

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

THAÍS REJANE ALVES LUSTOSA

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ

**TERESINA/PI
2015**

THAÍS REJANE ALVES LUSTOSA

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ

Trabalho de Conclusão de curso apresentado ao curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica - Rede Cegonha/Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal de PiauÍ/Teresina, como requisito parcial para obtenção do título de especialista.

Orientadora: Prof.^a Ms. Geny Rose
Cardoso Costa

**TERESINA/PI
2015**

THAÍS REJANE ALVES LUSTOSA

HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL EM UM MUNICÍPIO DO ESTADO DO PIAUÍ

Relatório Final do projeto de intervenção submetido à Banca de Defesa no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Minas Gerais em parceria com a Universidade Federal do Piauí, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Especialista em Enfermagem Obstétrica.

Aprovada em: 11 de dezembro de 2015.

Prof.^a Ms. Geny Rose Cardoso Costa – Presidente da Banca
Universidade Federal do Piauí

Ms. – Ivanilda Sepúlveda
Universidade Federal do Piauí

2^a Examinador (a)
Universidade Federal de Minas Gerais

*Dedico este trabalho a Deus;
Por reconhecê-lo como responsável por todas as minhas conquistas;
Em agradecimento por minha família;
Pela saúde de cada dia;
Pela fé, força e persistência em sempre continuar.*

AGRADECIMENTOS

À Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade Federal do Piauí por nos oportunizar a realização desse curso;

À todos os professores e preceptores que nos ajudaram transmitindo seus conhecimentos. Vocês foram fundamentais nessa caminhada;

Às gestantes que foram o foco deste trabalho e contribuíram em todas as etapas;

Ao meu pai, minha mãe e meus irmãos, pelo imenso apoio oferecido em todos os momentos, sendo esses emocionais e financeiros;

Ao meu esposo, pela compreensão, pela dedicação em me ajudar a finalizar essa conquista, e por me fazer acreditar que eu iria conseguir;

Aos meus colegas de turma, que compartilharam comigo suas dúvidas e conhecimentos, e que me ensinaram que dificuldades todos têm mais a perseverança é essencial.

A minha orientadora, Geny Rose, que gentilmente e com sua experiência profissional me ajudou a finalizar esse curso.

RESUMO

A humanização no pré-natal e nascimento foi instituída pelo ministério da saúde (MS) por meio da Portaria\GM 569, de 1\6\2000, com objetivo de assegurar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério as gestantes e ao recém-nascido na perspectiva dos direitos de cidadania. Nesse sentido o objetivo deste estudo é implantar e implementar a humanização da assistência obstétrica, em Batalha, município do estado do PI. Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativo. O instrumento utilizado na coleta de dados foi um roteiro semi-estruturado constituído de duas partes. A primeira com caracterização sociodemográfica das participantes e a segunda com questões abertas que abordavam a satisfação com a assistência pré-natal recebida e a concepção da puérpera e acompanhante a respeito da experiência vivida durante o parto. A análise e interpretação dos dados apoiaram-se na abordagem da análise de conteúdo de Bardin. Os dados foram coletados no período de setembro a novembro de 2015, através de entrevista junto a 09 puérperas que haviam participado do curso de gestante. Observou-se que embora as gestantes estivessem satisfeitas com a assistência recebida, desejaram obter mais informações sobre mudanças fisiológicas da gravidez, trabalho de parto e parto, cuidados com a criança e amamentação. Resultados: a análise do conteúdo dos depoimentos permitiu apreender-se que as mulheres reconhecem condutas que humanizam e desumanizam a assistência, que são capazes de modificar percepções para fortalecer o cuidado de si e de sugerir mudanças tanto no âmbito assistencial como educativo para a melhoria dos serviços. Tendo em vista a humanização do pré-natal na ESF Formigueiro reduzindo o grau de insatisfação das pacientes nele atendidas e proporcionando o aumento do número de gestantes assistidas principalmente no início da gravidez, no entanto a rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos Municípios, a mulher ainda peregrina para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto e a atenção ao parto e nascimento, por vezes, utiliza-se de práticas que não estão baseadas em evidências científicas.

PALAVRAS-CHAVE: Ação educativa, Cuidado Pré-natal, Humanização do parto.

LUSTOSA, Rejane Thais Alves. **Humanization of pre-natal in a state of Piauí in the city**

ABSTRACT

Humanization in Prenatal and birth has been established by the Ministry of Health (MOH) through Ordinance \ GM 569, 1 \ 6 \ 2000, in order to ensure access, coverage and quality of prenatal monitoring, delivery care and postpartum pregnant women and newborn care from the perspective of citizenship rights. In this sense the objective of this study is to deploy and implement the humanization of obstetric care in Battle, PI county in the state. It is an exploratory descriptive study of qualitative nature. The instrument used for data collection was a semi-structured script consists of two parts. The first with socio-demographic characterization of the participants and the second with open questions that addressed satisfaction with prenatal care received and the design of the puerperal woman and companion about the experienced during childbirth experience. Analysis and interpretation of data backed up in the approach of Bardin content analysis. The data were collected between September-November 2015, through interviews with the 09 mothers who had participated in pregnant course. It was observed that although pregnant women were satisfied with the care received, wanted more information about physiological changes of pregnancy, labor and childbirth, child care and breastfeeding. Results: The analysis of the content of the testimonies allowed to grasp that women recognize behaviors that humanize and dehumanize assistance, which are able to modify perceptions to strengthen self-care and suggest changes both in the health care context as educational for the improvement of services. With a view to prenatal humanization in the FHS Tingling reducing the level of dissatisfaction of patients seen it and providing the increase in the number of pregnant women mainly assisted in early pregnancy, however the diagnostic support services network for the examinations recommended during pregnancy not always addresses the need of the municipalities, the still pilgrim woman to find a health facility at delivery and attention to labor and delivery sometimes makes use of practices that are not based on scientific evidence.

KEYWORDS: Educational action, Prenatal Care, Humanization of birth.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ESF – Estratégia de Saúde da Família

PHPN – Programa de Humanização de Pré-natal e Nascimento

PAISM – Programa de Saúde Integral à Saúde da Mulher

SUS – Sistema Único de Saúde

USF – Unidade de Saúde da Família

MS – Ministério da Saúde

RC - Rede Cegonha

APS – Atenção Primária à Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	10
2 PROBLEMATIZAÇÃO DA SITUAÇÃO.....	12
3 APRESENTAÇÃO DA INSTITUIÇÃO.....	13
4 JUSTIFICATIVA.....	13
5 REFERENCIAL TEÓRICO.....	14
5.1 Estratégia de Saúde da Família.....	14
5.2 Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PNPN).....	16
5.3 Rede Cegonha	18
6 PUBLICO ALVO.....	22
7 OBJETIVOS DO PROJETO.....	22
7.1 Geral.....	22
7.2 Específicos.....	22
8 DESENVOLVIMENTO DO PLANO.....	23
9 METODOLOGIA.....	24
10 CRONOGRAMA.....	25
11 ORÇAMENTO.....	26
12 RECURSOS HUMANOS.....	26
13 RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	27
14 ACOMPANHAMENTO E AVALIAÇÃO DO PROJETO.....	32
REFERÊNCIAS.....	33
APÊNDICE.....	36

1. Introdução

Para a melhoria da assistência obstétrica, a Área Técnica de Saúde da Mulher, em conjunto com a Secretaria de Assistência à Saúde e Secretaria Executiva, elaborou um plano em três etapas. Na primeira, aumentou a remuneração ao parto normal, instituiu um limite percentual máximo para pagamento de cesáreas por hospital (Portaria MS/GM 2.816, de 29 de maio de 1998) e incluiu a remuneração aos procedimentos referentes à analgesia de parto e ao parto realizado por enfermeira obstétrica. Na segunda, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM 2.817, de 28 de maio de 1998), com a finalidade de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico. A terceira etapa tratava especificamente da atenção no pré-natal e ao parto, enfocando a qualidade da assistência, o acesso, também considerado como um indicador da qualidade da atenção, e a humanização da atenção (BRASIL,2002).

