar do tempo, diferentes significados foram atribuídos à gestação e ao parto. Muitos destes significados trazem aspectos contraditórios e antagônicos: alegria e dor, esperança e medo, renovação e morte. Estas vivências, essencialmente femininas, foram de diversas formas experimentadas ao longo de toda humanidade e inúmeros registros confirmam a importância da gestação como evento social mobilizador (SERRUYA, 2003).

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde. A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto. Convém ressaltar, que a melhoria da assistência à saúde da gestante, depende não apenas das ações do Ministério da Saúde (MS), mas também da atenção que cada profissional dedica à sua paciente (BRASIL, 2000).

A humanização no atendimento ao pré-natal está relacionada não apenas em receber a mulher na unidade de saúde, mas essencialmente no modo como esta é acolhida.

Um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito. Um ambiente humanizado para a mulher e o RN (recém-nascido) vai proporcionar a integração mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos que podem ocorrer durante a gestação. Um espaço humanizado para a família permite que ela possa receber as informações sobre os procedimentos realizados e as condições do estado de saúde da mãe e seu filho; permite dialogar, expressar e elaborar sentimentos (MINAS GERAIS, 2006).

Assim o MS diz que a atenção efetiva e o direito de acesso à saúde, podem contribuir para redução da mortalidade materna e neonatal, já que o diagnóstico precoce e o acompanhamento durante a gestação são de fundamental importância para a manutenção de uma gravidez saudável (BRASIL, 2006a).

Por isso o MS lançou o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em parceria com os estados, municípios e a sociedade civil. Esse processo foi considerado pela Organização das Nações Unidas (ONU) como uma experiência modelo para outros países em redução da mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2006a).

Diante do exposto anteriormente, observamos que nem sempre uma atenção aos moldes recomendado pelo MS ocorre. Percebemos que os serviços, muitas vezes, deixam a desejar em relação ao acolhimento, às informações à gestante, quanto às alterações psicofisiológicas e culturais que podem vir a ocorrer, ou mesmo quanto à abertura à escuta sobre necessidades da mulher nessa fase, para melhor planejar sua atenção (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

Assim, surgiu o nosso interesse em estudar a assistência prestada à gestante. Isto emergiu a partir de nossa trajetória acadêmica através das aulas práticas e estágios, em que observamos algumas estruturas de serviços e algumas questões começaram a nos incomodar no que se refere à assistência humanização no atendimento à gestante.

Portanto, temos a convicção de que estudos dessa natureza tornam-se relevantes, uma vez que possibilita a identificação de iniciativas de humanização no pré-natal, podendo permitir também uma re-elaboração do processo de trabalho, da qualidade da assistência oferecida, bem como a construção de uma proposta de intervenção (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

Uma atenção humanizada durante o pré-natal e puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, tudo isso depende de profissionais da área da saúde que compreendam a pessoa como um todo, não só corpo e mente, mas sim como o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; que esses profissionais estabeleçam novas formas para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na produção de saúde.

A humanização dos serviços de saúde implica em transformação do próprio modo como se interage o usuário do serviço. No processo de humanização do atendimento a enfermagem, diferentemente da perspectiva caritativa que aponta o trabalhador como possuidor de determinadas características previamente definidas e até idealizadas, é fundamental a sua participação como sujeito que, sendo também

humano, pode ser capaz de atitudes humanas e "desumanas" construídas nas relações com o outro no cotidiano. Nesse contexto, é fundamental não perder de vista a reflexão e o senso crítico que nos auxiliem no questionamento de nossas ações, no sentido de desenvolver a solidariedade e o compromisso.

1. GRAVIDEZ

A gravidez se inicia logo após a fecundação do óvulo pelo espermatozóide. Durante este período inicial, o corpo da gestante passa por várias transformações, incluindo alterações físicas, hormonais e psicológicas (WATSON, 2005).

A geração de uma vida dentro do útero é um processo fisiológico que ocorre com as fêmeas da classe de animais mamíferos. O período de [gestação](#) pode variar de uma espécie para outra, no caso do ser humano, assunto este a ser exposto aqui, a gravidez dura aproximadamente 40 semanas (WATSON, 2005).

Nesta fase, a menstruação é interrompida devido a alterações nos níveis de hormônio, o útero aumenta de tamanho progressivamente, as mamas crescem, uma vez que estão sendo preparadas para a amamentação (WATSON, 2005).

A gravidez é uma transição que requer uma reestruturação em vários aspectos, tais como, a definição do papel da mulher. Faz-se necessário ressaltar aqui que a gravidez não atinge apenas a mulher, o homem também passa por uma transição com conflitos na transposição do papel de marido/pai. Isto pode vir a desestruturar o relacionamento do casal, com grande importância no firmamento da gravidez, iniciando o vínculo pais-filhos, ou seja, o início para o equilíbrio familiar (ALONSO, et al.).

O diagnóstico de gravidez se baseia na história, no exame físico e nos testes laboratoriais. Se ocorrer amenorréia ou atraso menstrual, deve-se, antes de tudo, suspeitar da possibilidade de uma gravidez. Na prática, para as mulheres que procuram os serviços com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser realizada pelo profissional de saúde da unidade básica, através de um teste imunológico para gravidez (TIG). Sendo o resultado positivo, a gestante deve dar início ao pré-natal (BRASIL, 2006b).

As transformações no corpo da mulher começam antes mesmo que ela tenha consciência de que está grávida. Durante essa fase o feto e a mãe podem estabelecer uma relação de amor, que proporciona, geralmente, condições propícias ao crescimento e ao bem estar fetal. O momento da gestação, estende-se do período da fertilização, até o nascimento. Para o seu diagnóstico, considera-se o último fluxo menstrual e a mesma tem duração de cerca de 40 semanas (BRANDEN, 2000).

A gravidez, também conhecida como gestação, é uma fase na vida da mulher em que acontecem profundas transformações, que muitas vezes exigem adaptações na sua dinâmica e nas relações com o mundo externo (CARVALHO, 2002).

Brasil (2000a) afirma que essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente curiosidade de saber o que acontece no interior do seu corpo.

Carvalho (2002) ressalta que a mulher deve adaptar-se aos eventos da gravidez, sendo que eventos nocivos ocorrendo nesse período podem ter repercussões complexas com conseqüências tanto para a mãe, como para o filho.

A gestação traz inúmeras implicações à vida de uma mulher, transformações corporais, em termos de metabolismo e hormônios, provocam alterações no comportamento da gestante, exigindo reestruturação e reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos. Entre essas alterações encontram-se a mudança de identidade e reestruturação dos papéis desempenhados até então, levando a gestante a rever sua identidade como filha e suas capacidades para exercer a maternidade, trazendo à tona suas experiências, tanto positivas quanto conflituosas, relativas a própria mãe. Há a necessidade da criação de um espaço psicológico para o novo ser, juntamente com as adaptações e restrições implicadas pela situação de ter um filho, há em síntese a necessidade de um investimento, o que depende energia. O companheiro, quando presente, juntamente com as pessoas que convivem com a gestante, também passam por transformações advindas da gestação, como a mudança de identidade e a criação de um espaço psicológico para o bebê, além de lidar com os conflitos e oscilações próprias e da gestante. Porém quanto mais oportunidades a gestante e familiares tiverem de esclarecer suas dúvidas, falar sobre sua experiência e sentimentos, maior a possibilidade de uma adaptação saudável a essa importante etapa de sua vida (DUARTE; LOPES, 2008).

