

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
FACULDADE DE MEDICINA / NESCON
ESCOLA DE ENFERMAGEM

**DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO
AO PRÉ NATAL**

CARLOS ANTÔNIO DOS SANTOS

CONTAGEM – MG

2010

CARLOS ANTÔNIO DOS SANTOS

DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO DO PRÉ NATAL

Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Saúde da Família (NESCON/UFMG) como requisito parcial para obtenção do título de Especialista em Saúde da Família.

Orientador: Prof. Horácio Pereira de Faria

CONTAGEM – MG

2010

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, que é a razão de tudo.

À minha família que souberam entender a minha ausência em alguns momentos preciosos.

Aos professores, pelos ensinamentos.

Ao meu orientador Horácio Pereira de Faria pela valiosa orientação deste trabalho.

Meus sinceros agradecimentos a todos.

“A construção social do novo sistema é um processo de maturação lenta, pois envolve mudanças políticas, culturais e cognitivo-tecnológicas, referindo-se por uma concepção positiva da saúde como qualidade de vida, produção social da saúde e vigilância sanitária”

(Mendes, E.V.).

RESUMO

A assistência pré-natal compreende todas as medidas recomendadas durante a gestação, visando à estruturação hígida do conceito e a manutenção e/ou a melhora das condições de saúde psíquica e física da grávida. A assistência pré-natal é fundamental para o preparo da maternidade. Não deve ser encarada como simples assistência médica e sim, como um trabalho de prevenção de intercorrências clínico-obstétrica e assistência emocional. 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. 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. O propósito do trabalho é descrever a importância do pré-natal para as gestantes e a sua percepção sobre o mesmo.

Palavras-chave: Pré-Natal. Gestante. Enfermagem.

ABSTRACT

The pre-natal check-up is fundamental to the motherhood pregnancy, to the structuring hígida of concepto and maintenance and / or improvement of the conditions of mental and physical health of the pregnant. The prenatal care It is fundamental to the preparation of motherhood. It should not be seen as mere medical assistance, but as a work of preventing clinical events - obstetrical care and emotional. The main goal of prenatal care is hosting a woman from the beginning of their pregnancy-period of physical and emotional changes, which each gestante experience so different. These transformations can generate fears, doubts, anxieties, fantasies or simply the curious to know what happens inside of her body. The prenatal care becomes an opportunity to discuss and clarify issues that are unique to each woman and her partner, appearing for an individual, even for those who have had other children. The purpose work is to describe the importance of prenatal for pregnant and their perception about the same.

Keywords: Nursing. Pre-natal. Pregnancy.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVO GERAL	10
3	OBJETIVOS ESPECIFICOS	11
4	METODOLOGIA	11
5	DESENVOLVIMENTO	12
6	CONCLUSÃO	33
7	REFERÊNCIAS	36

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade materna no Brasil é um grande problema de saúde pública e ainda atinge índices alarmantes e exige novas estratégias para sua resolução principalmente das equipes multiprofissionais da Atenção Básica à Saúde, porta de entrada no Sistema de Atenção a Saúde.

É importante considerar que, durante o ciclo gravídico-puerperal, a mulher está mais sensível e vulnerável às transformações ocorridas na gravidez, requisitando assim uma assistência de qualidade, integral e humana. Entretanto, o que se vê é uma assistência pouco qualificada, fragmentada ou até mesmo a completa falta de assistência.

Diante dos avanços tecnológicos e científicos, é inadmissível, que em dias atuais, um processo fisiológico que deveria trazer somente benefícios para a mulher e a criança, enfim, para a família como um todo, como o é a reprodução humana, ela resulte em perdas. Há de se considerar que a morte de uma mulher/mãe, eixo familiar, desestrutura toda a família, deixando assim filhos sem referência e núcleos familiares desajustados.

Essas tecnologias simplificadas incluem principalmente as normas de atenção materno-infantil, que serão diferentes de acordo com cada gestante. O controle de pré-natal de gestante de risco habitual é diferente do controle da gestante de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas e tipo de profissional que presta assistência.

Este tipo de estratégia de atendimento está embasado no conceito de enfoque de risco, onde os recursos disponíveis serão designados de maneira adequada de modo que os que mais necessitam recebem uma maior atenção, ou seja, proporcional ao risco.

Muitos fatores têm contribuído para a não adesão ao pré-natal, entre eles o a desqualificação dos profissionais de assistência como também a instituição prestadora dos serviços de saúde, que quando não preparadas para prestar assistência, quer por deficiência técnica ou numérica de profissionais que acabam impondo à mulher e ao concepto um risco a mais de dano à saúde, que pode culminar com a morte da mãe, do filho ou de ambos.

Sendo assim, muitas das complicações que podem acometer a mulher durante a gravidez já estão instaladas e quando esta inicia o acompanhamento pré-natal, na maioria das vezes, fica difícil ou impossível tratá-la por não haver mais tempo hábil, ou por problemas estruturais.

Embora a gravidez seja um evento biologicamente normal, é um período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma única e distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu ventre. É, sobretudo, um acontecimento especial na vida de uma mulher e de sua família e como tal, exige algumas adaptações para a promoção de sua saúde e do concepto. Os profissionais devem encarar essa ocasião como ótima oportunidade para a manutenção preventiva da saúde e para a educação da gestante.

Estas intervenções devem ser realizadas durante a assistência pré-natal, que se constitui numa série de contatos, entrevistas ou visitas programadas à mulher com integrantes da equipe de saúde e tem como objetivo acolher a mulher desde o início de sua gravidez. O acolhimento significa a busca da compreensão, do significado que cada gestante atribui à sua própria gestação. As ações dos profissionais de saúde durante este momento devem ser realizadas com qualidade e é um passo significativo na humanização do nascimento e do parto, eventos fundadores da sociedade humana.

O acompanhamento de pré-natal do ponto de vista do profissional é um procedimento simples, que lhe permite se dedicar aos questionamentos realizados pela gestante. Do ponto de

vista da gestante pode não sê-lo uma vez que as questões simples e elementares para o profissional podem se constituir em problema para as gestantes. Sendo assim, tais questões devem ser respondidas de maneira clara, segura e direta, a fim de que possa proporcionar a confiança e o apoio de que necessitam neste momento para conduzir a gestação de forma tranqüila e proporcionar bem estar a todos, principalmente à gestante, transformando a unidade de saúde em um local acolhedor onde a gestante tenha acesso ampliado e humanizado juntamente com a família.