A humanização no pré-natal e nascimento foi instituída pelo ministério da saúde (MS) por meio da Portaria\GM 569, de 1\6\2000, com objetivo de assegurar o acesso, cobertura e qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e puerpério as 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 adequado acompanhamento, além de estabelecer critérios para qualificar a assistência e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto, integrados e com intervenções que tivessem fortes evidências de que são efetivas.

O olhar de gênero permitiu desatrelar da situação materna o caráter de destino inevitável e pensar em estratégias que empoderassem as mulheres, revendo, na perspectiva de humanização, o seu papel de protagonista na gestação e no parto. A humanização necessariamente compreende o resgate da autonomia e relações simétricas entre profissionais e mulheres (SERRUYA, 2004).

Essas ações tinham como ponto de partida a necessidade de diminuir a morbi-mortalidade materna e melhorar os resultados perinatais, com a perspectiva da humanização como grande fio condutor. Tomando o enfoque de gênero e as questões epidemiológicas como ponto de referência, parecia indispensável retomar compromissos da assistência e promover ações para enfrentar os obstáculos já

conhecidos, mas ainda não vencidos. Assim, o objetivo do presente projeto é melhorar o atendimento às gestantes no município de Batalha-PI, através da formação de grupos de gestantes no pré-natal, visando um acolhimento humanizado durante toda a gestação e um parto sem intervenções desnecessárias, minimizando a dor, dando conforto, esclarecendo dúvidas, orientando sobre direitos e deveres.

Para Sartori 2004, durante o período gestacional, a mulher passa por momentos de intensa transformação física e psicológica. Ajudá-las no enfrentamento dessas mudanças é acolhê-las com informações que minimizem a ansiedade e o medo, proporcionem um clima de cordialidade entre a gestante e a equipe de saúde, assegurando o nascimento como um momento único e especial para a família, diminuindo os riscos e complicações durante a parturição.

Para Sabino, 2010, a gravidez é relatada por algumas gestantes como uma experiência positiva e por outras como experiências carregadas de sensações negativas. Vários são os fatores que interferem nesta diferença, entre eles, o relacionamento com o parceiro, o estado de saúde física da gestante, a maneira como a mulher é assistida durante o período gestacional e as questões culturais. Para obter um resultado saudável da gestação, é essencial o respeito ao direito da mulher, como a privacidade, a segurança, conforto, a uma assistência humanizada e de qualidade, aliado ao apoio familiar durante a parturição.

Outro aspecto importante neste contexto de mudanças foi a criação da Lei Nº 11.108, de Abril de 2005 – Lei do Acompanhante, permitindo a parturiente ter o acompanhante de sua escolha durante o pré-natal, trabalho de parto, parto e pós-parto, promovendo assim a sua saúde emocional e física, e influenciando positivamente nos resultados do trabalho de parto (Brasil, 2005).

Embora praticamente todos os países ofereçam a assistência pré-natal, a avaliação indireta mais comumente realizada é o monitoramento da mortalidade materna. Várias são as explicações para essas barreiras no âmbito das Estratégias de Saúde da Família os profissionais médicos e de enfermagem alegam cronograma ocupado com outros programas de saúde obrigatórios e falta de interesse dos outros profissionais da equipe (SERRUYA, 2004).

Com o objetivo de implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e às crianças o direito ao nascimento seguro e ao

crescimento e ao desenvolvimento saudáveis, o Ministério da Saúde inova a área obstétrica brasileira com a Rede Cegonha em 2011.

Diante destas situações, têm-se como desafio melhorar a atenção à mulher na gestação e parto, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, que ainda é centrado em um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático (DINIZ, 2005).

2. Problematização da Situação

Nas cidades de pequeno porte, como é o caso de Batalha, localizada no estado do Piauí, observou-se que as gestantes desconhecem a importância da inicialização precoce no pré-natal, assim como, sua continuidade até o puerpério. Levando a uma gravidez sem classificação de fatores de risco, aconselhamento e orientações, e conseqüentemente um parto desumanizado e considerado erroneamente como normal.

Durante conversas realizadas no atendimento de pré-natal foi percebido que havia necessidade em reunir estas gestantes para esclarecer dúvidas comuns e que o tempo limitado das consultas não permitia. Por entender-se que a educação para o parto constitui-se numa possibilidade de troca de experiências e saberes e fortalecimento das relações interpessoais entre gestante / família / profissionais de saúde, acredita-se que as ações educativas favorecem o compromisso com a qualidade de vida, a conquista da cidadania e a humanização do atendimento.

Considerando as experiências profissionais como enfermeira plantonista no hospital deste município de Batalha-PI, observou-se que as gestantes não recebiam orientações necessárias durante as consultas de pré-natal e isso repercutia no seu trabalho de parto, as mesmas demonstravam inseguranças, e solicitavam medidas intervencionistas que finalizasse de imediato àquela dor, como a cesárea por exemplo. Analisando as problemáticas citadas acima, justificamos a importância desse projeto de intervenção que atuará não no âmbito hospitalar mais sim na base dos problemas, que se encontram nas Estratégias de Saúde da Família.

Neste sentido, com a proposta de elaboração de um plano de intervenção dada pelo Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica/Rede cegonha – UFPI/UFMG/MS, analisou-se a possibilidade de elaborar um projeto que

contribuísse para a melhoria da qualidade de atendimento prestado a gestante, durante o pré-natal, e tem como propostas, a valorização da mãe como sujeito ativo no processo gestacional, o aumento na aceitação do parto normal e a humanização dos cuidados prestados ao binômio mãe-bebê.

3. Apresentação da Instituição

Ao norte do estado do Piauí, á 163 km da capital do estado, localiza-se o município de Batalha, cidade interiorana com cultura tradicional. Possui aproximadamente 25.800 habitantes e 1.553,8 km² de território.

Para abranger 100% de cobertura de atenção básica em saúde, este município se divide em 13 equipes de Estratégia de Saúde da Família. É responsável por aproximadamente 180 gestantes cadastradas no SISPRENATAL-WEB, número que se renova diariamente. Entre essas equipes, está a ESF Formigueiro localizada na zona urbana e abrange 2350 pessoas.

Esta equipe é formada por um médico generalista, uma enfermeira, um técnico de enfermagem, um odontólogo e um técnico de consultório dentário e seis agentes comunitários de saúde. É aberta com atendimentos de segunda à sexta feira nos turnos manhã e tarde. Sendo que todas as terças feiras atende-se exclusivamente gestantes, que no mês de outubro deste ano corrente, totalizavam 15 mulheres com idades gestacionais variáveis.

4. Justificativa

É comum encontrar gestantes repletas de dúvidas e medos durante o pré-natal e trabalho de parto. Dessa forma se torna indispensável que a futura mãe seja orientada e acompanhada durante esse período. Ao criar vínculo com o profissional de saúde a mesma se torna segura, confiante e capaz de identificar os fatores de risco durante a gravidez tanto para a mãe como para o bebê.