2. HUMANIZAÇÃO NO ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

2.1 Programas de atenção ao pré-natal e política de Humanização

A assistência prestada à mulher durante a gravidez foi por muitos anos, realizada com enfoque que buscava melhorar principalmente os indicadores da saúde infantil (SERRUYA, 2003).

A chamada assistência materno-infantil era representada apenas por consultas no pré-natal e a assistência hospitalar ao parto (SERRUYA, 2003).

No final da década de 70, os grupos de mulheres e os de saúde reivindicavam a ampliação da assistência à mulher a partir de um movimento maior, articulado com a proposta de reforma sanitária e a criação de um sistema único de saúde, público (SERRUYA, 2003).

O movimento sanitário exigia que o Estado reordenasse o sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. A partir da 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, e da promulgação da Constituinte, em 1988, o direito à saúde estaria garantido por lei e um sistema único de saúde deveria ser implantado de forma descentralizada e com instâncias de controle social (SERRUYA, 2003).

Foi neste momento, de intenso debate, que em 1983, o Ministério da Saúde lançou as bases programáticas do PAISM, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher que representa, até o momento, um paradigma na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1984).

A incorporação das atividades relacionadas à contracepção era, então, o ponto de maior discussão, os movimentos de mulheres postulavam direito à escolha autônoma e individual no número de filhos, não aceitando determinações que atendessem a qualquer política econômica ou demográfica (SERRUYA, 2003).

O Programa também deveria prever ações relacionadas à esterilidade, prevenção de câncer ginecológico, diagnóstico e tratamento das doenças

sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério. Duas questões deveriam ser transversais nestas ações: a da compreensão dos diferentes aspectos psicológicos e sociais relacionados a cada problema e a introdução de práticas educativas (BRASIL, 1984).

As bases filosóficas do Programa introduziam outros conceitos na atenção à saúde feminina, como a integralidade e a autonomia corporal, que deveriam ser estimuladas e discutidas nas ações educativas articuladas ao programa. A partir de critérios epidemiológicos, os serviços deveriam ser capacitados para incorporar estas questões e estabelecer novas práticas (BRASIL, 1984).

O programa também apontava para questões que ainda permanecem atuais como descentralização, hierarquização e regionalização da assistência, compreendendo que estes são fundamentos estruturais da atenção e indispensáveis na sua organização (BRASIL, 1984).

A questão da falta de vínculo entre a assistência pré-natal e a do parto leva as mulheres, em trabalho de parto, a uma peregrinação à procura de vagas nos hospitais, ferindo um aspecto fundamental dos direitos de cidadania. Além disso, um grande percentual de mortes maternas ocorre nas horas peri-parto, portanto, intervenções que garantam melhor assistência neste momento são indispensáveis. Neste panorama da situação obstétrica, a desumanização deste momento tão importante e, principalmente, o direito que toda mulher tem de garantia ao atendimento foram consideradas como questões emblemáticas a serem enfrentadas (SERRUYA, 2003).

Embora as causas para a manutenção deste quadro na assistência obstétrica sejam diversas, destacam-se a postura mercantilista dos serviços e a falta de compromisso profissional (SERRUYA, 2003).

Ampliando esta análise chegava-se, necessariamente, à avaliação do modelo assistencial vigente no país, que refletia um determinado conceitual de atenção. Em torno de um consenso, de que a assistência obstétrica precisava melhorar em todos os aspectos (acesso, acolhimento, qualidade, resolutividade), a questão de fundo era a discussão de uma atenção baseada em princípios tecnocráticos versus o paradigma da assistência humanizada (SERRUYA, 2003).

Estes questionamentos, relativos ao modelo praticado na assistência obstétrica, refletiam um debate sobre as práticas clínicas em geral, na qual o ponto de partida era a percepção que as “técnicas” empregadas obedeciam a uma lógica de valores sociais em que a “tecnologia” aparece como o ícone máximo na assistência. Com este pressuposto, a organização dos serviços e a interação entre profissionais de saúde e pacientes desenha-se com princípios mercadológicos e de produtos (SERRUYA, 2003).

Deste modo, a proposição da humanização é, acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano, e da óbvia necessidade de tratar este momento com práticas que, de fato, tenham evidências e permitam aumentar a segurança e o bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, sobretudo as suas escolhas (SERRUYA, 2003).

Esta movimentação a favor de uma nova prática obstétrica obteve importante reforço, político e técnico, quando, em 1996, a Organização Mundial da Saúde publicou um guia para a assistência ao parto normal, apresentando as recomendações, baseadas em evidências, sobre as práticas relacionadas ao parto normal. As recomendações objetivam garantir os direitos das mulheres e diminuir as intervenções desnecessárias, questionando procedimentos realizados sem nenhum critério científico, apenas por hábito ou rotina. Este guia para assistência ao parto normal foi bem recebido em todo mundo. Representou ainda a inspiração para a elaboração do respectivo manual técnico pelo Ministério da Saúde (SERRUYA, 2003).

Na literatura não existe um consenso em torno do conceito de “humanização”. Em 2001, na Conferência Internacional da Humanização do Nascimento, houve o anúncio das definições de “humanização” e “cuidado humanizado”, acordadas entre as diversas lideranças presentes que, amplas, objetivam contextualizar sob diferentes aspectos esta questão (SERRUYA, 2003).

Atualmente, a discussão sobre humanização e seus principais aspectos, como a autonomia e direitos, foi estabelecida em um grande conjunto de fora, dada sua profundidade e capilaridade. Entretanto, para as mulheres, trata-se de uma expropriação mais significativa, que tem marcado o conjunto das vivências

femininas, em que a assistência ao parto é simbolicamente o foco de maior medicalização e resistência (SERRUYA, 2003).

Também na assistência pré-natal ocorre uma expropriação da autonomia feminina e estão presentes todos os pilares do modelo tecnocrático: as mulheres são vistas como um objeto, fora de qualquer contexto, onde a “máquina” é examinada e não se estabelece nenhum vínculo entre profissional e mulher. As ações praticadas no pré-natal são da autoridade e responsabilidade dos profissionais de saúde que supervalorizam as atividades mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas, a hierarquia e padronização das rotinas (SERRUYA, 2003).

2.2 Ações do Ministério da Saúde para melhoria no Atendimento

Serruya, Cecatti e Lago (2003), afirmam que no Brasil a atenção à mulher durante a gestação, permanece como um desafio para a assistência na atenção básica de saúde, no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado.

Na década de 80, surgiu o PAISM (Programa de Atenção Integral de Saúde da Mulher), que tinha como objetivo o cuidado da mulher em todas as etapas da vida (BRIENZA, 2002).