2 OBJETIVO GERAL

Definir diretrizes para a organização da Atenção ao Pré-Natal pela Equipe de Atenção Básica à Saúde.

3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivo Específico 1: Revisão da Literatura referente a Atenção Humanizada ao Pré Natal .

Objetivo Específico 2: Definir diretrizes para a organização e humanização do acolhimento à gestante e sua família na unidade de Atenção Básica de Saúde.

- Buscar a concordância e a adesão de toda a equipe.
- Esclarecimento e aceitação da comunidade.
- Apoio do gestor local.
- Capacitação da equipe.
- Organização do espaço e equipamentos disponíveis.
- Efetivação do sistema de referência e contra referência.

4 METODOLOGIA

Revisão das publicações mais recentes em língua Portuguesa e nas bases de dados do Ministério da Saúde, DATASUS, BIREME, livros didáticos e livros texto, utilizando os Seguintes descritores: Gestante, Pré Natal, Acolhimento, Humanização.

Neste trabalho foram utilizadas pesquisas bibliográficas através de livros e artigos, e documentais que permitiram amplo acesso aos jornais, revistas e outros materiais impressos.

“A pesquisa bibliográfica abrange toda a bibliografia já tornada pública em relação ao tema de estudo, desde publicações avulsas, boletins, jornais, revistas, livros, pesquisas, monografias, teses, dissertações, Internet. A sua finalidade é colocar o pesquisador em contato direto com tudo o que foi dito, escrito ou filmado sobre determinado assunto.” (LAKATOS, 2000).

As fontes exploradas para a coleta de dados foram bibliografias de diversos autores renomados que trabalharam o tema aqui proposto e possuem obras relacionadas a ele.

Para orientação da pesquisa foram reunidos todos os materiais que mapearam a investigação a respeito do tema.

5 DESENVOLVIMENTO

5.1 REVISÃO DA LITERATURA

A gestação é considerada um processo normal da fisiologia feminina, contudo é um momento especial na vida da mulher. A gravidez é um período de repentinas mudanças físicas, emocionais, sociais, econômicas e familiares que cada mulher vivencia de forma diferente. Quando uma mulher engravida, ela não o faz só; é uma situação compartilhada com toda família e com o grupo social ao qual pertence. Nesse espaço se identifica a cultura, pois é por meio dela que a gestante determina suas necessidades, suas crenças, seu modo de vida, enfim, sua história de vida.

A gestação é um ato biológico, mas é, também, um evento social, que afeta as relações entre o grupo familiar e imprime valores e significados que variam em cada grupo; é uma etapa da vida da mulher fortemente influenciada pelos hábitos da família. A gestante traz consigo toda uma identidade de relações sociais cultivadas em seu meio familiar, essa normalmente passada de mãe para filha e que já definem o seu modo de ser. Ainda, recebe influência do meio onde vive, aumentando, assim, sua bagagem de costumes e atitudes relacionadas à gravidez.

Klaus, Kennell e Klaus (2000) reforçam essa idéia ao afirmar que as experiências passadas de um pai e de uma mãe para a criança são determinantes na modelação dos papéis

de cuidadores. Relatam que, muito antes de uma mulher vir a ser mãe, ela já aprendeu um repertório de comportamentos de cuidados maternos pela forma como era cuidada por sua mãe e pela sua vivência. Inferem ainda os autores que, em todas as culturas, a forma como os pais são educados, incluindo tanto a prática da cultura quanto as peculiaridades das experiências de educar seus filhos feitos por seus pais, influencia muito sua conduta em relação ao seu bebê, significando que cada geração se beneficia com os cuidados recebidos da geração anterior.

Segundo Victora, Knauth e Hassen (2000), a reprodução também aciona todo um conjunto de saberes referentes à própria formação da criança e às influências que esta sofre do meio externo; assim, cada sociedade estabelece um conjunto de regras para o tratamento da gestante, tanto em termos do que ela deve ou não comer e fazer como dos cuidados que as pessoas que a cercam devem observar. As autoras (p. 16) referem que "a reprodução é um domínio privilegiado para a visualização desta conjunção de concepções biológicas e sociais acionadas pela cultura, visto que ela implica não apenas a continuidade da espécie, mas também da própria sociedade".

Para Helman (1994), é importante observar que, em todas as sociedades humanas, a gravidez e o nascimento significam mais que simples eventos biológicos; são integrantes também da transição do *status* social de "mulher" para o de "mãe". Continua argumentando que os antropólogos relatam diferenças evidentes nas percepções sobre concepção, gravidez e parto entre grupos culturais distintos, e é a cultura que informa os membros de uma sociedade sobre as condições apropriadas para a procriação e a gestação.

As práticas relacionadas à gravidez incluem mitos, crenças, hábitos, que permeiam a alimentação, higiene, atividade sexual, cuidados com o bebê e com a mãe durante o atendimento pré-natal. Embora, aparentemente, a gestação possa ser entendida como um processo biológico simples e natural do ciclo de vida da mulher, um aspecto bastante

relevante para ser abordado diz respeito aos valores que, historicamente, influenciam o comportamento das mulheres durante a gestação.

Relata Zampieri (2001, p. 15):

“Gestação e a fecundação do ser humano, desde os primeiros tempos, eram envolvidas por mistérios. *Tabus*. Preconceitos e rituais, que buscavam explicar o incompreensível, o não visto. A causa geradora do ser humano, bem como o seu desenvolvimento. Os mitos em relação à gravidez eram e continuam sendo incontáveis, remontando aos tempos mais antigos, alterando-se de acordo com cada cultura e momento histórico.”

Zampieri (2001) ainda comenta que, na Antiguidade, a gravidez era extremamente valorizada em razão de sua finalidade, a perpetuação da espécie, tanto que em algumas culturas as mulheres grávidas eram colocadas acima da humanidade vulgar, por terem sido escolhidas por Deus para dar continuidade à vida humana.

Said (2005) registra que a gestação afeta todos os membros de uma família, o que leva a um processo de adaptação familiar que ocorre em um ambiente cultural influenciado por tendências sociais.

Maldonado (2002), discorrendo sobre o contexto cultural da família, afirma que esta difere em suas culturas e etnias. Assim, para prestar atendimento culturalmente competente, a enfermeira deve ter conhecimento das crenças e das práticas culturais importantes para as famílias, considerando-as como únicas. Ressalta ainda que a enfermeira deva considerar os produtos da cultura, incluindo a comunicação, o espaço, o tempo e os papéis familiares ao trabalhar com famílias na gravidez.

