

PRÉ-NATAL HUMANIZADO: UM DIREITO DE TODA GESTANTE

IONE RAMOS DE QUEIROZ

DANIELE IDALINO JANEIRO

CARINE FERREIRA MOURA

ALÚSIO DE MOURA FERREIRA

MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ

Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, Paraíba, Brasil.

queirozsocorroramos@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

O período da gravidez é considerado especial na vida da mulher. Embora não seja caracterizado como estado patológico, ocorrem, nesta fase da vida, importantes modificações orgânicas e emocionais, tornando a saúde da gestante, da parturiente e da puérpera vulnerável a agravos.

Na maioria das vezes, esses agravos podem ser evitados através de uma assistência voltada para a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico e tratamento precoce de doenças preexistentes e/ou incidentes nesse período.

O Ministério da Saúde (MS) lançou alguns programas enfocando a atenção humanizada. Em maio de 2000 apresentou o Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH), que foi instituído em 2001. Este programa foi substituído em 2004 pela Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão em Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS) – Humaniza SUS (PNH), que tem a “Humanização” como política transversal na rede do SUS. O MS também criou em 1999-2000 a Norma de Atenção Humanizada do Recém-Nascido de Baixo Peso e em 2000 o Programa Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN) (BELFORT, 1998; BRASIL, 2000; BRASIL, 2001a; BRASIL, 2001b; BRASIL, 2002).

O PHPN ampliou as coberturas dos serviços de medicina preventiva para a população materno-infantil, os quais incluem atendimento pré-natal, imunização e monitorização do crescimento e desenvolvimento da criança. Estudos epidemiológicos têm demonstrado que a prática do pré-natal leva a taxas menores de mortalidade materna e perinatal, e que esse efeito está diretamente relacionado à consulta de qualidade e à idade gestacional (BRASIL, 2002; BRASIL, 2006; DUARTE; ANDRADE, 2008).

Para humanizar o atendimento, é necessário reconhecer a individualidade e estabelecer relações menos desiguais e menos autoritárias, o profissional em lugar de “assumir o comando da situação” passa a adotar condutas que envolvem a gestante como membro responsável pelo trabalho realizado (BRASIL, 2000).

Tendo conhecimento de que uma assistência humanizada é fundamental para a obtenção de bons resultados da gestação, esse trabalho teve como finalidade acompanhar o pré-natal em uma Unidade Básica do Programa Saúde da Família, onde foram observadas todas as atividades desenvolvidas com a gestante e também o desempenho da equipe durante a realização das consultas.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo longitudinal com abordagem quali-quantitativa e descritiva que foi realizado na Unidade Básica do Programa Saúde da Família, no bairro de Nova Brasília em Campina Grande – PB, no período de fevereiro a outubro de 2008, e envolveu 31 gestantes todas cadastradas e acompanhadas pela equipe de saúde.

Os dados foram coletados através de um questionário estruturado com perguntas abertas e fechadas. No início da pesquisa, as clientes responderam a um questionário com

perguntas objetivas e subjetivas e, mensalmente, durante cada atendimento, novos dados eram registrados, com relação à atenção a gestantes e o desempenho da equipe de saúde.

O estudo foi realizado após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual da Paraíba (UEPB) através do protocolo nº 109/02. Os participantes foram informados a cerca dos objetivos, da metodologia da pesquisa e após concordarem assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

A análise dos dados seguiu critérios da estatística percentual e os resultados foram apresentados em forma de figuras.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Na Figura 1, podemos observar que, durante a pesquisa, foram acompanhadas gestantes com idades entre 14 e mais de 35 anos. Para Belfort (1998) e Johnson; Walker; Niebyl (1999) os extremos etários são fatores de riscos obstétricos. Das gestantes atendidas, 39% eram adolescentes e 6% tinham idade superior a 35 anos. Ambos os casos apresentavam riscos de terem filhos com anormalidades cromossômicas, por isso, é dever da equipe de saúde questionar sobre histórias familiares de Síndrome de Down, defeito do tubo neural, hemofilia, hemoglobinopatias e outros defeitos de nascimento, incluindo retardo mental.