Segundo Osis (1998), o PAISM foi lançado em um período de grande efervescência no Brasil, com grande participação de movimentos sociais e da sociedade civil, em busca do restabelecimento da democracia. Em consequência disso é possível observar que ele reuniu condições para se constituir em um evento socialmente relevante, um fato capaz de mobilizar muitos setores da sociedade para discuti-lo, aprovando-o ou não.

Dentre os objetivos específicos do PAISM, constavam a ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações do pré-natal, parto e puerpério. A assistência pré-natal era definida para ele como cuidados que asseguram a higidez do organismo da gestante e seu conceito reduzindo a morbi-mortalidade materna e perinatal. (BRIENZA, 2002).

Para Stephan-Souza (1995), o PAISM não cumpriu, de fato, a proposta de cobertura ampla a toda população, ressaltando que, esse propunha universalização com ações que deviam atingir toda a população; no entanto, as classes mais favorecidas e melhor informadas sobre os eventos da gravidez, recorriam basicamente aos serviços privados para suprir suas necessidades.

O mesmo autor, diz que a proposta de atenção se reduzia a experiências esparsas, localizadas e contrariavam suas intenções com relações às taxas de crescimento demográfico, representando uma política de corte social na área da saúde, que controlava reprodução humana. Além disso, a cobertura só era viabilizada por meio de demanda espontânea e não por demanda potencial, como deveria ser de sua responsabilidade.

Compartilhando opiniões semelhantes, Santana e Coelho (2005), ainda completam que o PAISM não estabeleceu compromisso político e social para sua implantação de fato. Ele simplesmente materializou uma crítica, ao modo como as dúvidas e os problemas da mulher vinham a ser tratados pelas políticas e serviços de saúde, que não se inscreviam numa perspectiva de emancipação.

Mesmo nos serviços que realizavam o conjunto de atividades como preconizadas pelo PAISM, havia questionamentos sobre a qualidade da assistência prestada e o impacto nos indicadores de resultados. Assim, apesar da assistência pré-natal ter estado sempre presente no contexto da ações praticadas pelo serviço de saúde, até aquele momento, permaneciam questões que, entre outras, deveriam ser discutidas (SERRUYA; CACATTI; LAGO, 2004).

Diante disso, o Ministério da Saúde lançou PHPN, instituído através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000, baseado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto (BRASIL, 2000b).

Segundo Campos (2006), o objetivo do PHPN era assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento ao pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério, às gestantes e ao recém-nascido (RN), na perspectiva dos direitos da cidadania.

Dentro da proposta desse programa, a humanização conforme o MS, pode ser dividida em dois aspectos fundamentais, relacionados à assistência ao pré-natal. Sendo que, o primeiro compreende em adotar uma postura ética e solidária por parte dos trabalhadores que atuam em uma unidade de saúde, e o outro, pressupõe

em promover medidas e procedimentos benéficos à mulher, evitando práticas intervencionistas desnecessárias (BRASIL, 2002).

No contexto da integralidade à saúde da mulher, a assistência ao pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso. As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal (BRASIL, 2000a).

Trevisan, et al. (2002), ressaltam que é extremamente importante que a unidade de saúde proporcione atividades educativas durante o pré-natal, orientando as gestantes quanto a amamentação, o parto, vacinação antitetânica, entre outros.

As atribuições não se restringem somente aos municípios, mas também cabe às Secretarias de Saúde dos estados, e do Distrito Federal desenvolver ações: de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e de recém-nascidos. (BRASIL, 2000b).

Os princípios e diretrizes no contexto do PHPN propõem que, toda gestante tenha direito ao acesso, ao atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério, ao acompanhamento pré-natal adequado, saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, assistência ao parto e ao puerpério e que esta, seja realizada de forma humanizada e segura incluindo ao recém-nascido. (BRASIL, 2000b).

De acordo com esses documentos são atribuições do MS: estabelecer mecanismos de controle, avaliação e acompanhamento do processo; assessorar os estados, municípios e o Distrito Federal na elaboração de seus respectivos PHPNs, na estruturação das Centrais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; estabelecer normas técnicas e critérios de elegibilidade para inclusão no programa; alocar recursos destinados ao cofinanciamento dos componentes integrantes do programa (BRASIL, 2000b).

São atribuições das Secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal: elaborar, em articulação com as respectivas Secretarias Municipais de Saúde e como condição indispensável à implantação do Programa Nacional, os Programas Estaduais de Humanização no Pré-natal e Nascimento, organizando seus sistemas

estaduais/ regionais de assistência obstétrica e neonatal, que contemplem ações voltadas para a atenção básica, o apoio laboratorial, a atenção ambulatorial especializada e a assistência hospitalar obstétrica e neonatal, explicitando as unidades de referência para o diagnóstico, a atenção ambulatorial à gestação de alto risco e a assistência ao parto de baixo e alto risco; coordenar e executar, em articulação com as Secretarias Municipais de Saúde, a programação física e financeira da assistência obstétrica e neonatal; estruturar e garantir o funcionamento das Centrais Estaduais de Regulação Obstétrica e Neonatal; assessorar os municípios na estruturação de suas respectivas Centrais Municipais de Regulação Obstétrica e Neonatal e na implantação dos sistemas móveis de atendimento; assessorar os municípios no processo de implementação do Programa e seus respectivos componentes, e no desenvolvimento de mecanismos destinados a seu controle, avaliação e acompanhamento, alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-mortalidade materna e neonatal no âmbito estadual; manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade, Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Procedimento de Alta Complexidade (SIPAC) (BRASIL, 2000b).

São competências/atribuições das Secretarias Municipais de Saúde: participar da elaboração do PHPN; estruturar e garantir o funcionamento da Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal, e do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar, naqueles municípios que cumprem os critérios de elegibilidade estabelecidos; garantir o atendimento pré-natal e do puerpério em seu próprio território e realizar o cadastro de suas gestantes; identificar laboratórios e garantir a realização dos exames básicos e o acesso aos exames de seguimento do pré-natal, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; estabelecer a referência para a assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional; alocar, complementarmente, recursos financeiros próprios para o desenvolvimento do Programa; monitorar o desempenho do respectivo programa e os resultados alcançados, mediante o acompanhamento de indicadores de morbi-

mortalidade materna e neonatal no âmbito municipal; manter atualizados os bancos de dados que estejam sob sua responsabilidade SIM, SINASC, SIPAC (BRASIL, 2000b).

Segundo Brasil (2006), o Sistema de Informação sobre Pré-Natal (SISPRENATAL), foi criado em 2001 para auxiliar no cadastramento das gestantes inseridas no PHPN, e é de extrema importância para o mesmo. Ele é um sistema informatizado desenvolvido e disponibilizado pelo DATASUS, para ser utilizado pelos municípios que aderirem ao PHPN.

2.3 Princípios Gerais e Diretrizes para a Atenção Obstétrica e Neonatal

Brasil (2006), ressalta que a atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas.

O MS ainda diz que estados e municípios necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contra-referência considerando os seguintes critérios:

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/ hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
 - Captação precoce de gestantes na comunidade;
 - Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
 - Garantia da realização dos exames complementares necessários;

- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidos que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- Garantia de acompanhante durante o trabalho de parto, no parto e pós-parto;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- Vinculação à Central de Regulação obstétrica e neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- Garantia de atendimento da intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção a mulher no puerpério e ao recém-nascido.