Para Leininger (1995), cultura é compreender e compartilhar valores, crenças, regras, de comportamento ou estilos de vida que são valorizados e passados de geração em geração; a cultura reflete valores, idéias e significados compartilhados que ensinam e guiam o comportamento humano, suas decisões e ações.

Para a autora, a cultura inclui conhecimentos e práticas influenciados por fatores

como a visão de mundo, a linguagem, a religião, o parentesco, a etno-história, além de fatores políticos, educacionais, tecnológicos e o contexto do meio ambiente no qual ocorre, essa pode ser uma influência poderosa no comportamento das pessoas porque é um conjunto de práticas que perduram através do tempo.

O cuidado da mulher durante a gravidez e o preparo para o parto envolvem um conjunto de medidas e atividades aos quais os profissionais da saúde denominam de pré-natal. Embora os padrões de resposta à gravidez sejam facilmente reconhecidos, a gestante entra no sistema de atendimento pré-natal com preocupações e necessidades individuais.

Saunders (2002) esclarece que há muitas variações culturais no cuidado pré-natal. Assim, algumas práticas podem conflitar com as crenças e com as práticas de um grupo cultural ao qual a gestante pertença; por essa razão, bem como por outras, como a falta de dinheiro, de transporte e a má comunicação com os profissionais de saúde, as mulheres não participam do cuidado pré-natal. Para a autora, outro aspecto é que, para alguns grupos culturais, o médico é considerado um profissional indicado nas ocasiões de doença e a gestação é vista como um processo normal; por isso, o serviço de um médico durante a gestação seria inapropriado porque essa etapa é tida como normal na vida das mulheres.

Zampieri (2001) comenta que o pré-natal é o momento primordial para dar suporte à mulher, conduzir sua gravidez através da troca de experiências e conhecimentos, facilitando essa vivência.

É importante, sobretudo, reforçar que a gestação é uma experiência familiar; portanto, para oferecer um atendimento mais global, é necessário pensar em termos de uma família grávida. O cuidado durante a gestação implica um acompanhamento minucioso que extrapola as questões biológicas. É um momento importante para interagir e fortalecer a mulher na condução da gravidez, o parto e o pós-parto; entretanto, os profissionais precisam entender que cada mulher tem uma história de vida e uma personalidade própria.

Williams (2002) reforça a premissa de que a enfermeira deve conhecer cada mulher individualmente e validar as suas crenças culturais; deve apoiar e sustentar as crenças que promovem adaptação física ou emocional à gravidez. Entretanto, se determinadas crenças forem prejudiciais, a enfermeira deve discuti-las com a mulher e usá-las no processo de reeducação e de modificação.

O Ministério da Saúde, através da Secretaria de Políticas de Saúde (BRASIL, 2001), tem reconhecido e enfatizado a importância de reorientar o modelo de assistência à mulher instituindo algumas diretrizes no sentido de propiciar a cada uma o direito de cidadania, recebendo uma assistência humanizada e de boa qualidade.

Segundo as diretrizes da Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, período esse considerado de mudanças físicas e emocionais que cada gestante vivencia de forma distinta. O próprio Ministério da Saúde preconiza que a consulta de pré-natal envolve procedimentos simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante. Continua orientando que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos serviços e pelos profissionais de saúde, o que será essencial para a redução dos elevados índices de mortalidade materna e neonatal que ocorrem no Brasil.

A atual política de saúde da mulher do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.7) preconiza que "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". A abordagem preconizada pelo ministério é fundamental ao se pensar num trabalho com mulher grávida, pois o período pré-natal envolve modificações físicas e ajustamentos emocionais complexos nas relações da gestante, as quais afetam não apenas a mulher e o feto, mas também a família e outras pessoas em seu contexto.

Todos necessitam se adaptar aos eventos de preparação do feto para a vida extra-uterina. O cuidado com a saúde para a gestante deve considerar também o estilo de vida, as crenças pessoais adotadas por ela e sua família.

Silva (2002) realizou uma pesquisa etnográfica em um ambulatório de assistência pré-natal para compreender como o pessoal da equipe de saúde se relaciona com a gestante na assistência pré-natal. Alerta que a cultura do cliente e a 'comunicação são fatores que a equipe de saúde deve valorizar em sua atuação profissional. E acrescenta:

“No caso das gestantes, deve-se atentar para aspectos culturais envolvidos com o fenômeno da gestação e precisa-se estar consciente de que há necessidade de suporte a incertezas e dúvidas que permeiam o período gestacional. Devem-se fazer observações, quanto à estrutura emocional e valores morais da gestante, fundamentadas nas condições de vida e no ambiente social em que ela convive.” (p.14).

A enfermagem é caracterizada como uma profissão do cuidado, cuja prática está presente em todos os momentos da vida, no cotidiano das pessoas; dessa forma, tem buscado apoio na cultura para um melhor entendimento de suas ações de cuidado.

Waldow (1995) enfatiza a necessidade e a importância de se estudar o processo e o fenômeno de cuidar/cuidado na cultura brasileira, pois considera que suas particularidades e a realidade da prática profissional no Brasil merecem ser exploradas para o avanço da profissão de forma independente e original. Para a autora, o cuidado humano está embutido em valores, os quais, independentemente do enfoque, priorizam a paz, a liberdade o respeito e o amor.

Na enfermagem brasileira, algumas pesquisadoras têm utilizado referenciais da cultura para a busca da compreensão das questões de saúde, entre as quais Gualda (1993), que, em sua tese de doutorado, realizou um estudo para conhecer o cuidado, as crenças, os valores e o significado atribuído à experiência do parto, na perspectiva de um grupo de mulheres faveladas.

Em seus estudos sobre a Enfermagem, Leininger (1995) refere que o cuidado é uma necessidade humana essencial e que precisa ser explicado por uma perspectiva transcultural.

Para a autora, a cultura seria o elemento que faltava que não era reconhecido, estudado ou desenhado na enfermagem.

Leininger defende que a enfermagem está relacionada ao cuidado profissional e é disciplina que conduz as enfermeiras a descobrirem e proverem cuidados oriundos do conhecimento e de experiência dos clientes. Assim, define enfermagem desta maneira:

“Uma profissão humanística e científica, e uma disciplina focalizada no fenômeno de cuidado humano e atividades de cuidados aptas a assistirem, ampararem, facilitarem, ou capacitarem indivíduos ou grupos a manterem ou recuperarem sua saúde ou bem-estar com maneiras culturalmente significativas e benéficas, ou ajudar indivíduos a visualizarem as possibilidades ou a morte.” (1995, p.59).