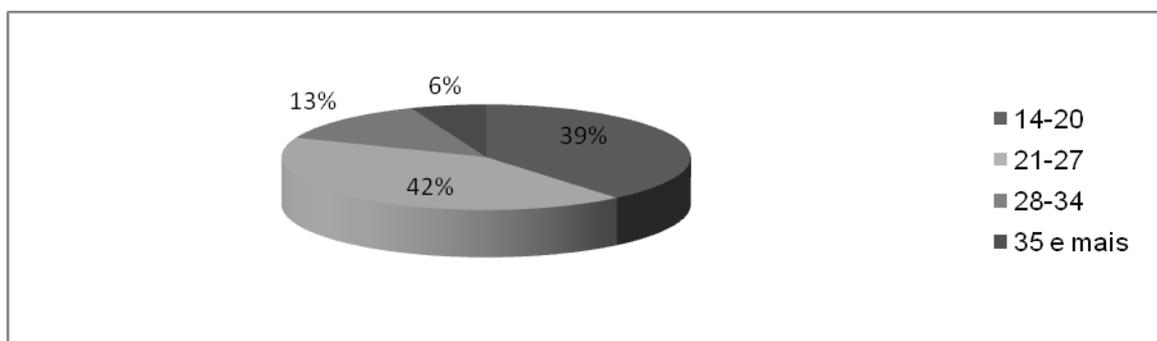


Figura 1: Faixa etária das gestantes acompanhadas.

De acordo com as gestantes acompanhadas 68% eram multigestas, dentre estas apenas 5% não tinham amamentado (FIGURA 2). Foi realizado um trabalho de conscientização para estimular a grávida ao aleitamento materno, uma vez que as crianças alimentadas ao seio possuem maior resistência às infecções, menor incidência de afecções gastrintestinais, otite média e infecções respiratórias. O colostro contém imunoglobulinas e anticorpos com atividade específica antibacteriana e anti-virótica, inexistente no leite de vaca ou no artificial.

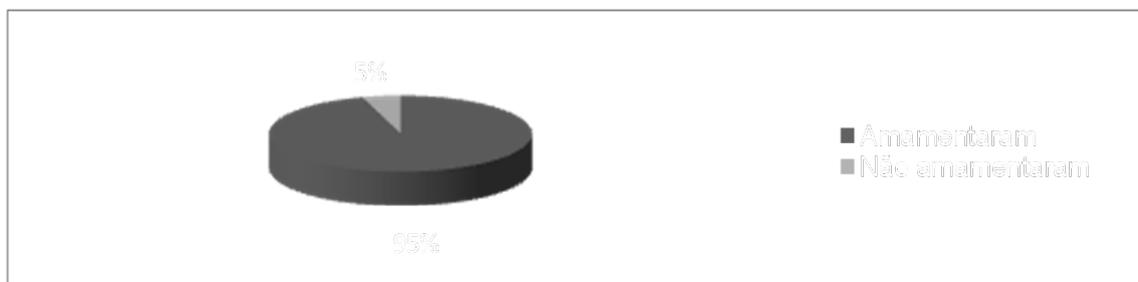


Figura 2: Percentual das gestantes multigestas que amamentaram.

Com relação ao número de consultas de pré-natal, é importante verificar que 52% das mulheres realizaram seis ou mais consultas (FIGURA 3), isso demonstra que a equipe do PSF

está trabalhando de acordo com as exigências PHPN, que preconiza, no mínimo, 6 consultas (BRASIL, 2002).