2.4 Importância da humanização da obstetrícia

A humanização da obstetrícia nada mais é que o resgate de práticas e valores um dia comuns na assistência à gestante, que foram sendo progressivamente esquecidos conforme a evolução do conhecimento científico e das tecnologias, e as mudanças no sistema de saúde (CARVALHO, 2007).

Em outras palavras, os processos de instrumentalização e medicalização da medicina, e de institucionalização do paciente que desviaram o foco da atenção, deixando de ser valorizados aspectos essenciais para uma relação saudável com o paciente (CARVALHO, 2007).

O que se pretende hoje, é retomar determinadas medidas que permitam à mulher vivenciar a experiência do parto como algo natural, como parte do ciclo vital feminino, com o mínimo de interferência, mas mantendo o ambiente seguro o suficiente para um nascimento saudável. Isso não envolve tecnologias avançadas, mas um trabalho durante todo o pré-natal, que permita à gestante chegar ao parto fazendo escolhas conscientes e bem informadas (CARVALHO, 2007).

Sendo essencial a participação de todos os profissionais e familiares capazes de confluir esforços para promover a confiança da mulher na sua capacidade de gestar, parir, amamentar e cuidar da criança. E é em prol dessa

interdisciplinaridade essencial que aliam-se aos médicos obstetras as obstetras (enfermeiras obstetras) e as doulas, personagens importantíssimas de uma equipe assistencial que vise a humanização do pré-natal e do parto. (CARVALHO, 2007).

Em síntese, humanizar o atendimento à gestante é promover a realização plena da mulher durante toda a gravidez, dando especial atenção aos aspectos físicos e emocionais, e fornecendo subsídios para decisões conscientes, num processo que, pela eliminação de tabus, culmina naturalmente com a opção pelo parto vaginal. (CARVALHO, 2007).

Brasil (2006), ressalta que ao receber a gestante pela primeira vez num ambulatório de pré-natal, quem a recebe ainda não sabe dos múltiplos significados daquela gestação. O contexto em que se deu essa gestação, a relação que a mulher e sua família estabelecerão com a criança, a sua capacidade de amamentar, os cuidados para com o recém-nascido, a higiene e principalmente o vínculo mãe-bebê, condição básica para o desenvolvimento saudável dos seres humanos.

O mesmo autor, ainda diz que uma atenção humanizada e qualificada durante o pré-natal e puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e, para sua humanização e qualificação, é muito importante que os profissionais de saúde compreendam a pessoa como um todo, não só corpo e mente, mas sim como o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; que esses profissionais estabeleçam novas formas para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvidas na construção de saúde (BRASIL, 2006).

No Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. Entretanto esse indicador apresenta diferenças regionais significativas: em 2003, o percentual de nascidos de mães que fizeram 7 ou mais consultas foi menor no norte e nordeste, independentemente da escolaridade da mãe (BRASIL, 2006).

Apesar da ampliação na cobertura, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil, e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo de ações preconizadas (BRASIL, 2006).

A principal estratégia do PHPN é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais: a convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido e o outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com freqüência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000a).

Outra questão crítica da atenção pré-natal é a chamada de “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas (BRASIL, 2006).

A atenção puerperal não está consolidada nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e vacinação do recém-nascido (BRASIL, 2006).

Diante dessa situação, está clara a necessidade de esforço coletivo, de setores governamentais e não-governamentais, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal em todo o País (BRASIL, 2006).

A atenção pré-natal e puerperal deve incluir ações de promoção e prevenção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que possam vir a ocorrer nesse período (BRASIL, 2006).

Na construção da qualidade do pré-natal segundo Brasil (2000b), está implícita a valorização de ações concretas, que atendam a esses objetivos voltados para uma forma mais humanizada de prestar assistência. O Ministério da saúde propõe que a atenção à gestante seja de caráter integral e abrangente, sobre sua família e o seu contexto social.

3. PRÉ-NATAL

3.1 Importância

O pré-natal é o nome dado ao acompanhamento dedicado à gestante. Ele pode ser conceituado como um conjunto de ações que antecedem o parto e continuam até o nascimento do bebê, com finalidade de atender a mulher, promover qualidade de vida saudável durante essa fase, prevenir intercorrências e, além disso, colocar à sua disposição, condições básicas para o saber em saúde (BRASIL, 2000a).

A gestação é marcada pela chegada de uma nova fase na vida e no corpo da mulher. As transformações físicas, emocionais, sociais, sexuais e afetivas podem gerar sensações de prazer, alegria, bem como, de medo, ansiedade, angústias e expectativas. Diante disso, é imprescindível destacar que adequar a assistência ao pré-natal às necessidades da gestante, é de extrema importância para esclarecer a mulher sobre os advenços da gravidez e os cuidados com seu bebê, visando diminuir desconfortos, sanar dúvidas, proporcionar segurança e oferecer uma assistência mais humanizada (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

O pré-natal pode desempenhar um papel fundamental em termos de prevenção, de esclarecimentos à mulher e de detecção precoce de irregularidades, desconfortos ou patologias, tanto maternas como fetais, permitindo um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante (BRASIL, 2006a).

Segundo Minas Gerais (2006), a captação para o pré-natal deve ocorrer o mais rápido possível, até o quarto mês de gestação, pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde.

Confirmada a gravidez, o enfermeiro ou o médico realiza o cadastro da gestante no PHPN, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento do SISPRENATAL (Sistema de Informação sobre Pré-Natal), fornecendo o número e anotando-o no Cartão da Gestante (MINAS GERAIS, 2006).

O número do SISPRENATAL deverá estar disponível para o hospital que realizará o parto, pois só através da informação deste número na Autorização de

Internação Hospitalar (AIH) do parto, é que o repasse do incentivo é efetivado (MATO GROSSO DO SUL, 2007).

A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto (MINAS GERAIS, 2006).

O profissional deve proceder a abertura do prontuário, preencher a ficha com a história clínica perinatal, além do Cartão da Gestante, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que este último é o meio de comunicação entre a gestante, equipe de saúde e profissionais da maternidade (MINAS GERAIS, 2006).

A equipe deve desenvolver atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê (MINAS GERAIS, 2006).

A equipe deve realizar visitas domiciliares, com o objetivo de monitorar a gestante, orientar os cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários (MINAS GERAIS, 2006).

3.2 Acolhimento

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. Considerar o outro como sujeito e não como objetivo passivo da nossa atenção é a base que sustenta o processo de humanização (BRASIL, 2006b).

Entende-se por humanização: a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde – usuários(as), trabalhadores(as), gestores(as); 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; identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção a gestão; compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2006b).

De acordo com o MS, o acolhimento é aspecto essencial da política de humanização que implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de

saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário.

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família (BRASIL, 2006b).

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento, bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança, desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano (BRASIL, 2006b).

É cada vez mais freqüente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais (BRASIL, 2006b).