Segundo a proposta da Rede Cegonha as consultas de pré-natal, na Atenção Básica, devem ser em quantidade e qualidade com a garantia de atenção humanizada, exames laboratoriais e de ultrassom, além de testes rápidos para diagnóstico de algumas doenças. Portanto é indispensável à humanização nos serviços de atendimento da mulher. Este trabalho, elaborado na forma de projeto de intervenção, com a finalidade de implementar a humanização no pré-natal em uma

Equipe de Saúde da Família no município de Batalha no estado do Piauí, vem como um instrumento para melhorar a assistência e a resolutividade do serviço, tendo como principal objetivo a melhoria da qualidade de atendimento prestado a gestante, durante o pré-natal, e tem como propostas, a valorização da mãe como sujeito ativo no processo gestacional.

A viabilidade operacional, financeira e política das ações propostas neste projeto são possíveis de serem implantadas por se tratarem de ações simples que demandam baixo custo operacional e que contribuirão com a melhoria da qualidade dos serviços.

5. Referencial Teórico

5.1 Estratégia de Saúde da Família

A Estratégia da Saúde da Família (ESF) surgiu com o propósito de alterar o modelo assistencial de saúde, centrado na doença, no médico e no hospital. Privilegiava a parte curativa em detrimento da preventiva. A ESF veio como resposta às necessidades de uma atenção integral desenvolvida por equipe multiprofissional, ao indivíduo e à comunidade, com intensa participação desta última (APM, 2006).

Tendo a ESF início no Brasil no ano de 1994, por meio de uma parceria entre o Ministério da Saúde e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), com o caráter estratégico para reordenação da filosofia assistencial à saúde. Tal estratégia mostra que oferecer às famílias serviços de saúde preventiva e curativa em suas próprias comunidades resulta em melhorias importantes nas condições de saúde da população. A mesma incorpora e reafirma os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e está estruturada a partir das USF's, que se propõe a organizar suas ações sob a égide da integralidade e hierarquização, territorialização e cadastramento da clientela, a partir de uma equipe multiprofissional (RONCALLI; LIMA, 2006).

Nessa proposta, os cuidados primários de saúde é o modelo de atenção que recebe mais apoio da Organização Mundial de Saúde. Tendo como objetivo melhorar os indicadores de saúde, reduzir as lacunas de morbi-mortalidade, e atingir um consumo mais racional da tecnologia biomédica, conseguindo assim uma maior

eficiência das despesas neste setor. No Brasil, o SUS e a ESF seguem as mesmas bases conceituais e cuidados primários de saúde é, assim, os princípios da integralidade, hierarquização e territorialização vem sendo aplicado na promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, sendo ponto de partida na tentativa de redirecionar o modelo de assistência (NEDEL, 2008).

Conforme o Portal da Saúde de 2012, as diretrizes da ESF é composta por equipe multiprofissional que possui, no mínimo, médico generalista ou especialista em saúde da família ou médico de família e comunidade, enfermeiro generalista ou especialista em saúde da família, auxiliar ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS). Pode-se acrescentar a esta composição, como parte da equipe multiprofissional, os profissionais de saúde bucal. O número de ACS deve ser suficiente para cobrir 100% da população cadastrada, com um máximo de 750 pessoas por agente e de 12 ACS por equipe de Saúde da Família, não ultrapassando o limite máximo recomendado de pessoas por equipe. Cada equipe de Saúde da Família deve ser responsável por, no máximo, 4.000 pessoas de uma determinada área.

Dentre os aspectos relevantes dessa estratégia estão compreendidos a territorialização com a adscrição de clientela/criação de vínculo equipe-usuário e o aumento da oferta de serviços de saúde e de suas áreas de abrangência (APM, 2006; RONCALLI; LIMA, 2006).

O número de consultas de pré-natal no Brasil atingiu com essa estratégia, 19,4 milhões em 2009 – aumento de 125% em relação a 2003, quando foram registradas apenas 8,6 milhões. Sendo realizado na atenção primária um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação. Que é desenvolvida através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios (território-processo) bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2000).

O vínculo entre usuários e serviços de saúde amplia a eficácia das ações e favorece a sua participação durante a prestação da assistência. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja. O vínculo deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa

maneira é possível atender de fato as demandas e necessidades dos sujeitos reais do trabalho em saúde (SCHIMIDT; LIMA, 2004).

Tendo que a Equipe de Saúde da Família tem à função de promover o conceito de saúde como direito à cidadania, humanização do atendimento à saúde, consultas médicas e de enfermagem, prevenir doenças e identificar fatores de riscos, visitas domiciliares e reuniões, criando e fortalecendo o vínculo com a comunidade paulatinamente (APM, 2006).

Dessa forma, vale ressaltar o aumento expressivo no número de mulheres em idade fértil no Brasil nos últimos anos, alcançando a marca de 58.404.409, o que representa 65% do total da população feminina (BRASIL, 2011). Isso leva o Sistema Único de Saúde (SUS) a se empenhar no desenvolvimento de políticas públicas que contemplem a atenção pré-natal e puerperal qualificada, a fim de facilitar o acesso e o encaminhamento da gestante aos serviços de atenção à saúde obstétrica e neonatal, e, acima de tudo, humanizada, promovendo “o vínculo entre a assistência ambulatorial e o momento do parto” (SERRUYA, 2004).

O perfil da assistência pré-natal tem como princípio fundamental acolher a mulher do início ao fim da gestação, garantindo o nascimento de uma criança saudável e o bem-estar materno infantil (BRASIL, 2005).

5.2 Programa de Humanização no Pré – Natal e Nascimento (PHPN)

Com base em Brasil, 2011, ao longo dos anos estratégias vem sendo desenvolvidas para combater a morte materna e neonatal, que atualmente ainda podem ser consideradas um problema social relevante no Brasil. No entanto, as estatísticas mostram que, as mortes maternas e neonatais possuem causas preveníveis e evitáveis, o que é possível através de ações educativas durante o pré-natal, acompanhado com eficiência pelos profissionais de saúde.

No início da década de 80, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal, melhorar a assistência durante o parto normal e a diminuição de partos por cesariana, oportunizando o aumento do aleitamento materno e o alojamento conjunto, entre outras ações relacionadas com a saúde da mulher, e à prevenção de mortes neonatais e puerperais (BRASIL, 1984).

Em 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) por meio da Portaria/GM nº 569, ancorada nas necessidades específicas de atenção à gestante, ao recém-nascido e a mãe no período pós-parto. Este programa tem como objetivo o desenvolvimento de atividades como promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos. Propõe-se ainda a melhoria na qualidade do acesso, assistência obstétrica e neonatal de maneira efetiva, de acordo com a regulamentação do Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL,2000).

O PHPN está articulado com o MS e Secretarias de Saúde dos Estados, Municípios e Distrito Federal, e desde sua criação até dezembro de 2002 teve a adesão de 3.985 municípios. O programa instituiu uma estratégia para incentivar os municípios a implementar suas ações, mediante o cumprimento de critérios mínimos, necessários para melhorar a qualidade da assistência (SERRUYA, 2004).

Os critérios que o PHPN estabelece para um cuidado mínimo a ser oferecido às mulheres são: início precoce do acompanhamento pré-natal, ou seja, com início até o 4º mês de gestação, realizando o mínimo de seis consultas durante a gestação, sendo uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três consultas no terceiro trimestre. Ainda, a realização de uma consulta no puerpério com até 42 dias após o nascimento (BRASIL, 2006).