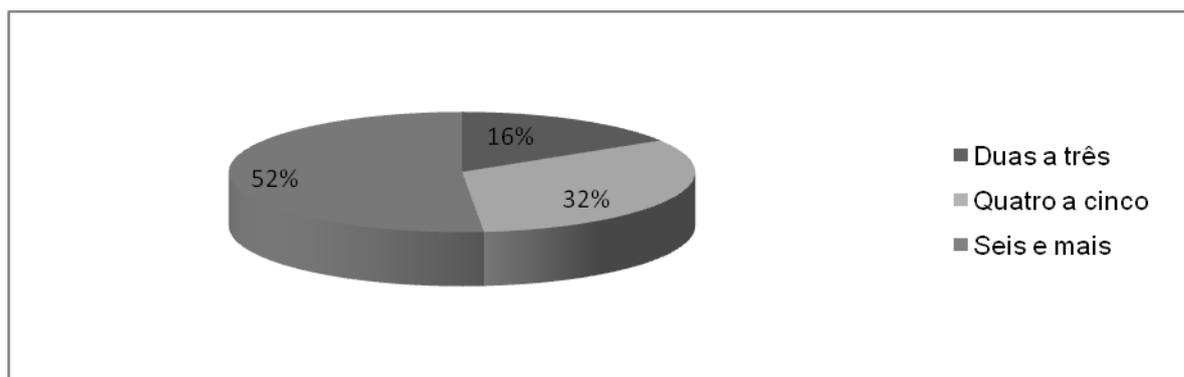


Figura 3: Número de consultas realizadas durante o pré-natal.

Nas consultas, os exames forma solicitados de acordo com o Ministério da Saúde: ABO-Rh (1), VDRL (2), sumário de urina (2), glicemia (2), hemograma (2), teste de HIV (1), e avaliados pelo enfermeiro e pelo médico. O teste para HIV, apesar de obrigatório para as cidades com mais de cinquenta mil habitantes, não foi realizado por todas as gestantes, algumas resistiram. Este fato é preocupante, uma vez que autores como Zugaib e Sancovski (1994); Johnson; Walker; Niebyl (1999); e o MS, afirmam que é necessário realizá-lo, pois, quando o resultado é positivo, as grávidas são tratadas com anti-retrovirais buscando reduzir a transmissão vertical.

O uso de sais de ferro e vitaminas foi prescrito pelo enfermeiro durante as consultas, como intervenção de rotina. Alguns autores comentaram que a suplementação de ferro deveria ser restrita àquelas gestantes que, comprovadamente, apresentassem deficiência de ferro (MENGUE et al., 2001). Entretanto, Horn (1988) comentou que os custos envolvidos no diagnóstico e no acompanhamento dessa avaliação seriam maiores que os custos com a suplementação.

Todas as mulheres participam de atividades de educação e saúde com palestras, orientações sobre a gravidez, parto e puerpério e foram imunizadas com a vacina antitetânica (dT).

A Figura 4 demonstra a avaliação da equipe do PSF, a qual é responsável pelo atendimento às gestantes, cuja classificação é ótima, segundo a opinião de 68% das mulheres.

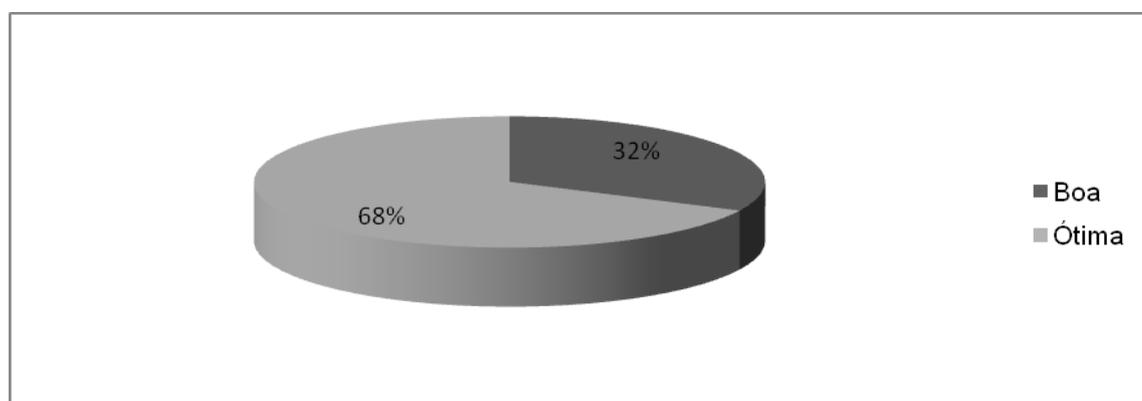


Figura 4: Avaliação da equipe responsável pelo pré-natal.