Leininger (1995) identificou diferenças nas formas das pessoas se expressarem e se comportarem em relação ao cuidar/cuidado, as quais pareciam estar ligadas a padrões culturais. Dessa forma, utilizou alguns conceitos para fundamentar sua teoria:

- a) *Cuidado humano*: refere-se a um fenômeno específico caracterizado pela assistência, suporte ou capacitação a outro ser humano ou grupo, para alcançar uma das metas desejadas, ou tentar ajudar certas necessidades humanas. Contudo; a atividade de cuidar está focalizada nas ações que provêm serviços a outros seres humanos;
- b) *Cuidado cultural*: são os valores, as crenças e os modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos de forma subjetiva e objetiva, que assistem, apóiam, facilitam ou capacitam outros indivíduos ou grupos a manter o seu bem-estar, assim como melhorar as suas capacidades e o modo de vida para enfrentar a doença, as incapacidades ou a morte;
- c) *Cuidado cultural específico*: refere-se aos modos particularizados ou adequados de cuidado que são identificados de um indivíduo ou grupo de uma cultura particular, de modo que planeje e implemente cuidados que sejam adequados às necessidades específicas do paciente e ao seu modo de vida;

- d) *Cuidado cultural generalizado*: referem-se às práticas comuns de cuidados profissionais de enfermagem, seus princípios e práticas que são úteis a muitos pacientes como necessidades de cuidados humanos comuns ou gerais;
- e) *Cuidado de enfermagem culturalmente congruente*: refere-se àqueles auxílios. Suportes, facilitações ou capacitações dos atos ou decisões baseados cognitivamente, que são, na maioria, feitos sob medida para se adequarem a valores culturais de um indivíduo, de um grupo ou de uma instituição, as suas crenças e costumes, de maneira que propiciem cuidados significativos, benéficos e satisfatórios que levem à saúde e bem-estar;
- f) *Valor cultural*: refere-se às poderosas forças diretivas internas e externas que dão significado e se direcionam ao pensamento de um grupo individual: identificam maneiras desejáveis de ação e de conhecimento; são, comumente, mantidos por longos períodos de tempo e servem para orientar a tomada de decisão dos membros da cultura;
- g) *Contexto cultural*: refere-se à totalidade de significados compartilhados e experiências de vida em um meio particular, social, cultural e físico, que influencia as atitudes, pensamentos e padrões de comportamento. O contexto cultural está intimamente relacionado com os valores, estrutura social e fatores de desenvolvimento visualizados dentro da totalidade da situação ou cenários ecológicos;
- h) *Visão de mundo*: é a forma pela qual as pessoas vêem o mundo ou o universo e formam um valor sobre ele;
- i) *Dimensões culturais e de estrutura social*: são padrões e aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura, que incluem os valores religiosos, políticos, econômicos, educacionais,

tecnológicos e culturais e os fatores etno-históricos; estes podem estar inter-relacionados e funcionar para influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais;

- j) *Cuidado genérico*: refere-se a uma postura aprendida e transmitida culturalmente, tradicional, ou cuidados familiares e práticas utilizadas para dar assistência, sustentação, capacitação e atos facilitadores para ou por outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou previstas de melhorar ou facilitar uma condição humana de saúde, incapacidade, modo de vida, ou visualização de morte;
- k) *Cuidado profissional*: refere-se ao conhecimento de cuidado formal, aprendido cognitivamente, e às práticas obtidas através de instituições educacionais que se espera que provenham assistência, suporte, capacitação ou atos que facilitem as condições para ou por indivíduos ou grupo, de modo a melhorar uma condição humana, incapacidade, modo de vida ou a trabalhar com pacientes no leito da morte;
- l) *Universalidade do cuidado cultural*: são significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos daqueles cuidados com uma predominância, que são comuns e se manifestam em várias culturas, referindo maneiras de ajudar as pessoas nos atos de assistir, apoiar, facilitar ou capacitá-las;
- m) *Diversidade do cuidado cultural*: são as variações e diferenças nos significados, padrões, modos de vida, suporte, facilitação ou capacitações na prática do cuidado ao ser humano.

Leininger (1995) tem como pressuposto que o cuidado é um fenômeno universal e que suas formas de manifestação variam dentre os diferentes grupos na relação tempo-espço. Dessa forma, propõe três modalidades para guiar as decisões e ações de enfermagem visando proporcionar um cuidado mais coerente com o seu cotidiano:

- a) *Preservação/manutenção do cuidado cultural*: apresentam-se quando as ações ou decisões profissionais de assistência, apoio, facilitadoras ou de capacitação ajudam as pessoas de uma determinada cultura a manter e/ou preservar valores culturais relevantes acerca do cuidado, desde que possam manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou enfrentar incapacidades ou a morte;
- b) *Acomodação / negociação do cuidado cultural*: são as ações e decisões profissionais criativas assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras que ajudam as pessoas de uma determinada cultura a adaptar-se ou a negociar com outras um resultado de saúde benéfico ou satisfatório com profissionais provedores de cuidado;
- c) *Repadronização/reestruturação do cuidado cultural*: refere-se às ações e decisões profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, que ajudam o cliente a reorganizar, trocar ou modificar grandemente sua forma de vida para um padrão de atendimento de saúde novo, enquanto são respeitados os valores culturais e as crenças do cliente; ainda, proporcionam um modo de vida benéfico e mais saudável do que o anterior às mudanças serem compartilhadas com o cliente.

É nessa fase do processo de cuidar que a enfermeira alcança o seu objetivo, entendido como um cuidado compartilhado, uma co-participação entre enfermeira e cliente no alcance da saúde e do bem-estar.

5.1.1 A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL

Além do caráter humano, o lado preventivo da assistência pré-natal é também fundamental. Em sua primeira consulta a gestante deverá ser submetida a exame físico geral e

especial, além do ginecológico. A história da paciente deve ser obtida com cuidado, com o objetivo de identificar possíveis fatores de risco para o desenvolvimento de patologias predispostas pelo estado gestacional, mas que podem ser mais ou menos frequentes, dependendo da carga genética da mulher, de seus antecedentes em gestações pregressas, além da existência ou não de uma patologia de base que possa ser exacerbada ou, eventualmente, atenuada pelo estado gravídico.