O PHPN, ainda oferece a realização de atividades educativas; a classificação de risco gestacional já na primeira consulta e reavaliação nas subsequentes; e as gestantes que forem classificadas de risco, garantem seu atendimento e/ou acesso nas unidades de referência para cuidado ambulatorial ou hospitalar sempre que necessário (BRASIL, 2006).

Destaca-se que, monitorar e avaliar é uma ferramenta fundamental e indispensável nos serviços de saúde, uma vez que possibilita a sua reorganização e a melhoria das intervenções de saúde, bem como, obter um parâmetro da qualidade das ações e serviços oferecidos (CHAVES, 2012).

Conforme a Portaria N.0 569/GM de 2000, a primeira consulta antes dos 120 dias de gestação é indispensável para um acompanhamento efetivo no pré-natal (BRASIL, 2006).

Vale destacar que é de responsabilidade dos profissionais da saúde, especialmente dos serviços de atenção primária, realizar a busca ativa das gestantes. A captação precoce objetiva ancorar intervenções oportunas em todo o

período gestacional e puerpério seja elas de promoção, prevenção ou de tratamento (BRASIL, 2006).

O pré-natal é um momento singular e uma oportunidade para se desenvolver ações educativas, nas unidades de saúde, por intermédio de grupos de gestantes, na sala de espera, ou individualmente. Estratégias de trabalho como estas permitem a integração entre profissionais e gestantes, constituindo um momento de acolhida, escuta, vínculo, de compartilhamento de experiências, trocas mútuas, fortalecimento de conhecimentos e esclarecimento de dúvidas (ANVERSA, 2012).

A realização das sete consultas durante o pré-natal é o mínimo necessário para garantir, não somente o acompanhamento dos parâmetros que avaliam a evolução da gestação e a detecção de fatores de risco e agravos, mas também, para estabelecer vínculo com as gestantes e sua família, no sentido de bem prepará-la para o parto e o puerpério (GRANGEIRO, 2008). O evento do parto é um momento de vários conflitos para uma mulher, mas se a gestante teve acompanhamento de qualidade, poderá sentir-se mais segura e mais confiante (PACAGNELLA, 2013).

A primeira consulta da mulher e do recém-nascido deve ocorrer na primeira semana após o nascimento (BRASIL, 2006). As ações educativas devem acontecer para esclarecer a importância do retorno da mãe ao serviço para prestar uma assistência completa e integral para seu filho. É neste retorno que a assistência de enfermagem alcança o poder de orientação em relação ao teste do pezinho, ao calendário de vacinação e a todos os protocolos que o MS preconiza para a atenção à saúde das crianças (COSTA, 2013).

5.3 Rede Cegonha

A partir da necessidade de enfrentamentos de vulnerabilidades, agravos ou doenças que acometem as pessoas ou as populações o MS estruturou redes de Atenção à Saúde Temática, sendo estas: Rede Cegonha, que tem um recorte de atenção à gestante e de atenção à criança até 24 meses; Rede de Atenção às Urgências e Emergências: Saúde Toda Hora; Rede de Atenção Psicossocial, com prioridade para o Enfrentamento do Álcool, Crack, outras Drogas; Rede de Atenção às Doenças e Condições Crônicas: iniciando-se pelo câncer, com intensificação da

prevenção e controle do câncer de mama e colo do útero e Rede de Cuidado à Pessoa com Deficiência: Viver Sem Limites. (GIOVANNI, 2013)

A Rede Cegonha, foco de análise deste trabalho, lançada em março de 2011 e instituída pela portaria MS/GM nº 1.459/2011 é um estratégia do Ministério da Saúde de enfrentamento da mortalidade materna, da violência obstétrica e da baixa qualidade da rede de atenção ao parto e nascimento, desenvolvendo ações para ampliação e qualificação do acesso ao planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério.

Esta estratégia, “instituída no âmbito do Sistema Único de Saúde, visa organizar uma rede de cuidados que assegure, a partir da noção de integralidade da atenção às mulheres, o direito ao planejamento sexual e reprodutivo e à atenção humanizada ao pré-natal, parto, puerpério e atenção humanizada ao abortamento, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e humanizado e ao acompanhamento até os dois anos de idade assegurando acesso para um crescimento e desenvolvimento saudáveis.” (MS, 2011).

Alinhada a estes objetivos a Rede Cegonha visa:

I - fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses;

II - organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade; e

III - reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 3º, 2011)

Olhando a especificidade conceitual da Rede Cegonha, temos uma rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 1º, 2011).

A Rede Cegonha organiza-se a partir de quatro componentes: Pré-Natal, Parto e Nascimento, Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança e Sistema Logístico (Transporte Sanitário e Regulação). E tem como diretrizes:

I. garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal;

II. garantia de vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro;

III. garantia das boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento;

IV. garantia da atenção à saúde das crianças de zero a vinte e quatro meses com qualidade e resolutividade; e

V. garantia de acesso às ações do planejamento reprodutivo. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2011, Portaria nº 1.459, art. 4º, 2011)

A população de referência da RC são mulheres em idade fértil, de 10 a 49 anos, cerca de 61 milhões de brasileiras, e criança até dois anos de idade. O que representa uma média de 2,9 milhões/ano de gestantes e de crianças assistidas. (GIOVANNI, 2013)

A APS é responsável pela atenção integral à saúde da gestante e criança, iniciando-se com o planejamento familiar, com orientação e oferta de métodos contraceptivos, na preparação da concepção e da gestação planejada, estendendo-se ao pré-natal adequado, ao acompanhamento da puérpera e do bebê até os dois anos de idade. (GIOVANNI, 2013)

Responsável pelo componente Pré-natal da Rede Cegonha, à APS cabe, entre outras funções, a realização de pré-natal de risco habitual, com captação precoce da gestante e do pré-natal de alto risco em tempo oportuno, acolhimento às intercorrências na gestação com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, realização dos exames de pré-natal, prevenção e tratamento das DST/HIV/AIDS e Hepatites, vinculação da gestante desde o pré-natal ao local em que será realizado o parto e apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto. (GIOVANNI, 2013)

Na RC a APS, também é referência para o Componente Puerpério e Atenção Integral à Saúde da Criança, cabendo o desenvolvimento de ações de acompanhamento da puérpera e da criança na atenção básica, com visita domiciliar na primeira semana após a realização do parto e nascimento, promoção do

aleitamento materno e da alimentação complementar saudável e busca ativa de crianças vulneráveis e outros. (GIOVANNI, 2013)

Estes pontos abarcam o componente Parto e Nascimento da Rede Cegonha (Portaria 1.459), e são responsáveis por uma série de ações de atenção à saúde que visam garantir nos serviços de atenção obstétrica e neonatal a:

- suficiência de leitos obstétricos e neonatais (UTI, UCI e Canguru) de acordo com as necessidades regionais,
- ambiência das maternidades,
- práticas de atenção à saúde baseada em evidências científicas,
- garantia de acompanhante durante o acolhimento e o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato,
- realização de acolhimento com classificação de risco e
- estímulo à implementação de equipes horizontais do cuidado.
- estímulo à implementação de Colegiado Gestor nas maternidades e outros dispositivos de cogestão tratados na Política Nacional de Humanização.

