Faculdade de Ciências da Saúde Archimede Theodoro

LARISSA CARVALHO DE PINHO

O ENFERMEIRO NA ASSITÊNCIA À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

ALÉM PARAÍBA

2019

LARISSA CARVALHO DE PINHO

O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À PUÉRPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba, como requisito parcial à obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.
Prof. Orientador: Profº Esp. Flávio Eduardo Coelho.
Prof. da disciplina: Prof° Msc. Douglas Pereira Senra

Além Paraíba

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

PINHO, Larissa Carvalho de.

O Enfermeiro na Assistência à Puérpera na Atenção Primária / PINHO, Larissa Carvalho de, 2019.

Além Paraíba: FEAP/FAC SAÚDE ARTH, Graduação, 2019.

Monografia (Bacharel em Enfermagem) – Fundação Educacional de Além Paraíba, FAC SAÚDE ARTH, Além Paraíba, 2019.

Prof. da Disciplina: Prof. Mestre Douglas Pereira Senra
Orientação: Profª Enf. Especialista Flávio Eduardo Coelho

1. Enfermagem; 2. Atenção Primária; 3. Assistência Humanizada; 4. Puerpério.

I. Senra, Douglas Pereira (Prof. da Disciplina.). II. Coelho, Flávio Eduardo (Orient.). III. Fundação Educacional de Além Paraíba, Bacharel em Enfermagem. IV. O Enfermeiro na Assistência à Puérpera na Atenção Primária.

Dedico primeiramente a Deus. Aos meus pais, pelo amor e por acreditar em mim. Aos familiares e amigos, pelo incentivo.

LARISSA CARVALHO DE PINHO

O ENFERMEIRO NA ASSISTÊNCIA À PUERPERA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Monografia de conclusão de curso apresentada ao Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro mantida pela Fundação Educacional de Além Paraíba, como requisito parcial a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem e aprovada pela seguinte banca examinadora:

_____

Prof. Msc.Douglas Pereira Senra
(Prof. Da Disciplina)
Fundação Educacional de Além Paraíba

_____

Prof.º Esp. Flávio Eduardo Coelho
(Orientador)
Fundação Educacional de Além Paraíba

_____

Profº. Maria Laura Fortes Araújo
Prof. (Prof. Convidado)
Fundação Educacional de Além Paraíba

Além Paraíba

AGRADECIMENTOS

Nenhuma batalha é vencida sozinha. No decorrer dessa luta, algumas pessoas estiveram ao meu lado, me estimulando para que eu buscasse a minha vitória e conquistasse o meu sonho.
Primeiramente quero agradecer a Deus, que me ouviu nos momentos difíceis, me confortou e me deu forças para chegar até aqui.
Agradeço também aos meus pais, que durante toda minha vida, estiveram comigo, ao meu lado, sempre me apoiando e me incentivando.
Meu grande exemplo de Profissional, meu Professor Orientador Flávio Eduardo, te agradeço imensamente, você foi muito importante durante toda a minha graduação
Não posso deixar de agradecer meu filho Gabriel que se tornou meu maior motivo para lutar e concluir essa graduação
Obrigada aos professores do Curso de Enfermagem da Fac-Saúde ArTHE - Além Paraíba pelo enriquecimento na minha vida acadêmica.

A atuação da equipe de enfermagem na assistência à mulher em qualquer fase do período gestacional e puerperal faz-se muito importante. Visto que ao longo das consultas do pré-natal há um fortalecimento do vínculo entre a gestante e os profissionais de enfermagem.

(DUNCAN, 2013)

RESUMO

PINHO, Larissa Carvalho de.**O enfermeiro na assistência à puérpera na atenção primária.** Além Paraíba. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro, Fundação Educacional de Além Paraíba, 2019.