Acima de toda a retaguarda tecnológica e laboratorial disponível para a realização de uma adequada atenção pré-natal, a realização de cuidadoso exame físico e obstétrico da gestante se impõe como a principal oportunidade de se realizarem diagnósticos e intervenções necessárias.

Além do adequado rastreamento clínico, vários são os exames necessários na rotina pré-natal, a fim de se avaliar riscos que essa mulher possa apresentar durante seu período gestacional.

Eventualmente, a necessidade do conhecimento da tipagem do companheiro da paciente. Sabidamente uma gestante de tipo Rh negativo poderá apresentar sensibilização caso seu companheiro e pai da criança apresente tipagem sanguínea Rh positiva, e que também poderá estar presente no feto em crescimento. Assim, se ocorrerem condições que predisponha uma hemorragia feto-materno, ou seja, se existirem situações que facilitem que o sangue positivo do feto alcance a circulação materna, essa mulher poderá ser sensibilizada para esse antígeno.

Freqüentemente, para a prevenção dessa situação, preconiza-se que toda gestante Rh negativo, e cujo parceiro seja positivo, realize uma prova de triagem de anticorpos irregulares, no início da gravidez e ao redor da 28^a. Semana. Caso esses exames sejam negativos, a paciente deveria idealmente receber uma ampola de Imunoglobulina anti-D (ou anti Rh) ao redor de 28 semanas de gestação, para que essa imunoglobulina neutralize qualquer hemácea

fetal Rh positiva que porventura alcance a circulação materna. Essa simples medida previne, em 94% dos casos, o risco de sensibilização da paciente. É obvio que em qualquer situação de sangramento durante o ciclo gestacional de uma mulher Rh negativo ela deverá também receber uma nova dose, assim como após o parto, caso seu recém-nascido seja Rh positivo.

O rastreamento de diabetes com a realização de glicemia de jejum e, eventualmente, de teste de tolerância à glicose é uma medida eficiente na detecção de diabetes previamente não diagnosticado ou induzido pela própria gestação em curso. Devemos saber que os hormônios placentários apresentam como propriedade a indução de resistência periférica à ação da insulina.

Assim, a gestação é considerada um estado diabetogênico. Caso a grávida apresente obesidade, antecedentes familiares de parentes de primeiro grau com diabetes, fetos macrossômicos (acima de 4 kg) previamente ou ainda gestação anterior complicada por diabetes gestacional, essas situações são consideradas potencializadoras de indução de diabetes e devem ser pesquisadas com um teste com melhor capacidade diagnóstica, que é o teste de tolerância à glicose. Neste, além da glicemia de jejum, realiza-se uma sobrecarga com 100g de glicose e se observa como as glicemias da paciente se comportarão após uma, duas e três horas da ingesta do açúcar.

Caso dois valores desse teste venham alterados, já se considera a gestante portadora de diabetes gestacional, devendo então ser conduzida com dieta adequada, internações periódicas para controle metabólico e vigilância do bem-estar fetal.

A pesquisa de Infecção de Trato Urinário (ITU) com a realização de exame simples do sedimento de urina e cultura é obrigatória durante o seguimento pré-natal, já que a infecção do trato urinário é a mais freqüente infecção observada na gravidez e pode estar associada a graves complicações maternas, como infecção renal (pielonefrite), septicemia e risco

aumentado para parto prematuro. A ITU responde por aproximadamente 50% das possíveis etiologias de parto prematuro.

Quanto ao hemograma a principal justificativa para a sua realização é o rastreamento de anemia, além da possibilidade de avaliação de outros parâmetros, como a contagem de plaquetas. Sabe-se que na gravidez a presença de anemia está associada a um maior risco de ocorrência de determinadas patologias, entre elas hipertensão e parto prematuro. Fisiologicamente a gestante apresenta certa diluição sanguínea frente ao importante aumento da volemia, além disso, existe certo estímulo hormonal para a liberação de maior número de leucócitos em nível de medula óssea. Essas alterações predispoem a gestante a apresentar certa anemia diluicional além da redução relativa de número de plaquetas. O número de leucócitos, entretanto, apresenta-se elevado em relação aos parâmetros de mulheres não grávidas. Sabe-se também, que mesmo com uma dieta balanceada em nutrientes, toda gestante deve realizar a reposição sistemática de ferro, ao longo de todo o período gestacional, com a intenção de evitar a ocorrência de carência desse elemento, predispondo a anemia no período gestacional e de lactação.

A realização de exames de rastreamento de doenças infecciosas que possam desencadear intercorrências severas no feto e sejam passíveis de medidas para prevenção da transmissão materno-fetal está entre uma das mais efetivas medidas a ser realizada em uma adequada assistência pré-natal. Entre as infecções rotineiramente rastreadas no pré-natal estão sífilis, HIV, hepatite B, toxoplasmose, rubéola e estreptococo do grupo B. A importância desse rastreamento visa não apenas reconhecer os riscos para infecção fetal, mas também orientar imunização adequada durante a gravidez, ou, mais frequentemente, no período puerperal, para as passíveis dessa medida preventiva. Todas essas infecções apresentam medidas de acompanhamento e tratamento potenciais com a intenção de redução dos danos ao feto.

Algumas infecções sugeridas para rastreamento durante o pré-natal podem não ter medidas de intervenção adequada e comumente são apenas rastreadas em determinados grupos de gestantes, como a hepatite C, a citomegalovirose, a blastomicose, a infecção pelo HTLV, entre outras.

A sífilis é uma patologia de ocorrência epidêmica mundial e que leva à morte ou seqüela neonatal um elevado número de crianças por ano no Brasil. Frente à epidemia dessa patologia, em 2007 foi lançada a campanha para controle da sífilis congênita no Estado de São Paulo, com a intenção de reduzir para números aceitáveis a ocorrência dessa patologia até 2012. Assim, preconiza-se que na gravidez sejam realizadas duas triagens para sífilis: uma no início do pré-natal e outra no início do terceiro trimestre, além da repetição na admissão para o parto.