O sistema de financiamento da Rede Cegonha é tripartite e busca ser garantido, suficiente e alinhado com as metas da rede. Sendo financiada com recursos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios. (GIOVANNI, 2013)

Os recursos de financiamento da Rede Cegonha, providos pelo MS são incorporados ao Limite Financeiro Global dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, conforme pactuação formalizada nos Planos de Ação Regional e Municipais. (GIOVANNI, 2013)

Sendo assim, a RC propõe um novo modelo, visando produzir mudança na lógica do cuidado, com oferta de boas práticas de atenção ao pré-natal, parto e nascimento, promoção da saúde infantil e materna, prevenção da morbidade e mortalidade evitáveis, normalidade do processo de parto e nascimento, tendo o parto como evento fisiológico e social, com o protagonismo e estímulo da autonomia da mulher, pautado na responsabilidade ética e no cuidado centrado na mulher, bebê e na família. (GIOVANNI, 2013)

6. Público Alvo

A população beneficiada com a Humanização do pré-natal em uma equipe de Saúde da Família são as gestantes cadastradas nesta unidade que totalizam 15 pessoas em períodos gestacionais diferentes e classificadas através da Classificação de Risco Gestacional, como de risco habitual.

7. Objetivos

7.1 Objetivo geral

Implantar e implementar a humanização da assistência obstétrica, em município do estado do PI.

7.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil gestacional da equipe ESF visando à aplicação de uma metodologia que seja aceitável e participativa a todas às gestantes;
- Desenvolver ações educativas para enfatizar os direitos da mãe afim de que esta busque uma melhoria no atendimento que a valorize como sujeito ativo durante toda a gravidez;
- Descrever os processos ocorridos durante o período gestacional, assim como o mecanismo do nascimento durante as consultas de pré-natal e/ou em cursos de gestantes;
- Atender as dúvidas que as grávidas apresentam durante o pré-natal;
- Avaliar as reações das puérperas diante do atendimento oferecido no pré-natal;

8. Desenvolvimento do Plano

8.1 Eixo 1: Atuação das equipes de Saúde da Família no cuidado à gestantes

Objetivo: Realizar cursos de gestantes no pré-natal, com a finalidade de esclarecer as dúvidas e informar seus direitos e deveres durante a gravidez;

Atividades Propostas/ Ações/ Metas		Prazo
<p>1. Implementar ações necessárias para a melhoria na assistência pré-natal.</p> <p>Metas: Garantir que os direitos das mulheres, crianças e familiares sejam contemplados.</p>	<p>1.1 Aplicar formulários, como o de classificação de risco durante as consultas;</p> <p>1.2 Busca ativa das gestantes;</p> <p>1.3 Solicitar os exames necessários e cobrar os resultados;</p>	Setembro/2015
<p>2. Conversa inaugural com as gestantes;</p> <p>Metas: Orientar as gestantes sobre o objetivo desta intervenção e informar o calendário dos encontros seguintes.</p>	2.1 Busca ativa das gestantes durante as consultas de pré-natal já agendadas para o mês.	Setembro/2015
<p>3. Realizar grupos de gestantes nas equipes de Saúde da Família;</p> <p>Metas: Preparar as gestantes e seus acompanhantes para os cuidados durante o período gravídico em três encontros:</p>	3.1 1º encontro: modificações físicas e emocionais durante a gravidez.	Setembro/2015
	3.2 2º encontro: pré-parto, rotina e procedimentos hospitalares e a participação do acompanhante.	Outubro/2015
	3.3 3º encontro: trabalho de parto, exercícios respiratórios, utilização da bola e do cavalinho e cuidados puerperais.	Outubro/2015
<p>4. Estabelecer um espaço de escuta para as gestantes no período do puerpério que participaram deste projeto;</p> <p>Metas: Avaliar os benefícios deste projeto de intervenção durante a gravidez.</p>	4.1 Aplicação de um questionário durante a consulta puerperal com perguntas que explorem as experiências vividas pelas gestantes e acompanhantes durante toda a gravidez.	Setembro Outubro Novembro/2015

5. Finalização do plano de intervenção Metas: Conclusão do curso de Especialização em Obstetrícia.	5.1. Apresentação do trabalho	Novembro/2015
	4.2 Entrega de cópia do trabalho final para a coordenação de atenção básica do município estudado.	Novembro/2015
	4.3 Acompanhamento do projeto	Previsão até Março/2016

9. Metodologia

Trata-se de um estudo descritivo exploratório de natureza qualitativo desenvolvido junto a gestantes que fazem acompanhamento pré-natal na atenção básica no município de Batalha-PI.

Todas as 15 gestantes acompanhadas pela ESF Formigueiro, foram convidadas a participar de três reuniões, na qual receberam orientações gerais sobre o processo de materno, porém a coleta de dados se fez com 09 dessas que já haviam completado seu ciclo-gravídico.

As reuniões tiveram duração de quatro horas cada, e foram conduzidas pela enfermeira Thaís Rejane Alves Lustosa, responsável técnica desta equipe. Durante os encontros foram abordados temas relacionados às modificações corporais no período gestacional, necessidades nutricionais, exercícios de alívio do desconforto, tipos de parto, aleitamento materno e cuidados com os recém-nascidos, bem como levantamos dados estatísticos sobre a escolaridade, idade e quantidade de gestações anteriores.

O instrumento utilizado na coleta de dados foi um roteiro semi-estruturado constituído de duas partes. A primeira com questões referentes à identificação e caracterização sociodemográfica das participantes e a segunda, composta por questões abertas que abordavam a satisfação com a assistência pré-natal recebida e a concepção da puérpera e acompanhantes a respeito da experiência vivida durante o parto. Este instrumento foi aplicado durante as consultas de puerpério. A análise e interpretação dos dados apoiaram-se na abordagem da análise de con-

teúdo, modalidade temática, tendo por referência Bardin (2000) e Minayo, Deslandes e Gomes (2002).

O desenvolvimento do estudo ocorreu em conformidade com o preconizado pela Resolução N.º 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde — MS. Todas as participantes do estudo foram informadas sobre os objetivos do estudo, tipo de participação desejada, livre opção em aceitar participar ou não do mesmo, sem qualquer prejuízo à assistência pré-natal na ESF Formigueiro do município. As que aceitaram participar do estudo assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em duas vias, quanto às gestantes menores de 18 anos, foi solicitada a assinatura aos pais ou responsável pela mesma.

10. Cronograma das atividades

ATIVIDADES	JUN 2015	JUL 2015	AGO 2015	SET 2015	OUT 2015	NOV 2015 a MAR 2016
Elaboração do projeto	X	X				
Padronização das consultas de pré-natal, com preenchimento de formulários adequados;			X	X		
Conversa inaugural com as gestantes;				X		
Realizar grupos de gestantes na equipe de Saúde da Família;				X	X	
Estabelecer um espaço de escuta para as gestantes no período do puerpério que participaram deste projeto;				X	X	X
Finalização do plano de intervenção					X	
Apresentação do trabalho						X
Acompanhamento do projeto						X

11. Orçamento

Descrição do material ou serviço	Quantidade	Valor unitário	Valor Total
Pastas de elástico	40	R\$ 2,00	R\$ 80,00
Caneta esferográfica	50	R\$ 1,00	R\$ 50,00
Banner	05	R\$ 100,00	R\$ 500,00
Resma A4	03	R\$ 17,00	R\$51,00
Cartucho de tinta colorido	01	R\$ 47,00	R\$ 47,00
Cartucho de tinta preto	01	R\$ 30,00	R\$ 30,00

12. Recursos Humanos

FORMAÇÃO	FUNÇÃO	VÍNCULO COM O PROJETO
Enfermeira	Mestre Docente	Orientação do projeto
Enfermeira	Enfermeira responsável pela equipe de Saúde da Família	Autora do projeto de intervenção

13. Resultados e Discussões

O processo de organização e classificação dos dados emergiram de entrevistas realizadas com 09 (nove) puérperas que haviam participado dos grupos de gestantes.