A relação profissional de saúde/gestante é necessária, pois a história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do seu relato e de seus acompanhantes.

São partes desta história fatos, emoções ou sentimentos, a partir dos quais as grávidas esperam compartilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas a cada mulher, aparecendo de forma individualizada até mesmo para quem já teve outros filhos (BRASIL, 2001b).

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família, tornando a assistência humanizada, de modo que a gestante não seja apenas agente e sim participante do processo.

É preciso observar que não se trabalha sobre o cliente, mas com o cliente! A humanização do pré-natal diz respeito à defesa dos valores do cliente e ao atendimento de suas expectativas e necessidades (NOGUEIRA, 2008).

A Figura 5 mostra as diferenças do pré-natal atual para o anterior, realizado pelas múltiparas. Todas as colocações feitas demonstraram que a maior procura e a participação da gestante à unidade de saúde ocorreram não só pelo fato de estar esperando um filho, mas também pelo atendimento recebido.

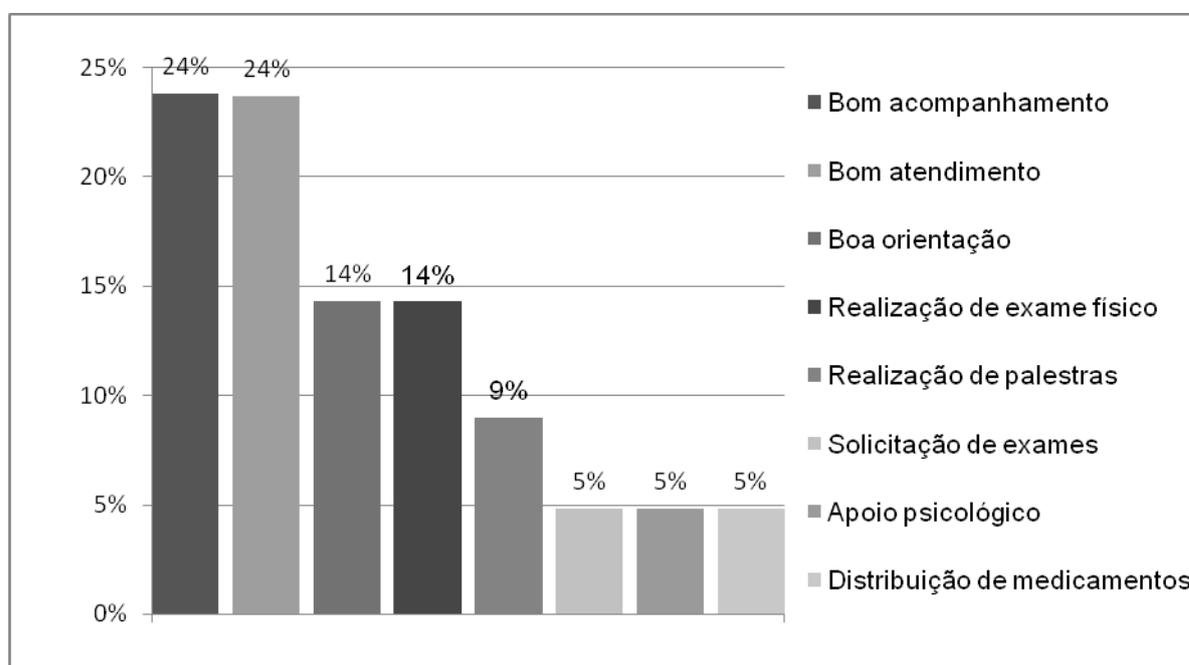


Figura 5: Diferenças do pré-natal atual em relação ao anterior.

Para que a assistência seja prestada com qualidade é preciso conhecer o que pensam as gestantes a respeito do pré-natal, praticar o acolhimento, criar vínculos com elas e oferecer-lhes acesso às informações necessárias, de modo que possam entender essas informações (SANTOS et al., 2000).