Essas medidas visam à identificação precoce do problema e a rápida instituição do tratamento do casal, lembrando que o fármaco de escolha para o tratamento dessa infecção durante a gestação é a penicilina, pois é o único fármaco que, seguramente, trata o feto intra-útero. A maior parte das gestantes infectadas apresenta formas assintomáticas da doença e apenas o rastreamento sorológico será capaz de identificá-las. Um dos grandes problemas no Brasil é a errônea interpretação da sorologia. Afirma-se que, na gestação, qualquer título de VDRL (prova não treponêmica para rastreamento da doença) deve ser valorizado e tratado. Inclusive é recomendação do Ministério da Saúde o tratamento compulsório do casal. Infelizmente os dados nacionais têm evidenciado que a maior parte das crianças que nasce com essa infecção resulta de gestações em que o rastreamento sorológico não foi realizado ou o foi e a sorologia foi inadequadamente interpretada, além do grave problema do não tratamento do companheiro sexual.

Com relação à toxoplasmose, essa é outra infecção para a qual existe uma abordagem definida na gravidez, porém a real eficácia das medidas atualmente preconizadas ainda não

está bem estabelecida. Sabidamente o risco de infecção intra-útero aumenta conforme a idade gestacional avança, porém os riscos de seqüela são maiores na infecção adquirida no primeiro trimestre. O grande problema é o diagnóstico da infecção recente na gravidez, já que a presença de IgM positiva (anticorpo marcador de infecção recente), em quase 80% dos casos, pode ser ocasionada pela detecção residual de anticorpos ou ainda reações cruzadas com outras infecções ou com auto-anticorpos da própria gestação. Quando se confirma uma possível infecção recente deve ser indicada a pesquisa da infecção fetal por meio de uma punção de líquido amniótico, com a realização de exames de biologia molecular (identificação do DNA do parasita no líquido amniótico).

Caso esses exames sejam positivos, deverá ser instituído o tratamento com sulfadiazina associada a pirimetamina e ácido folínico. Caso o exame venha negativo a paciente receberá apenas espiramicina até o final da gravidez, com o objetivo de tratar a infecção placentária e prevenir a infecção fetal. A real eficácia dessa medida ainda não está bem estabelecida, pois não há ensaios clínicos analisando essa medida versus placebo (evidência nível A), mas a atual conduta recomendada parece reduzir a gravidade do acometimento fetal.

Outra infecção necessária de rastreamento durante a gestação é a causada pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV. Várias são as recomendações de obrigatoriedade da oferta dessa sorologia durante o pré-natal, depois de adequado aconselhamento da grávida. Sabidamente, com as medidas adequadas de uso de tratamento antiretroviral, reavaliação da via de parto a depender da carga viral no final da gestação e a não amamentação, a mulher apresenta um risco ao redor de 1% de transmissão vertical. Assim, a recomendação atual é que se faça o rastreamento no início do pré-natal e ao redor de 28 semanas de gestação e que, se detectada essa infecção, a gestante deva ser prontamente encaminhada para serviços de referência com experiência no seguimento de mulheres que convivem com o HIV.

As hepatites virais são doenças muito frequentes em nossa população. A hepatite B é uma doença que pode desencadear riscos elevados à saúde da mulher, que poderá se tornar portadora crônica da doença em quase 20% dos casos. Se essa mulher estiver gestante e apresentar elevada replicação viral, o risco de transmitir o vírus ao seu feto é maior que 90%, sendo também elevadas formas graves da doença, ainda na infância. O ideal é que toda mulher fosse vacinada antes de iniciar sua vida sexual. O calendário vacinal no Brasil já inclui a rotina de imunização em todas as mulheres até 19 anos, com a intenção de evitar a aquisição da doença em mulheres com vida reprodutiva, sendo que há poucos anos já vem sendo instituída a vacinação em sala de parto para os recém-nascidos. A grande medida preventiva na situação de uma gestante ser portadora de hepatite B é a realização da imunoprofilaxia neonatal, com a administração de vacina e imunoglobulina específica no recém-nascido, idealmente nas primeiras horas de vida. Essa medida é altamente eficaz na prevenção da infecção congênita.

A rubéola é outra infecção rotineiramente rastreada durante o pré-natal. Na realidade, a grande medida de intervenção seria orientar a vacinação no pós-parto das mulheres que se mostrarem suscetíveis à infecção durante a gravidez. Como a vacina é razoavelmente eficaz, a recomendação rotineira no Brasil também é a imunização sistemática na infância, para evitar que mulheres suscetíveis adquiram a infecção durante seu período gestacional.

Ainda com relação a exames de rastreamento de infecções, uma grande preocupação com a paciente obstétrica é a colonização materna pelo estreptococo do grupo B.

Esse agente é o principal causador de septicemia neonatal, além de poder levar ao óbito grande parte das crianças infectadas. A prevalência dessa infecção/colonização na gestação está ao redor de 16%, sendo que, em média, 50% dessas gestantes poderão colonizar seus recém nascidos durante o parto. Dessas crianças colonizadas, ao redor de 3% poderão desencadear quadro infeccioso neonatal.

Assim, a recomendação é que se realize o rastreamento através de cultura adequada de região vaginal e anal, em meio específico e, para as mulheres com cultura positiva, se realize antibioticoprofilaxia com penicilina cristalina durante o trabalho de parto.

A realização de exame parasitológico de fezes e, se necessário, tratamento de parasitoses eventualmente presentes. Ainda não se sabe se essa medida é realmente eficaz no rastreamento de parasitoses e prevenção da anemia a elas secundária. A eficácia de uma amostra isolada de fezes durante o pré-natal para diagnosticar de maneira adequada as parasitoses parece ser questionável. Entretanto, pela alta frequência de infecções parasitárias intestinais no Brasil, compreende-se como necessária essa medida.

A realização de exame de secreção vaginal, com o objetivo de detectar alterações da flora vaginal ou agentes patológicos não habituais, os quais poderão desencadear repercussões no feto e aumentar o risco de parto prematuro, principalmente nas gestantes com antecedente de parto prematuro. Na impossibilidade de laboratório disponível, a realização do teste de pH vaginal e do teste das aminas, concomitante ao exame ginecológico rotineiro, já parece ser razoável na detecção de vaginose bacteriana, situação que poderá aumentar de maneira significativa o risco de parto prematuro em gestantes com resposta inflamatória anormal. Assim, na atualidade, grande importância vem sendo dada ao estudo do meio vaginal, com a intenção de prevenir os possíveis partos prematuros;

Além da rotina laboratorial necessária, a realização de rastreamento ecográfico poderá auxiliar na detecção de malformações fetais ou de desvios do crescimento fetal que necessitem de medidas terapêuticas adequadas.