Quatro das gestantes em estudo tinham completado o ensino fundamental, três tinha completado o médio e duas cursavam o ensino superior. A escolaridade desempenha papel central na maneira como as pessoas irão conduzir sua vida e a de seus filhos. As mães que tem maior grau de instrução podem ter uma visão mais abrangente das coisas que estão ao seu redor (COSTA, 2005). Este dado, muitas vezes, é um indicador de condição social, pois quanto maior o grau de instrução, mais fácil o acesso ao emprego e, conseqüentemente, melhoria na condição socioeconômica da família (SILVA, 2009).

Quanto a relação conjugal, observou-se que as nove gestantes, apesar de não serem casadas oficialmente, tinham relação conjugal estável. A presença de um companheiro é muito importante no processo gestacional, pois é ele a pessoa que mantém mais contato com a mulher, tendo o papel de cuidador da mesma, necessitando, sempre que possível, estar com ela durante as consultas pré-natal e acompanhando toda a evolução gestacional (LOWDERMILK, 2002).

No que se refere ao número de filhos, duas gestantes já tinham tido um filho, e sete estavam grávidas pela primeira vez. Considera-se que as multigestas, em virtude da experiência prévia, apresentam mais segurança e conhecimento de alguns fatores que poderão vir a ocorrer no ciclo gravídico-puerperal (COSTA, 2005). Isso possibilita uma melhor interação entre ela e o profissional de saúde durante as ações e orientações desenvolvidas na consulta pré-natal. Nas primigestas essa vivência se torna um pouco mais complexa, pois tudo é novo e a mulher tem maior necessidade de conhecer os diversos aspectos inerentes ao período gestacional, exigindo do profissional mais atenção e cuidado na consulta pré-natal.

O cartão de gestante confirma que 7 puérperas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre, atingindo assim o mínimo de sete consultas. E que as nove mulheres haviam recebido apenas os resultados dos exames correspondentes ao primeiro trimestre, mesmo sendo solicitado pelo profissional que acompanhou o pré-

natal os do segundo e terceiro trimestre. Dentre as explicações que eram repetidas selecionamos:

G2: Eu fui no hospital colheram meu sangue mais não deu tempo chegar o resultado, procurei por dois meses seguidos até uns dois antes de parir.

G5: Ah aqueles exames que mandam pra Teresina...nunca chega o resultado, toda vez que eu ia procurar o homem dizia q não tinha chegado.

G8: A enfermeira me pediu pra repetir uns exames mas eu já estava com 8 meses aí não deu tempo chegar o resultado, porque os primeiros que ela pediu só chegou 4 meses depois que fiz.

Dentre as 9 mulheres, 5 tiveram seus partos normais e 4 cesariana. Sendo que entre as que pariram normais, quatro sofreram episiotomia sem analgesia prévia e apenas uma pariu no hospital de referência do pré-natal, duas foram transferidas para a maternidade da capital do estado e duas foram transferidas para o hospital de uma cidade vizinha.

E quando foram questionadas sobre o motivo da indicação da cesariana obtivemos as seguintes explicações:

G6: O médico disse que eu não podia ficar aqui porque meu filho estava laçado e me transferiu ...mesmo eu sabendo que isso não era perigoso, porque vi no curso, mais fiquei com medo de arriscar... no outro hospital tinha uma vaga e fizeram logo minha cesariana.

G7: Meu primeiro filho foi cesárea...então quando senti dor fui para o hospital mais me transferiram...e em Esperantina tiraram o neném.

G9: Eu queria muito um parto normal... fiz muito agachamento e caminhei bastante... dilatou só 8 cm segundo o médico que me avaliou no hospital daqui... como eu já tava com 12 horas sentindo dor...eles me transferiram para a cesárea...não foi nada do jeito que sonhei em parir.

A tendência nos índices de cesárea reafirma o uso abusivo da tecnologia associado à realização de procedimentos desnecessários, à precariedade na qualidade da assistência pré-natal e parto e à deficiência da formação e qualificação dos profissionais (SILVA, 2009). Os índices de cesarianas são mais baixos nas mulheres a quem são prestados os cuidados, apoio, e orientações precisas e claras durante todo o período pré-natal e, especialmente, durante o trabalho de parto, devido aceitação da dor como processo fisiológico do nascimento (CAMPANA, 2004).

Este estudo evidencia a reprodução do modelo de assistência vigente (medicalizada, intervencionista, altamente tecnológico e inadequado) e fundamenta-se na necessidade de construir um novo paradigma de assistência alicerçado nos princípios da humanização, por considerar-se que a humanização da atenção

possibilita o acolhimento, a valorização do outro, as relações interpessoais, a naturalidade do processo de parturição e o protagonismo da mulher.

De acordo com o Ministério da Saúde (MS), a humanização pressupõe uma relação de respeito durante o processo de parto, estabelecida entre os profissionais de saúde, as parturientes e os acompanhantes (BRASIL, 2000). Para a Organização Mundial de Saúde (OMS), a humanização compreende um conjunto de práticas que incluem o respeito ao processo fisiológico e a dinâmica de cada nascimento, nas quais as intervenções devem ser cuidadosas, evitando-se os excessos e utilizando-se criteriosamente os recursos disponíveis (OMS, 1996).

No que tange a avaliação da qualidade do atendimento recebido, 100% das mulheres entrevistadas, classificaram o atendimento recebido como ótimo e resolutivo, porém o tempo disponível para as consultas foi classificado por duas puérperas como curto:

G1: A enfermeira me atende bem ... ela me recebe bem, e fala direitinho comigo.

G5: Eu adoro, não sei o que seria de mim se não fosse a enfermeira do posto ... é a única coisa boa que o posto oferece, se ela pudesse me atender vinha toda semana.

G8: A enfermeira me dá muitas orientações, olha minha barriga, mede e escuta o coração do meu neném ... ela me explica tudo bem direitinho, só o tempo é que é curto.

É possível perceber, a partir dos relatos, que esta satisfação refere-se apenas aos aspectos gerais, sendo que um bom atendimento pré-natal, além de fazer um acompanhamento clínico da evolução gestacional, deve ser capaz de identificar intercorrências e prestar orientações quanto à alimentação, mudanças físicas e psicológicas durante o período gestacional.

De acordo com Lima e Moura (2005), vários estudos sobre a assistência pré-natal afirmam que a consulta de enfermagem vem sofrendo transformações, que por sua vez são imprescindíveis para a aceitação e valorização do profissional enfermeiro nos serviços de saúde. Estas mesmas autoras afirmam que os serviços devem nortear suas ações no sentido de atender às especificidades das mulheres atendidas no pré-natal.

Apesar da ampla cobertura, ainda é necessário melhorar o fluxo de atendimento, para diminuir o tempo de espera da consulta e propiciar um aumento no tempo da consulta, visando aos princípios de humanização do pré-natal quanto ao direito de acesso ao atendimento digno e de qualidade nas gestações.