É importante acolher o (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto. O benefício da presença do (a) acompanhante já foi comprovado. Vários estudos científicos, nacionais e internacionais, evidenciaram que as gestantes que tiveram a presença de acompanhantes se sentiram mais seguras e confiantes durante o parto. Foram reduzidos o uso de medicações para alívio da dor, a duração do trabalho de parto e o número de cesáreas. Além disso, alguns estudos sugerem a possibilidade de outros efeitos, como a redução dos casos de depressão pós-parto (BRASIL, 2006b).

A história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e do seu parceiro. São também parte dessa história fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal (BRASIL, 2006b).

Contando suas histórias, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos (BRASIL, 2006b).

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 da sua família – atores principais da gestação e do parto (BRASIL, 2006b).

Uma escuta aberta, sem julgamento nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis. Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho, seja para um homem, seja para uma mulher. Suscita solidariedade, apreensão (BRASIL, 2006b).

Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito dispõe-se a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e, por isso, exige grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências (BRASIL, 2006b).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), em atitudes como: os profissionais se apresentando, chamando os(as) usuários(as) pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outras atitudes (BRASIL, 2006b).

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário (a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Desse modo, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

3.3 Consultas

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 confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e parto (BRASIL, 2000a).

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico (BRASIL, 2006b).

De acordo com as orientações preconizadas pelo PHPN do Ministério da Saúde (MS), deve-se iniciar o acompanhamento pré-natal até o 4º mês de gravidez; devem ser realizadas no mínimo de 6 (seis) consultas até o final da gestação, (essas consultas devem ser divididas durante toda a gestação sendo o ideal, uma consulta no primeiro trimestre, duas no segundo, e três no terceiro trimestre); a mulher deve submeter-se aos exames considerados obrigatórios como: hemograma, tipagem sanguínea e determinação do fator Rh materno, exame comum de urina, VDRL, glicemia em jejum, testagem anti-HIV, teste de Coombs indireto. Também deve se realizar no exame obstétrico: medida do peso materno, verificação da pressão arterial, medição da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, toque vaginal e coleta de exames citopatológico de colo uterino. Dentre outras atividades o documento PHPN ainda aponta que há referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada, e consulta de puerpério (BRASIL, 2000b).

O MS ainda diz que no puerpério deve ser realizada uma consulta até o 10º dia após o parto, em que a mulher deve receber informações sobre: aleitamento materno, cuidados com o RN, preenchimento do cartão da criança, verificação do estado geral com o bebê, coleta de material para triagem neonatal (teste do pezinho), imunização contra BCG e hepatite B, verificar presença de icterícia e teste da orelhinha (BRASIL, 2006b).

A atenção à mulher e ao RN no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal. O incentivo para o retorno desses ao serviço de saúde deve

começar no pré-natal e estender-se até a maternidade. Dentre os principais objetivos das consultas de puerpério podemos destacar o de avaliar o estado de saúde da mulher e do RN; o de estimular e avaliar o retorno às condições pré-gravídicas; o de orientar sobre o aleitamento materno; o de estimular o planejamento familiar; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; avaliar interação entre mãe/bebê; indicar para vacinação; prescrever suplementação de ferro; registrar informações em prontuário; agendar próxima consulta de puerpério e complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal (BRASIL, 2006b).

Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser breve, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais (BRASIL, 2006b).

É conveniente lembrar que as consultas são importantes para a saúde da mãe e do bebê, pois, durante a realização das mesmas, é possível fazer orientações quanto ao aleitamento materno, mudanças físicas e emocionais na vida da mulher, encaminhá-la e monitorá-la para o exame de citopatologia, ultra-sonografia, para vacinação antitetânica, além de prevenir possíveis complicações ou patologias que podem surgir durante a gravidez, entre outros, ou mesmo interferir na saúde do futuro RN (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal. Para auxiliar nesse objetivo, deve-se observar a discriminação dos fatores de risco no Cartão de Pré-Natal, identificados pela cor amarela. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como sinal de alerta (BRASIL, 2006b).

3.4 Registros no Cartão da Gestante

O Cartão da Gestante constitui-se em um documento e deve conter todas as informações sobre o estado de saúde da gestante, o desenvolvimento de sua

gestação, os resultados dos exames realizados, bem como outras informações (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

Sobre o preenchimento do cartão, podemos destacar que os dados de anamnese podem nos oferecer informações sobre o passado, a família, as condições atuais (sociais, demográfica, psicológica). Assim, os dados da primeira consulta podem ser utilizados como referência para as demais situações (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

O registro do peso da gestante é de extrema importância, porque ele deve ser avaliado em todas as consultas e comparado com o peso anterior à gravidez, a partir destes resultados o trabalhador pode estimular a gestante para uma alimentação adequada, encaminhá-la ao nutricionista, se necessário; prescrever polivitamínicos e suplementos de ferro para uma dieta balanceada e reduzir a possibilidade de anemia. A pressão arterial deve ser verificada e anotada no cartão a fim de detectar riscos que podem interferir no bem estar da gestante e do feto precocemente (SILVEIRA, BARBOSA, 2007).

Podemos evidenciar ainda a importância de avaliar e anotar o crescimento uterino para se comparar à correlação entre crescimento fetal e a idade gestacional estimada. As determinações pelviométricas devem ser realizadas durante o primeiro exame físico e indicam se a gestante poderá ter um parto vaginal ou não. Geralmente a gestante deve ser submetida a um exame pélvico na primeira consulta e no mínimo mais uma vez, durante as últimas quatro semanas de gestação (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

Todos os dados referentes às consultas devem ser registrados no cartão, que deve ser preenchido pelo enfermeiro e/ou médico. O cartão é também um meio de comunicação sobre as condições da gestante e do feto, entre diferentes trabalhadores e diferentes equipes de saúde (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

Nas consultas subseqüentes além dos registros como na primeira consulta, são essenciais os registros de pressão arterial para avaliar o risco de eclampsia ou pré-eclâmpsia; dos batimentos cardíacos fetais para confirmação em todas as consultas da constatação de presença, ritmo, freqüência e a normalidade dos batimentos, que são considerados normais de 120 a 160 batimentos por minuto;

registro da altura uterina em gráfico como proposto pelo Centro Latino Americano de Perinatologia, para correlacionar essa medida com o número de semanas de gestação; a avaliação da apresentação fetal e da pelve para estimar o tipo de parto; administração de ferro; vacinação antitetânica, exames e ações educativas, ou seja, intercâmbio de experiências dos profissionais da saúde e gestantes que é uma ótima maneira de compreender o processo de gestação (BRASIL, 2006b).

3.5 Exames

Os registros de dados do exame clínico nos possibilitam identificar anormalidades na mulher, como infecções, patologias, deficiências/carências nutricionais. Já o exame obstétrico permite identificar o desenvolvimento normal da gestação e monitorar assim, as mudanças físicas na gestante. O registro da idade gestacional na primeira consulta deve ser considerada para definir a data provável de parto e ela é calculada de acordo com a data da última menstruação (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

Os exames avaliam se há anemia, leucometria, identificam risco de doença hemolítica isoimune, detecta anticorpos para o vírus da AIDS, triagem para sífilis, que pode causar anomalias congênitas caso seja transmitida ao feto, infecção urinária e função renal. Além dos exames dos exames laboratoriais a gestante deve realizar o exame de papanicolau para detecção de câncer cervical de útero pré-invasivo e invasivo e de ultra-sonografia para confirmação da idade gestacional, bem como da integridade da placenta, volume de líquido amniótico, tamanho, atividade e a posição do feto (BRANDEN, 2000).