O assunto da pesquisa envolve a atuação do profissional de enfermagem à puérpera na atenção primária. Sendo relevante o tema, uma vez que envolve os profissionais de enfermagem, no atendimento desde o pré-natal até o puerpério.A discussão sobre este assunto surgiu no decorrer do curso, onde foi evidenciado as ações éticas do profissional enfermeiro às parturientes, com realce na assistência humanizada. O problema que norteou a pesquisa foi: qual a importância da atuação do enfermeiro à puérpera na atenção primária? Com isso, no aporte teórico, foi apresentada a assistência de enfermagem na atenção primária, com acolhimento e respeita à individualidade da cliente, sendo estes elementos essenciais no atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde da parturiente. Tendo como objetivos discutir a importância da humanização da enfermagem na atenção primária à gestante e destacar a atuação do profissional de enfermagem durante o pré-natal e no puerpério.Os procedimentos metodológicos de cunho bibliográfico abordaram inicialmente a saúde, atenção primária, os princípios da ESF e os Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher e de humanização no pré-natal e nascimento. Em seguida discursou sobre o acolhimento, desde o pré-natal ao pós-parto. E, finalizando o aporte teórico, conceituou assistência humanizada, a atuação do profissional de enfermagem na atenção primária e orientações pós-parto. Verificando assim, a importância da assistência humanizada do profissional enfermeiro na atenção primária, privilegiando o respeito, dignidade e autonomia das mulheres, com proteção ao binômio feto/mãe durante todo o ciclo: gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Atenção primária. Assistência humanizada. Gestante. Puerpério.

ABSTRACT

PINHO, Larissa Carvalho from. **The nurse in thepostpartumcare in primarycare**. Beyond Paraíba. Monograph (BachelorofNursing) - Archimedes Theodoro Schoolof Health Sciences, Beyond Paraíba Educational Foundation, 2019.

The subject of the research involves the performance of nursing professionals to postpartum women in primary care. The theme is relevant, since it involves nursing professionals in the care from prenatal to postpartum. The discussion on this subject emerged during the course, which highlighted the ethical actions of professional nurses to parturients, with emphasis on humanized care. The problem that guided the research was: how important is the role of nurses to postpartum women in primary care? Thus, in the theoretical framework, nursing care was presented in primary care, with welcome and respect to the individuality of the client, and these essential elements in care so that it can effectively focus on the health status of the parturient. Having as objectives to discuss the importance of the humanization of nursing in primary care to pregnant women and highlight the performance of nursing professionals during prenatal and postpartum. The methodological procedures of bibliographic nature initially addressed health, primary care, the principles of the FHS and the Program of Integral Assistance to Women's health and humanization in prenatal and birth. He then addressed the reception, from prenatal to postpartum. And, finalizing the theoretical contribution, it conceptualized humanized care, the performance of the nursing professional in primary care and postpartum guidance. Thus, the importance of the humanized care of the professional nurse in primary care, emphasizing the respect, dignity and autonomy of women, with protection to the binomial fetus / mother throughout the cycle: pregnancy, childbirth and postpartum, with the main purpose of reducing the maternal and perinatal morbidity and mortality

KEYWORDS: Nursing. Primary attention. Humanized assistance. Pregnant. Puerperium.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....9
1.1 Justificativa.....10
1.2 Objetivo.....10
1.2.1 Objetivo Geral.....10
1.2.2 Objetivo Específico.....10
1.3 Método.....10
2 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....12
2.1 A Saúde.....12
2.2 Atenção Primária.....13
2.3 Princípios da Estratégia da Saúde da Família.....14
2.4 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher.....15
2.5 Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.....17
3 O ACOLHIMENTO DA GESTANTE DESDE O PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO....21
3.1 O pré-parto.....21
3.2 As principais modificações no organismo da mulher durante a gestação.....22
3.3 Puerpério.....23
4 A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....25
4.1 Assitência Humanizada.....25
4.2 Atuação do Enfermeiro na Atenção Primária.....28
4.2.1 Consultas de pré-natal.....28
4.3 Orientações no Puerpério.....32
4.3.1 Consultas Puerperais.....33
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....35
6 REFERÊNCIAS 37
ANEXOS.....39

1. INTRODUÇÃO

A pesquisa trata da questão da atuação do profissional de enfermagem à puérpera na atenção primária. Os procedimentos relativos ao tratamento dispensados a pacientes devem respeitar sempre sua individualidade, tendo em vista que a paciente necessita de acolhimento, à luz de considerações éticas do profissional de enfermagem.