No presente estudo, observou-se o diminuto conhecimento que as gestantes possuem sobre o processo gestacional e os procedimentos que envolvem a assistência ao mesmo. Elas revelaram desconhecer as modificações em seu corpo, os aspectos relacionados com o trabalho de parto, aleitamento materno, os exames indicados, a assistência a que tem direito, desde o início da gravidez até o pós-parto imediato. Tal conhecimento é a base para, além de garantir parâmetros mínimos assistenciais para a gestante, educar e tornar, a mulher mais partícipe, contribuindo assim para a redução dos índices de morbi-mortalidade materna em nosso país:

G2: É meu primeiro filho, nem sei direito como vou cuidar dele ... queria aprender como dar banho, tenho muito medo de derrubar.

G4: No meu outro filho, minha mãe é quem cuidou nos primeiros dias, esse eu queria cuidar, dar banho, dar mamadeira.

G6: Sinto umas coisas esquisitas, meu peito fica formigando e eu não sei o que é ... meu rosto ta cheio de mancha, fico com medo de não saírem depois que eu tiver bebê.

No acompanhamento da gestante é importante que se trate de situações da vida atual, o parto, o pós-parto, os cuidados com o bebê, a amamentação e outros temas importantes que mesma deseja ou necessite ser abordado, além de contribuir para que elas desmistifiquem tabus relativos à gestação, parto e puerpério; compartilhem conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas; de modo a melhor compreenderem os novos papéis. Por fim, possibilitam que a mulher sinta-se a vontade para tirar suas dúvidas e inseguranças (COSTA, 2010).

Quanto à participação do curso todas as nove puérperas entrevistadas estiveram presente nos cursos de gestantes e relataram ter sido de suma importância os conhecimentos adquiridos principalmente durante o trabalho de parto:

G1: Gostei de saber sobre a hora de ir para o hospital, de conhecer meus direitos incluir meu marido durante toda a gravidez.

G2: O banho de água morna que aprendi no curso foi o que mais me ajudou a parir rápido.

G3: O curso me informou que poderia comer e andar na hora que tivesse no hospital...meu primeiro filho fiquei muito fraca de fome.

Atividades de educação em saúde envolvendo gestantes e familiares, através de encontros e grupos, são recursos que permitem a aproximação entre profissionais e receptores do cuidado além de contribuírem para o oferecimento de assistência humanizada. O desenvolvimento de ações educativas com pacientes, seus familiares e junto à comunidade visando à promoção, manutenção e

recuperação da saúde constitui-se em uma das funções do enfermeiro. O trabalho em grupo pode ser utilizado como estratégia do processo educativo, pois a construção deste acontece a partir das interações entre seres humanos de forma dinâmica e reflexiva (SILVA, 2003).

O acolhimento durante assistência pré-natal não consiste apenas em seguir rotinas estabelecidas para esta assistência, mais sim atender a mulher como um todo, ouvindo e assistindo-a em todos os seus dilemas, medos, anseios e curiosidades. Oferecendo informações adequadas para o perfil sociodemográfico de sua clientela, preparando a gestante para o momento do parto, bem como oferecendo à mesma atenção integralizada e eficiente.

É incontestável que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada principalmente com a qualidade da assistência prestada pelo serviço de saúde que a atende, especialmente pelo enfermeiro, bem como um acolhimento adequado, sendo estes, portanto essenciais para a redução das possíveis complicações perinatais.

14. Acompanhamento e avaliação do projeto

Aplicação de questionários qualitativos às gestantes será feito pela equipe de Saúde da Família no momento da visita puerperal. As perguntas serão direcionadas a experiência vivenciada pelas gestantes e seus acompanhantes do pré-natal ao puerpério.

Considerando a variabilidade da idade gestacional das grávidas que participaram desses grupos de gestantes, e que a última data provável de parto (DPP) é no mês de março do ano de 2016, não será possível à conclusão deste projeto antes da apresentação.

As modificações na forma de produzir saúde podem contribuir para que os profissionais de saúde superem a prática tradicional, centrada na exclusividade da dimensão biológica, ampliando assim a escuta e transformando o processo de trabalho na unidade de saúde. Transformando assim, a ESF Formigueiro uma rede eficaz, eficiente e resolutiva, reduzindo o grau de insatisfação das pacientes nele atendidas e proporcionando o aumento do número de gestantes assistidas principalmente no início da gravidez.

A rede de serviços de apoio diagnóstico para a realização dos exames recomendados durante a gravidez nem sempre contempla a necessidade dos Municípios. Em muitos lugares a mulher ainda peregrina para encontrar um estabelecimento de saúde no momento do parto e a atenção ao parto e nascimento, por vezes, utiliza-se de práticas que não estão baseadas em evidências científicas.

Espera-se que a partir da implantação das ações propostas, as gestantes e seus acompanhantes tenham uma qualificação no pré-natal na perspectiva da humanização através de todos os profissionais que compõem a equipe de Saúde da Família, superando assim suas ansiedades para o momento do pré-parto e parto.

REFERÊNCIAS

- ANVERSA ETR, BASTOS GAN, NUNES LN, DAL PIZZOL TS. **Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil.** Cad saúde pública [Internet]. 2012 [cited 2015 set 17]; 28(4):789-800. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000400018
- APM (ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE MEDICINA). **SUS: o que você precisa saber sobre o Sistema Único de Saúde.** 1. ed. São Paulo: Atheneu, 2006. p. 1-256.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 2000.
- BENIGNA, M. J. C.; NASCIMENTO, W.G. do; MARTINS, J.L. **Pré-natal no programa saúde da família (PSF): com a palavra, os enfermeiros.** Cogitare Enfermagem. Curitiba, v. 9, n. 2, 2004.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática.** Brasília: MS; 1984.
- _____. Ministério da Saúde. **Programas de Agentes Comunitários de Saúde da Família: PACS/PSF,** Brasília, DF, 1997.
- _____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial,** Brasília, DF, 1998.
- _____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde, Manual Técnico, Assistência Pré –Natal,** 3 ed. 66p. 2000c.
- _____. Ministério da Saúde. **Assistência ao pré-natal. Manual técnico.** Brasília, 2000.
- _____. Ministério da Saúde . **Portaria nº 569, de 1º de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde** [Internet]. 2000 [Acesso em: 25 de setembro 2015]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html
- _____. Ministério da Saúde. **Secretaria de Políticas de Saúde. O desafio de construir e implementar políticas de saúde: relatório de gestão 2000-2002.** Brasília (DF): O Ministério; 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Brasília, DF, 2005. (Manual Técnico)
- _____. Ministério da Saúde. **Secretaria de atenção a Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerperio: atenção qualificada e humanizada – manual técnico.** Brasília, 2005
- _____. Ministério da Saúde. **Coordenação de Saúde Materna Infantil. Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher. Assistência Pré-natal: Manual Técnico.** 3. Ed .Brasília, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada Manual Técnico. Série A. Normas e Manuais Técnicos Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos.** Caderno nº 5. Brasília: MS; 2006.

_____. Ministério da Saúde . **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Ministério da Saúde; 2011. [acesso em 2015 set 06]. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf

_____. Ministério da Saúde. **Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011.**

BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M. J. D. **Evidências sobre o suporte durante o trabalho de parto/parto: uma revisão da literatura.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.21, n.5, p.1316-1327, 2005.

BRUGGEMANN, O. M; PARPINELLI, M.A; OSIS, M. J. D. **Apoio no nascimento: percepções de profissionais e acompanhantes escolhido pela mulher.** Ver. Saúde Pública, São Paulo, v. 41, n. 1, p.44-52, 2007.

CAMPANA HCR, PELLOSO SM. **Levantamento dos partos cesários realizados em um hospital universitário.** Rev Eletr Enf [periódico na internet]. 2004 [citado 2010 abr 28]; 9(1): [cerca de 13 p]. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a04.pdf>.