Vale lembrar que conforme, Minas Gerais (2003), a vacinação é realizada para prevenção contra tétano, para a gestante e o RN e é ainda fornecida gratuitamente pelo SUS. Portanto, torna-se de suma importância a realização desta prática pelas gestantes.

Acredita-se que um fator que pode contribuir para o aumento desta prática, seja a intensificação de medidas pela equipe, para que oriente as futuras mães sobre a importância da vacina; horário de funcionamento da sala de vacina; realização de busca ativa das gestantes faltosas; identificação fatores dificultadores

de acesso e juntamente com a equipe, elaborar medidas para melhoria da assistência (SILVEIRA; BARBOSA, 2007).

3.6 Transformações físico-psíquicas na gestação

Conforme Zanchet (2001), durante a gestação muitas mudanças ocorrem no organismo da mulher, entre elas:

- O útero é localizado verticalmente exigindo grande sustentação e deslocando o centro de gravidade da mulher, o que resulta em uma rotação pélvica e uma progressiva lordose lombar. Como a barriga vai crescendo, a estabilidade acontece através de uma exigência maior da musculatura e ligamentos da coluna vertebral, tendendo a postura da mulher à frente e forçando-a a direcionar o glúteo para trás, o que ocasiona dores na região lombar. O aumento da barriga também dificulta a respiração, passando a gestante a respirar mais no peito do que no abdômen. O quadril aumenta seu tamanho para ampliar o espaço para abrigar o bebê e a gestante para andar tende a voltar os pés para fora.

- O estômago tem o eixo vertical alterado para horizontal, tornando o processo digestivo alterado e mantendo por mais tempo a presença de enzimas digestivas. Durante a gravidez, o estômago desloca-se para cima e para trás, para poder dar espaço para o bebê; isso ocasiona bastante mal-estar às gestantes, e para que sintam algum alívio devem comer pouco e várias vezes ao dia, além de evitar alimentos ácidos, fortes e condimentados, que possam dificultar ou tornar a digestão mais demorada.

- As glândulas mamárias têm seu volume aumentado, ocasionando uma maior solicitação dos músculos dorsais e peitorais, além de uma flexão anterior da coluna cervical aumentada. Com os seios aumentados pela presença do leite, além de mudanças na postura, existe um desconforto em manter as mesmas posições por muito tempo.

- O metabolismo basal também se altera: a frequência cardíaca fica mais elevada (70 a 80 bpm) quando comparada a uma mulher não grávida e deve receber especial atenção, como não exceder 140 bpm. Há uma maior aquisição de gordura, mas que dependerá dos hábitos alimentares maternos.

- Os rins, localizados próximo ao diafragma, curvam-se para frente durante a inspiração e voltam ao normal durante a expiração. Esses movimentos estimulam a eliminação da urina. Esses órgãos sofrem profundas modificações, de modo que essa eliminação fica alterada. Se a urina não for totalmente eliminada, podem ocorrer os edemas (inchaços) que tanto incomodam a mulher.
- O consumo de oxigênio aumenta com a gravidez, pois agora o bebê também está consumindo ar e a respiração da gestante fica mais alterada. O débito cardíaco também aumenta devido a uma parte estar sendo dirigida a tecidos não musculares, desta maneira há constantes mudanças nos batimentos cardíacos.
- A circulação é alterada pelo aumento do volume uterino e por estar sendo mais solicitada para alimentação e necessidades básicas do bebê.
- Algumas modificações ocorrem no sistema endócrino, aumentando a produção de resíduos, a intolerância ao calor e a instabilidade emocional.
- Há um aumento do volume sangüíneo e do volume plasmático, fazendo com que as gestantes tenham as mãos e rosto com coloração modificada em função dessa mudança circulatória.
- Em cada célula do organismo acontece um acúmulo de líquidos, sais minerais e muitas outras substâncias. Aumento de líquido ocorre no tecido e os vasos sangüíneos e linfáticos também têm uma considerável alteração de volume. A musculatura, impregnada de líquido, tem seus ligamentos e tendões afrouxados, os quais se tornam incapazes de funcionar como sustentadores. Todos os movimentos devem ser cuidadosos, pois existe um risco maior de lesões nas articulações.
- Os tecidos cartilagosos e ósseos sofrem também modificações, principalmente na cartilagem da sínfise púbica, nas articulações sacro-ilíacas e nos discos intervertebrais, que recebem carga aumentada durante todo o processo de gestação. Os ossos estão bem mais frágeis e seus ligamentos mais frouxos, por isso, não se deve trabalhar com carga exagerada nos exercícios, para não aumentar os riscos de lesões.
- Um fato muito importante é que a temperatura corporal materna está relacionada diretamente com a temperatura de feto e pode ser alterada durante as atividades físicas. Em função disso, o profissional deve ter cuidado não só com a

temperatura da água e do ambiente, mas também com o tipo de atividade executada nos dias mais quentes.

- O estado psicológico da mãe também sofre instabilidades durante a gestação e, em alguns casos, após o parto. Desde que se saiba que está grávida até por volta do terceiro mês de gravidez, a mulher passa a apresentar sentimentos que vão a aceitação ou rejeição do bebê; capacidade ou não de levar a gravidez à frente; dúvidas; aumento da necessidade de atenção e carinho: repressão e identificação com o feto; oscilações de humor como esforço de adaptação à nova realidade; desejos e vontades; acentuada languidez e fadiga; intumescimento dos mamilos e micção mais freqüente; além do aumento do apetite. Inclusive as náuseas e vômitos podem ter origem psicológica.

- Dos 4 aos 6 meses, há uma estabilidade emocional, principalmente por haver uma participação mais ativa do marido e em função de serem percebidos os primeiros movimentos fetais. Podem aparecer alterações na sexualidade, como diminuição da libido (alterações morfológicas, rejeição ao marido, proteção ao feto e fatores culturais) ou aumento da libido (congestão pélvica, necessidade de maior proximidade do parceiro e necessidade de firmar-se sexualmente como a mesma mulher de antes). O medo da irreversibilidade é constante, além da introversão e passividade.

- Dos 7 meses em diante, com a proximidade do parto, mudanças na rotina provocam sentimentos de ambivalência, tais como ter o filho logo ou prolongar a gravidez, medo da própria morte ou a do bebê, ter leite em pouca quantidade ou não tê-lo, alterações no tamanho da vagina, tê-lo mal formado ou doente; fantasias e sonhos completados por informações alarmistas e a falta de apoio psicológico atuam no processo emocional da dor. Aparecem os sentimentos de ciúme ou rivalidade na relação com o marido, preferência pelo sexo feminino ou masculino. A ansiedade é aliviada com o planejamento e preparação para o parto e a participação do marido tem um papel importantíssimo.