5.1.2 DISCUSSÃO

Este estudo bibliográfico possibilitou compreender o verdadeiro significado de um cuidar com comprometimento. Até então, realizava-se o cuidado norteado pela valorização do ser humano, pela sua singularidade e com o reconhecimento de suas necessidades; assim se concebia a humanização.

Ao buscar um caminho que pudesse conduzir ao cuidado cultural na gestação, também se vislumbrava compreender, de forma mais prática, o que seria a humanização, uma expressão um tanto quanto intrigante desde que começou a circular no vocabulário da área materna e ganhou destaque nos setores da saúde na década de 1990.

O cuidado é o que dá sustentação ao trabalho do enfermeiro e, em virtude de sua própria essência: ser um ato humano. Com essa concepção, alguns autores inquietam-se com os discursos relacionados à humanização do cuidado. Contudo, observa-se que o cotidiano do cuidado junto às gestantes continua fundamentado em modelos com referenciais da área biomédica, os quais contemplam aspectos biológicos e, de certa forma, seguem determinações de uma complementação do fazer da medicina.

A cultura profissional do profissional de enfermagem tem modelado seus valores e crenças em modelos de consulta de enfermagem preestabelecidos, os quais nem sempre se adaptam à realidade vivida pela gestante. Partindo do princípio de que a gestação não é doença, mas, sim, um momento específico na vida da mulher; o modelo vigente na prática de enfermagem ainda incomoda alguns profissionais.

Sempre se considerou inadequada à utilização de um diagnóstico de enfermagem preestabelecido, ao qual teria de se adequar a gestante. Essas inquietações aumentavam à medida que a realidade vivida pela gestante não era contemplada nos diagnósticos de

enfermagem preestabelecidos, como, por exemplo, o medo de machucar o feto na relação sexual. Esse era um dado importante para a gestante, no entanto não havia um diagnóstico de enfermagem que o contemplasse.

A enfermagem, caracterizando-se como uma disciplina considerada uma arte pelo fato de cuidar, precisa buscar sua própria forma de fazer e ser. Contudo, isso só será possível se as enfermeiras se dispuserem a buscar essa forma de cuidar junto às pessoas cuidadas para, então, fundamentar cientificamente a maneira como desejam ser cuidadas nas suas diversas especificidades. Se a enfermagem é uma arte, tem na arte essa possibilidade de criatividade, isto é, de criar a forma de cuidar de cada um.

Na busca por respostas a essas inquietações, percebeu-se que se precisava de uma fundamentação que permitisse a compreensão do comportamento e a exploração do contexto cultural de cada mulher para alcançar a humanização do cuidado. Nessa trajetória, observou-se que as teorias de enfermagem são pouco utilizadas para dar sustentação à prática da enfermeira, contudo e por meio delas que se pode entender o modo de cuidar e de fundamentar as ações de cuidado.

Essa busca de valorizar o modo próprio de cuidar a mulher durante a gestação levou alguns pesquisadores a procurarem uma metodologia de trabalho que permitisse experimentar o desenvolvimento de um cuidado humano sem normas e regras preestabelecidas. A teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado cultural de Leininger traz uma fundamentação do cuidado cultural sem ditar normas e modelos de processo de enfermagem. Essa teoria concebe a idéia de uma construção do cuidado com base na vivência da pessoa cuidada, que foi o que fascinou na busca pelo cuidado cultural, pela possibilidade de se criar um modelo de cuidado para cada gestante conforme as suas experiências.

Pensa-se que o cuidado se amplia à medida que se possam compartilhar e trocar experiências com as gestantes; para isso, o espaço familiar da gestante pode facilitar a

implementação das ações de cuidado, colocando o enfermeiro e a gestante no mesmo nível de negociação por esta estar no seu ambiente e ter certa autonomia nele. Nas instituições de saúde, o ambiente é do profissional, o que lhe dá maior autonomia nas decisões; assim, pode ficar mais difícil analisar as reais necessidades da gestante fora de seu contexto real.

A vivência no contexto cultural das gestantes através das visitas domiciliares foi à chave para a humanização do cuidado, por possibilitar a efetivação do verdadeiro significado prático da humanização. Através da interação com as gestantes e suas famílias, pode-se experimentar uma forma diferente de cuidar, talvez aquela que há muito tempo se buscava.

Outro aspecto fundamental na implementação do cuidado cultural e premissa para o alcance de um cuidado satisfatório é a questão de tempo. É primordial para a idealização do cuidado cultural congruente que se conheça o modo de vida da gestante; portanto, é fundamental que se criem vínculos e laços de confiança entre o enfermeiro e a gestante. Não se consegue interagir em pouco tempo e fora do contexto real da gestante; a interação ocorre quando o enfermeiro se dispõe a participar no contexto real da gestante e a se despir do seu papel de detentor do saber, passando a ouvir e procurando apreender o modo de cuidado da gestante. A troca de experiência entre o cuidado profissional e o cuidado popular é permeada pelo compartilhar e pela tomada de decisões em conjunto enfermeiro e gestante, o que configura a humanização.

O pré-natal é uma área rica e propícia para a interação entre enfermeiro e gestante, por ser um período relativamente longo de convivência, o que permite ao enfermeiro atuar nas intervenções de ações de cuidado. O enfermeiro tem condições de, a cada encontro, conhecer, aprender, avaliar, compartilhar as ações de cuidado com a gestante, realizando adaptações e ajustamentos nas ações de cuidado, ponto importante na aplicação do cuidado culturalmente congruente.

Para algumas mulheres, o pré-natal está relacionado a exames, tratamento, consulta

médica. Contudo, a gestação não é uma doença, razão pela qual algumas não aderem ao pré-natal. Entretanto, as mulheres referem à importância de receberem cuidados, tanto para si quanto para a proteção do bebê, os quais vão desde a concepção até o período chamado por elas de dieta.

Portanto, é importante que o enfermeiro mude o olhar do atendimento pré-natal para um enfoque de cuidado na gestação, incluindo o cuidado popular no cuidado profissional o que poderá contribuir para a humanização do atendimento à mulher durante a gestação.

Para humanizar o cuidado na gestação, faz-se necessário que os enfermeiros adotem modelos de atendimento que contemplem as vivências de cada gestante. Propõe-se que os modelos de atendimento sejam construídos de forma a flexibilizar e criar condições de ajustes às necessidades específicas e contextuais de cada mulher, ao contrário do modelo vigente, no qual é ela que precisa se adaptar a regras e normas preestabelecidas.