CHAVES LDP, TANAKA OY. **O enfermeiro e a avaliação na gestão de Sistemas de Saúde.** Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [cited 2015 ago 17]; 46(5):1274-1278, 2012. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000500033

COSTA AM, GUILHEM D, WALTER MIMT. **Atendimento a gestantes no sistema único de saúde.** Rev Saúde Pública. 2005; 39(5):768-74.

COSTA ES, PINON GMB, COSTA TS, SANTOS RCA, NÓBREGA AR, SOUSA LB. **Alterações fisiológicas na percepção de mulheres durante a gestação.** Rev Rene. 2010; 11(2):86-93.

COSTA CSC, VILA VSC, RODRIGUES FM, MARTINS CA, PINHO LMO. **Características do atendimento pré-natal na Rede Básica de Saúde.** Rev Eletr Enf [Internet]. 2013 [cited 2015 set 17]; 15(2):516-22. Available from: https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v15/n2/pdf/v15n2a26.pdf

DIAS, M. A. B. **Humanização da Assistência ao Parto: Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública.** Tese de [Doutorado] Rio de Janeiro: Instituto Fernandes Figueira/FIOCRUZ, 2006

DINIZ, C. S. G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento.** Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p.627-637, 2005.

GRANGEIRO GR, DIOGENES MAR, MOURA ERF. **Atenção Pré-Natal no Município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL.** Rev Esc Enferm USP 2008;42(1):105-11.

GIOVANNI, Di Mirian, **Rede Cegonha: da concepção à implantação.** ENAP – Escola Nacional de Administração Pública, Brasília, 2013.

KITZINGER, S. **A Experiência do Parto**. Instituto Piage. 2004.

LIMA, Y. M. S.; MOURA, M. A. V. **Consulta de Enfermagem pré-natal: a qualidade centrada na satisfação da cliente**. Revista de Pesquisa: cuidado é fundamental, Rio de Janeiro, ano 9, n.1/2, p. 93-99, 2005.

LOWDERMILK DL, PERRY SE, BOBAK IM. **O cuidado em Enfermagem materna**. 5ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2002.

MINAYO, M.C.S. DESLANDES, S.F.: GOMES, R. (Coord.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 20. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

NEDEL, F. B. et al. **Programa saúde da família e da assistência ambulatorial e condições sensíveis no sul do Brasil**. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v. 42, n. 6, p. 1041-52, dez. 2008.

OMS (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE). **Maternidade segura. Assistência ao parto normal: um guia prático**. Genebra, 1996.

PACAGNELLA RC, CECATTI JG, OSIS MJ, SOUZA JP. **O papel da demora nos casos graves de morbimortalidade materna: expandindo o quadro conceitual**. Revista Questões de saúde reprodutiva [Internet]. 2013 [cited 2015 out 17]; 7(6):128-137. Available from: <http://www.grupocurumim.org.br/revista/qsr6.pdf>

PORTAL DA SAÚDE, **Departamento de Atenção Básica – Estratégia de Saúde da Família**. Disponível em: http://dab.saude.gov.br/portaldab/smp_como_funciona.php?conteudo=esf>. Acessado em 23 de dezembro de 2015.

RONCALLI, A. G.; LIMA, K. C. de. **Impacto do Programa Saúde da Família sobre indicadores de saúde da criança em municípios de grande porte da região Nordeste do Brasil**. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 11, n. 3, p. 713-724, jul./set. 2006.

SABINO, ANA FLÁVIA MARTINS. **Tríade gestante-acompanhante-maternidade e a interação para o parto humanizado**. Fortaleza, CE, 2010.

SARTORI, G. S.; VAN DER SAND, I. C. P. - **Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos, de trocas e de vínculos entre os participantes**. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 06, n. 02, 2004. Disponível em www.fen.ufg.br

SCHIMIDT, M. D.; LIMA, M. A. D. S. **Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família**. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1487-94, nov./dez. 2004.

SERRUYA SJ, CECATTI JG, LAGO TG. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: resultados iniciais**. Cad Saúde Pública. 2004;20(5):1281-9.

SILVA, F.G.; PELLOSO, M.S. **Perfil das parturientes e seus recém-nascidos atendidos em um hospital-escola do Noroeste do Estado do Paraná**. R. Esc. Enferm. USP, São Paulo, v.43, n.1, p.95-102, 2009.

SILVA ALAC, MUNARI DB, LIMA FV, SILVA WO. **Atividades grupais em saúde coletiva: características, possibilidades e limites**. Rev Enferm UERJ. 2003; 11(1):18-24.

LUSTOSA, Thaís Rejane Alves. **Humanização no pré-natal em um município do estado do Piauí**

Apêndice I

Questionário referente ao atendimento de pré-natal realizado na ESF Formigueiro, aplicado durante a visita puerperal pela enfermeira desta Estratégia de Saúde da Família.

NOME: _____

DN: _____ **DATA DO PARTO:** _____ **DATA DE ALTA:** _____

END: _____

DATA DA CONSULTA DE PUERPÉRIO: _____

TIPO DE PARTO: () VAGINAL () CESÁRIA

MÉDICO RESPONSÁVEL: _____

USOU ANESTESIA: () NÃO () SIM _____

EPISIOTOMIA: () NÃO () SIM

INTERCORRÊNCIAS NO PARTO:

ESTADO CIVIL: () solteira () casada () convivente () outro

ESCOLARIDADE: () 1GC () 1GI () 2GC () 2GI () 3GC () 3GI () analfabeto
()

QUANTOS FILHOS POSSUI? _____

1-Você gostou do atendimento durante o pré-natal?

() sim () não

2-Participou do curso de gestante?

() sim () não

3-Do que mais gostou durante o curso?

Porque? _____

4- Quais foram às orientações que você recebeu durante os cursos de gestantes que conseguiu praticar durante o trabalho de parto?

LUSTOSA, Thaís Rejane Alves. **Humanização no pré-natal em um município do estado do Piauí**

Apêndice II

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Meu nome é Thaís Rejane Alves Lustosa. Sou enfermeira e especializanda do curso de especialização em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de Minas Gerais pelo projeto Rede Cegonha.

Estou realizando um Projeto de Intervenção, sob orientação da Professora Geny Rose, intitulado como: Humanização do pré-natal em município do estado do Piauí, que tem como objetivo favorecer para a humanização do atendimento à gestantes durante o pré-natal, no município de Batalha-PI. Dentre as atividades realizadas pelo projeto constam: a formação de grupos de gestante em uma equipe de saúde da família.

Venho por meio deste, solicitar sua autorização para que eu possa realizar o registro fotográfico destas atividades, que contam com sua participação, e que também possa utilizar as fotografias na apresentação de meu projeto na Universidade Federal do Piauí e/ou outros eventos científicos.

Informo ainda que a apresentação das fotografias enriquecerá o debate e favorecerá a melhoria das políticas públicas para as gestantes e famílias.

Se após sua participação, em algum momento, você quiser saber sobre o andamento do projeto, ou esclarecer alguma dúvida, poderá me telefonar, ligando para (086)99862-2250.

Thaís Rejane Alves Lustosa RG nº 2304149 – SSP/PI

Declaro que li o texto acima, esclareci as dúvidas com a aluna, entendi os objetivos e concordo com o registro e apresentação fotográfica das atividades do Projeto: Atenção humanizada durante o pré-natal, parto e puerpério no município de Batalha-PI.

Data: ____/____/_____

Gestante /RG ou CPF