Conforme Falcone, et al. (2005), o período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manter ou recuperar o bem-estar, e prevenir dificuldades futuras para o filho. A intensidade das alterações psicológicas dependerá de fatores familiares, conjugais, sociais, culturais e da personalidade da gestante.

Estudos recentes referem que a tensão da gestante estimula a produção de determinados hormônios que atravessam a barreira placentária atingindo o organismo do feto em desenvolvimento. Desse modo, alteram a própria composição placentária e do ambiente fetal. (FALCONE et al., 2005).

É sabido que prejuízos na saúde mental da gestante podem também alterar a relação mãe-feto e futuramente o desenvolvimento da criança, que inicialmente pode se expressar no recém-nascido em forma de choro, irritabilidade ou apatia e futuramente provocar distúrbios afetivos na idade adulta (FALCONE et al., 2005).

Para Falcone, et al. (2005), a gravidez pode ser um fator gerador de ansiedade a mais, tornando a mulher mais vulnerável ao desenvolvimento das perturbações emocionais.

Dentre os problemas relacionados à gravidez, há grande ocorrência de distúrbios de humor, psicóticos ou não. Pesquisas indicam que os transtornos psiquiátricos ocorridos durante a gravidez, parto e puerpério não constituem uma entidade homogênea. (FALCONE et al., 2005).

Esses transtornos incluem desde quadros transitórios benignos até situações graves que podem culminar em prejuízos irreparáveis para a gestante, o feto e às vezes, até ao companheiro. Atualmente, a exemplo da maioria dos problemas de saúde, eles devem ser compreendidos dentro de uma abordagem multifatorial (FALCONE et al., 2005).

O método psicoprofilático com o uso do processo educativo para gestantes, além de oferecer informações, causa alívio, em relação ao aspecto emocional, pois atua como uma orientação antecipada. Essa técnica é utilizada na intervenção de crises, com o objetivo de preparar a pessoa para enfrentar uma crise previsível, de maneira mais saudável, por meio do domínio cognitivo da situação e do fortalecimento dos mecanismos adaptativos do ego. As pessoas que conseguem expressar abertamente seus sentimentos negativos parecem ter melhores condições de elaboração mental dos mesmos (FALCONE et al., 2005).

Segundo Falcone, et al. (2005), os grupos de gestantes formados para orientação devem prever momentos para que a gestante possa expor sem receio seus sentimentos e medos no grupo, ou numa interação individual com os

profissionais. As gestantes que tomam consciência de sua rejeição à gravidez, passam a tomar maiores cuidados, seja isso decorrente da compreensão adquirida ou da maior atenção e interesse dispensado pela família e equipe de saúde, a partir do momento em que ela verbaliza sua rejeição. Ressalta-se, mais uma vez, que a mulher, durante a gestação, está vulnerável, exposta a múltiplas exigências, vivenciando um período de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social e propensa a sentimentos de culpa e ambivalência em relação à criança.

A disponibilidade para ouvir a gestante com uma postura de acolhimento, é o requisito mais importante para a ação preventiva. Por meio da interação, o profissional pode detectar variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico. (FALCONE et al., 2005).

Falcone et al. (2005), relatam ainda, que alguns momentos de relaxamento equivalem a horas de sono, gerando disposição e ânimo. Essa reposição de energias alivia as tensões diárias, ansiedades e a irritabilidade. As pessoas, em estado de relaxamento físico, ficam conseqüentemente abertas para o relaxamento mental. A gestante, quanto mais se concentra em si mesma e nos seus processos internos, supera mais facilmente suas ansiedades e entra em sintonia com o bebê. A mãe que transmite para o bebê seu amor alimenta a sua auto-estima, faz com que ele se sinta merecedor de ser amado e possa amar intensamente. O relaxamento e a massagem ajudam a gestante a superar as suas ansiedades ou minimizá-las, para que consiga encontrar o melhor caminho para viver a gestação com mais equilíbrio e ter um parto tranqüilo.

O cuidado à gestante também, por meio de música, auxilia a descobrir suas transformações, pode amenizar a angústia, o medo e ansiedade gerados diante do período gestacional e momento do parto. Os recém-nascidos acalmam-se quando escutam os batimentos cardíacos da mãe ou músicas que costumavam ouvir quando estavam no ventre materno. Cantar para o filho, desde a época da gestação é, portanto, um modo importante de estabelecer contato, assim como movimentos de embalar, contato com a água morna, massagens suaves no corpo do bebê também evocam lembranças agradáveis do ambiente pré-natal e promovem um

grande bem-estar. Experiências agradáveis ficam registradas no psiquismo do feto (FALCONE et al., 2005).

Um bom vínculo mãe-feto constitui a melhor proteção contra os perigos do mundo exterior e seus efeitos não são limitados ao período intra-uterino. Essa ligação determina o futuro da relação mãe-filho, importante para a diminuição dos índices de morbi-mortalidade materno-fetal e o desenvolvimento da criança. (FALCONE et al., 2005).

Durante a gestação, propõe-se intervenção mais humana e harmônica entre os profissionais e as gestantes. Deve-se propiciar à família, um assistir voltado para os sentimentos, percepções e vivências que inconscientemente interferem na manutenção da saúde mental materna. (FALCONE et al., 2005).

O atendimento pré-natal de gestantes realizado por equipe multiprofissional, conjugando esforços e conhecimentos de diferentes profissionais, revelou-se excelente oportunidade para, prevenir, detectar e tratar transtornos afetivos das gestantes e, conseqüentemente, de seus filhos. (FALCONE et al., 2005).

3.7 Orientações às gestantes

Segundo Brasil (2006b), durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre a importância do pré-natal; os cuidados de higiene; a realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto; nutrição, promovendo uma alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes); desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medos e fantasias referentes à gestação e ao parto; atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids ; sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais freqüentes; sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, cefaléia, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço); sinais e sintomas do parto; orientações

e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos; orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar; preparo para o parto: planejamento de parto considerando local, transporte, recursos necessários para a mulher e para o recém-nascido, apoio familiar e social; preenchimento do plano de parto: documento em que a gestante registra seus desejos e expectativas quanto à vivência do parto. Ele compõe a cartilha da gestante e deverá ser entregue na maternidade, no momento da internação para o parto.

Os profissionais devem incentivar as gestantes a preencherem o plano de parto e auxiliá-las nas dúvidas que apresentarem. O grupo de gestantes é uma excelente oportunidade para os profissionais realizarem estas orientações, mas caso a gestante não frequente o grupo, deverá ser orientada individualmente. Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada; cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde; saúde mental e violência doméstica e sexual; benefícios legais a que a mulher tem direito; impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério; importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança; o direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005; gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares; importância das consultas puerperais; cuidados com o recém-nascido; importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido; importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente) (BRASIL, 2006b).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Atualmente vêm sendo discutidos meios que garantam a melhoria da assistência nas diversas áreas do nível primário do sistema de saúde, como promoção e prevenção da saúde da mulher, do homem, do idoso, da criança, hipertensos, diabéticos, entre outros, já que este nível encontra-se mais acessível à população.