Nogueira (2008) e Brasil (2006) comentaram que humanização é uma nova visão da gestação do parto da mulher, que humaniza no sentido antropológico e psicológico todos os participantes do evento. Humaniza-os porque os torna mais rico em humanidade, em sensibilidade, em efetividade, traz à tona sua grandeza, força e sabedoria, porque lhes permite a experiência do mistério da vida, da dor e da vitória, do risco e da alegria. Humaniza o enfermeiro e demais profissionais de saúde, dando-lhes mais profundidade, compreensão do processo de gestação-parto e mais segurança, tornando-os pessoas mais plenas. Humaniza a mulher fazendo-lhe experimentar seu segredo guardado, sua força escondida, sua participação ativa no processo de criação da vida, inaugurando, assim, sua maternidade e relação com seu filho. Humaniza o pai, dando-lhe o presente de acompanhar a gestação e presenciar o

nascimento de seu filho, a vitória de sua mulher. Portanto, humanização não é o que se sabe, mas como se usa esse saber.

CONCLUSÃO

As multíparas avaliaram que no pré-natal atual elas receberam melhor atendimento, orientação, acompanhamento e apoio psicológico, resultante de uma assistência humanizada e integrada. No geral, o acompanhamento foi considerado ótimo ou bom por todas as gestantes.

A humanização do pré-natal é uma nova forma de ver a gestação e o parto, onde integra não só a mãe, mas também o pai e toda a família nesse processo. Permite a mulher uma participação mais ativa durante este estágio da sua vida, não sendo apenas “objeto” de manipulação da equipe de saúde.

REFERÊNCIAS

BELFORT, P. Medicina Preventiva: Assistência pré-natal. In: REZENDE, J. **Obstétrica**. 8.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 1998, p. 260-273.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria GM nº 569 de 18 de agosto de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)**. Ministério da Saúde 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Parto, Aborto e Puerpério: Assistência humanizada à mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001a, p. 9-11.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Recém-Nascido de Baixo Peso: método mãe Canguru**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

DUARTE, S. J. H. D.; ANDRADE, S. M. O. de. O Significado do Pré-Natal para Mulheres Grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. **Rev Saúde Soc**. São Paulo. n. 2, v. 17, p. 132-139, 2008.

HORN, E. Iron and folate supplements during pregnancy: supplementing everyone treats those at risk in cost effective. **Br Med J**. n. 297, 1988, p.1325-1327.

JOHNSON, T. R. B.; WALKER, M. A.; NIEBYL, J. R. Assistência pré-concepção e pré-natal. In: GABLE, S. G.; NIEBYL, J. R.; SIMPSON, J. L. **Obstetrícia: Gestações normais e patológicas**. 3ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S/A, 1999, p. 121-138.

MENGUE, S. S.; SCHEINKEL, E. P.; DUCAN, B. B.; SCHIMIDT, M. I. Uso de medicamentos por gestantes em seis cidades brasileiras. **Rev Saúde Pública**. São Paulo. v. 35, n. 5. p. 415-420, 2001.

MEZOMO, J. C. A humanização no hospital. **Rev Hospitalar de Administração e Saúde**. São Paulo, v.12, n.3, jul/set, 1998.

NOGUEIRA, A. T. Quem é o médico humanizado? Disponível em <http://www.amigosdoparto.com.br/medico.htm/> Acesso em 01/02/2008.

SANTOS, L. S.; BARONI, R. C.; MINOTTO, I.; KLUMR, A. G. Critérios de escolha de postos de saúde para acompanhamento pré-natal em Pelotas, RS. **Rev Saúde Pública**. São Paulo. v. 34, n.6, p. 603-609, 2000.

ZUGAIB, M.; SANCOVSKI, M. **O Pré-Natal**. 2ed. São Paulo: Atheneu, 1994, p. 1-20.

MARIA DO SOCORRO RAMOS DE QUEIROZ

queirozsocorroramoss@yahoo.com.br

Endereço: José de Alencar, 286

Bairro: Prata

CEP: 58400-500

Campina Grande-PB

Telefone: 08333212852