Ao se pensar num modelo de cuidado à gestante, é importante pontuar alguns itens. O planejamento familiar carece de uma atenção especial no que se refere à compreensão do modo como as pessoas percebem seu corpo e a reprodução, pois o comportamento sexual do casal evidencia um desconhecimento em nível de fisiologia e anatomia dos órgãos reprodutores.

Quanto à amamentação, o ponto crucial está na visita domiciliar e no apoio a puérpera logo após a alta hospitalar.

Em relação ao parto, o que mais preocupa a gestante é a questão do início do trabalho de parto e o medo de não conseguir fazer força no momento do nascimento.

Finalmente, sobre a alimentação, é necessário dar ênfase aos horários das refeições, ao preparo e aproveitamento do alimento, considerando as disponibilidades financeiras de cada gestante.

5.2 DEFINIÇÃO DAS DIRETRIZES

- Captação precoce das gestantes seja por demanda espontânea ou busca ativa.
- Envolvimento da família no acompanhamento da gestação e puerpério.
- Valorização dos aspectos sócio econômicos e culturais de cada família.
- Reforço na orientação de hábitos higiênicos, dietéticos e comportamentais para a gestação saudável valorizando aspectos culturais e familiares.
- Criação de vínculo e garantia de atendimento individualizado e privativo.

6 CONCLUSÃO

É preciso que os profissionais envolvidos com a saúde da mulher deixem de atuar de forma etnocêntrica e coloquem uma lente para visualizar o mundo vivido pelas gestantes, pois só assim lhes darão um cuidado humanizado.

A enfermagem pode prestar um cuidado satisfatório à maioria das gestantes enquadradas no pré-natal de baixo risco, com as quais as ações se caracterizam por preservação, adaptação e modificação de hábitos e costumes culturais, utilizando-se de aparelhos simples, como estetoscópio, esfigmomanômetro, sonar, balança, fita métrica. O cuidado é complementado com o auxílio dos exames de laboratório e, com base nessa avaliação inicial, é feito o encaminhamento para outros profissionais da área obstétrica. Diante da real situação em que se encontra o atendimento pré-natal, muitas são as implicações deste estudo. que se propôs implementar uma nova forma de cuidar da mulher durante a

gestação.

Em primeiro lugar, acredita-se que a filosofia humanizadora do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde são possíveis de ser concretizada em nível local quando os profissionais responsáveis pela implantação o fizerem com comprometimento. Isso significa estar ao lado da gestante, estar com a gestante no seu contexto cultural e dar-lhe condições para que ela se sinta valorizada e respeitada como mulher.

A implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) tem como objetivo geral melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial de atenção, baseada na promoção e proteção, no diagnóstico precoce, na recuperação da saúde dos indivíduos e da família, de forma integral e contínua de conformidade com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS): universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade (BRASIL, 2001). As equipes da ESF são responsáveis pela população residente em um território definido. As famílias são cadastradas e, com base nestas informações, cada equipe realiza o diagnóstico local sobre as condições sociodemográficas. A partir da identificação dos problemas de saúde prevalentes e situações de risco, é elaborado um planejamento de atuação das equipes.

A Estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida. Estas importantes mudanças no sistema de saúde do País, no momento atual, caracterizam um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de Saúde Pública.

O acolhimento e o respeito à mulher nas unidades de saúde são a chave para a implantação de qualquer programa de saúde.

Diante disso, é fundamental reconhecer que mais importante que o saber profissional da enfermeira é a sua capacidade de aprender e aprender que existe uma inter-relação do cuidado prestado à gestante com o todo maior que é a organização da sociedade. O olhar de cuidado à gestante de uma nova ótica, certamente influenciará diretamente na qualidade de vida das famílias sob cuidado. Só então, quem sabe, poder-se-á vislumbrar uma sociedade mais equilibrada, onde as mulheres possam participar das decisões sobre seus cuidados e exercer sua cidadania.

7 REFERÊNCIAS

Brasil, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério- Assistência humanizada à saúde. Brasília, Ministério da Saúde/FEBRASGO/ABEFENGO, 2003.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Programa de humanização do pré-natal e nascimento. Brasília, DF, 2000

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério**: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2005.

BUCHABQUI, J.A.; ABEICHE, A.M.; BRIETZKE, E. **Assistência pré-natal**. Porto Alegre: Artmed, 2001.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem materna**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995.

BUSS, P.M. et al. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In. **Promoção da saúde** - conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CAMPOS, G.W.S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1997.

GONÇALVES, M., **Assistência Pré-natal**: Prática de Saúde a Serviço da Vida. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 2001.

HALPERN, R.; BARROS, F.; VÍCTORA, C. G.; TOMASI, E. Atenção pré-natal em Pelotas, Rio Grande do Sul, 1993. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro: FIOCRUZ, v. 14, n. 2, p. 487-92, 1998.

HELMAN, C. G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2. Ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo** - construindo as bases para um apego seguro. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

LEININGER, M.M. Leininger`s theory of nursing: cultural care diversity and universality. **Nurs. Sci. Q.**, v. 1, n. 4, p. 152-160, 1988.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. São Paulo: Saraiva 2002.

MONTICELLI, M. Quando o tempo narrativo ultrapassa o tempo da clínica: um modo de cuidar em enfermagem no período pós-natal. **Texto & contexto enferm**, v. 14, n. 2, p. 167-176, 2006.

RODRIGUES, F.; COSTA, W.; LENO, G. M. L. Determinantes de utilização do cuidado pré-natal entre famílias de baixa renda no Estado da Paraíba, Brasil. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: FAPESP, v. 28, n.4, p. 284-9, 1994.

SAID, F.A. **No “ser com”, o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação**. Florianópolis, UFSC, 1995. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 2005

SANTOS, I. S.; BARONI, R. C.; MINOTTO, I.; KLUMB, A. G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo: FAPESP, v.34. N.6, p. 603-609. 2000.

SILVA, D. S.; SANTOS, I. S.; SOARES, J. D. C. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, v. 17, n. 1, p. 131-139, 2002.

VÍCTORA, C.G.; KNAUTH, D. R; HASSEN, M. N. A. Corpo, saúde e doença na antropologia. In: VÍCTORA, Ceres G. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

ZAMPIERI, M. F. M.. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. Florianópolis: UFSC, 2001.

Manual Técnico Pré-natal e Puerpério 2006-MS