Neste estudo aprofundamos sobre as ações de saúde na assistência ao pré-natal e a humanização, sendo que esta última, é de extrema importância. O atendimento humanizado reflete na obtenção de uma gestação saudável com devido esclarecimento da gestante, acompanhamento do desenvolvimento fetal, além de contribuir para a satisfação da mulher para com o atendimento que ela recebeu dos profissionais de saúde. Tudo isso reflete na eficiência do serviço e na resolutividade da assistência pré-natal, resultando em redução da mortalidade e melhor participação materna no processo gestacional.

A equipe de enfermagem desenvolve papel importante na assistência ao pré-natal, devendo o profissional que presta esse cuidado estabelecer medidas que devem ser tomadas para que o mesmo atenda as necessidades da gestante de maneira mais humanizada, ou seja, dedicar-se a escutá-la, oferecer-lhe apoio, manter uma relação de confiança e ajudá-la a conduzir a experiência da maternidade com mais autonomia e ao mesmo tempo oferecendo conforto e segurança tanto a ela como ao bebê. Quando o profissional não está preparado ou mesmo estimulado para realização dessas práticas a assistência fica comprometida em qualidade levando a não satisfação das gestantes com o cuidado recebido.

Compreendemos a importância do pré-natal em termos de prevenção e detecção precoce de intercorrências, desconfortos ou patologias, tanto maternas como fetais, garantindo assim, um desenvolvimento saudável do bebê e reduzindo os riscos da gestante.

Entretanto, acreditamos que a equipe de saúde deve ser preparada para exercer ainda outras ações como de divulgação do pré-natal, identificação de

prioridades, de busca das pacientes faltosas e, principalmente, de interação entre profissionais dos diferentes níveis de complexidade dos serviços de saúde.

Acreditamos também, que a complementaridade, autonomia e o conhecimento de cada profissional fazem com que a qualidade da atenção à gestante tenha melhores resultados. Estes distintos aspectos devem ser articulados com cautela, pois, requerem tempo e continuidade das ações.

Percebemos que o enfermeiro e os trabalhadores devem motivar sua equipe para o trabalho, destacando os benefícios de uma assistência qualificada, que construa a humanização do atendimento, a responsabilização e o vínculo dos profissionais com os usuários e as famílias.

Os trabalhadores da saúde devem, continuamente, ter treinamento e informação, para que se conscientizem sobre o seu papel e possa desenvolver uma promoção da assistência à gestante efetiva.

Por tudo isso, concluímos sobre a extrema importância que a humanização exerce no atendimento ao pré-natal.

REFERÊNCIAS

ALONSO, Glaucia de Lima; LOPES, Natália Aparecida; ANDRADE, Telma G.C.S.; PAES, João Tadeu Ribeiro. **Humanização no pré-natal e repercussões sobre o parto e puerpério**. 7p.[s/d]. Trabalho de Conclusão de Curso - Disponível em: <Universidade Estadual Paulista-Campus Assis>. Acesso em: 20 maio 2010.

BARBOSA, Fernanda Gonçalves; SILVEIRA, Laura Menezes. **Análise da assistência prestada à gestante em uma unidade de saúde mista do município de Passos-MG**. 2007. 67 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Faculdade de Enfermagem de Passos, Universidade do Estado de Minas Gerais, Passos, MG, 2007.

BRANDEN, P. S. **Enfermagem materno infantil**. 2. ed. São Paulo: Reishman e Afonso Editores, 2000. 523. p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Ações que priorizam a saúde da mulher**. 2006a. Disponível em: < http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=23981>. Acesso em: 14 abril 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **PAISM. Programa de assistência integral à saúde da mulher**. Centro de Documentação do Ministério da Saúde, Brasília, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b, 160 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 2, n. 1, jan/abril, 2002. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1519-38292002000100011&script=sci_arttext >. Acesso em: 17 abril 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-Infantil. **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - Assistência pré-natal**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a, 95 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Instituição do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Portaria nº 569, 1º junho de 2000b. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 20 abril 2010.

BRIENZA, A. M.; CLAPIS, M. J. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do Município de Ribeirão Preto**: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres. 2002. 100. f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

CAMPOS, J. E. B. **Significado laboratorial dos baixos títulos de VDRL para sífilis em gestantes, a luz das provas treponêmicas**. 2006. 78. f. Tese (Doutorado em Saúde da Mulher e da Criança) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

CARVALHO, G. M. Fatores de risco na gestação. **Enfermagem e Obstetrícia**. São Paulo: Pedagógica e Universitária, 2002, 150 p.

CARVALHO, Bruno Ramalho. **Humanização do atendimento à gestante**. 2007. Disponível em: <<http://www.via6.com/topico.php?tid=103321Autor>>. Acesso em: 10 abril 2010.

DUARTE, Ruiara Cintra.; LOPES, Clea Maria Ballão. **Apoio psicológico a gestantes e seus acompanhantes**. Universidade Estadual do Centro-Oeste – UNICENTRO. 2008. Disponível em: <<http://www.unicentro.br/proec/publicacoes/salao2008/artigos/CI%C3%A9a%20Maria%20Ball%C3%A3o.pdf>>. Acesso em: 11 maio 2010.

FALCONE, V. M; et al. **Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes**. Revista de Saúde Pública. v. 39, 2005, p. 612 - 618. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v39n4/25534.pdf>>. Acesso em: 23 abril 2010.

MATO GROSSO DO SUL. **Sisprenatal**. Disponível em: <<http://www.saude.ms.gov.br/index.php?>

templat=vis&site=116&id_comp=916&id_reg=3548&voltar=lista&site_reg=116&id_comp_orig=916>. Acesso em: 27 maio 2010.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. Belo Horizonte: SES/MG, 2003.

MINAS GERAIS. Secretaria do Estado de Saúde de Minas Gerais. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. Belo Horizonte: SES/MG, 2006.

MINAS GERAIS, Secretaria Municipal de Saúde. **Assistência ao Pré-Natal: Protocolo de Atenção à Saúde da Mulher 2008**. Prefeitura de BH, SUS, 2008.

OSIS, M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1998000500011&lng=es&nrm=isso>. Acesso em: 25 abril 2010.

SANTANA, T. C. F.; COELHO, T. C. B. Planejamento familiar e integralidade de um Sistema Municipal de Saúde. **Revista Baiana de Saúde Pública**, Salvador, v 29, n. 2, p. 214-225, jul./dez. 2005.

SERRUYA, Suzanne Jacob. **A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. Campinas, SP: [s.n.], 2003. Tese de doutorado - UNICAMP

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-Natal do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./ out., 2004.

STEPHAN-SOUZA, A. I. Relendo a Política de Contracepção: O olhar de um profissional sobre o cotidiano das unidades públicas de Saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, p. 208-224, jul. /set. 1995.

TREVISAN, M. R.; et al. Perfil da Assistência Pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetria**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 293-299, Jun., 2002.

WATSON, Stephanie. **Gravidez: como tudo funciona**. 2005. Disponível em: <<http://saude.hsw.uol.com.br/gravidez.htm>>. Acesso em: 13 abril 2010.

ZANCHET, C.I.K. **Respostas maternas a atividade física na gestação**. Anais Universidade do Oeste do Paraná. Cascavel: Edunioste, 2001, p.187.