O assunto configura sua relevância, pois envolve os profissionais de enfermagem, no atendimento desde o pré-natal até o puerpério. E, o conhecimento técnico e científico que o profissional de enfermagem possui, sua assistência é indispensável para os cuidados necessários com vista a uma boa recuperação, prevenção de possíveis complicações e controle, no caso de complicações.

O interesse surgiu, pelo desenvolvimento do tema em questão no decorrer do curso[1], na Disciplina Saúde da mulher e do recém-nascido. Os conteúdos apresentados evidenciaram que as ações éticas do profissional enfermeiro devem ser praticadas ao assistirem as parturientes, sendo destacado que a humanização de enfermagem promove o bem-estar da parturiente, considerando sua liberdade, unicidade e dignidade, atuando na promoção da saúde, prevenção de enfermidades e complicações no transcurso do parto.

Com relação a questão ética da profissão do enfermeiro, os profissionais enfermeiros têm que colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do recém-nascido, reconhecendo os momentos críticos em que suas intervenções são necessárias para assegurar a saúde de ambos.

A gestação é uma etapa especial da vida da mulher e o seu bem-estar físico, emocional e social deve ser mantido. A tensão do dia-a-dia, oriundas seja do trabalho, de preocupações domésticas, da expectativa sobre o estado de saúde do bebê que está sendo gerado, de como vai ser o parto, podem, quando em excesso, causar estresse. Nesse sentindo, a assistência humanizada de enfermagem, respeitando o direito da mulher a privacidade, a segurança e conforto, aliado ao apoio familiar durante a parturição contribui favoravelmente para manter o bem-estar físico e emocional da gestante, reduzindo riscos e complicações.

Frente a esses pressupostos, o problema apresentado foi: qual a importância da atuação do enfermeiro à puérpera na atenção primária?

Com isso a hipótese a ser sustenta para a atual pesquisa é que a assistência de enfermagem na atenção primária, com acolhimento e respeito à individualidade da cliente,

---

[1] Graduação em Enfermagem na Faculdade de Ciências da Saúde Archimedes Theodoro.

sendo estes elementos essenciais no atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde da parturiente.

Espera-se que este trabalho possa provocar reflexões sobre a importância da atuação do profissional enfermeiro na atenção primária, privilegiando o respeito, dignidade e autonomia das mulheres, com proteção ao binômio feto/mãe durante todo o ciclo: gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

1.1 JUSTIFICATIVA

O presente estudo se justifica como de fundamental importância, pois se pretende através de um acompanhamento humanizado as gestantes e puerperas, a importância do profissional enfermeiro na atenção primária.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

Demonstrar a importância do profissional enfermeiro à puérpera na atenção primária.

1.2.2 Objetivos Específicos:

Discutir a importância da humanização da enfermagem na atenção primária;

Destacar a atuação do profissional de enfermagem durante o pré-natal e pos-parto.

1.3 MÉTODO

A metodologia utilizada foi uma pesquisa teórica, de caráter qualitativo, na qual foi feito um levantamento bibliográfico em livros, revistas científicas, artigos, sites da internet, em autores clássicos e contemporâneos, com o objetivo de argumentar a respeito do tema proposto, responder à questão de pesquisa e sustentar a hipótese.

Para tanto a pesquisa é composta por três capítulos no primeiro capítulo apresentou a saúde como direito fundamental, conceituando a atenção primária que valoriza as condições de saúde da população brasileira, os princípios da ESF, com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Destacando o Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, o Programa de humanização no pré-natal e nascimento (PNPH), implantado em 2000, pelo Ministério da Saúde. No segundo capítulo realçou o acolhimento durante todo o processo, desde o pré-natal ao puerpério. Apresentando

as principais modificações do organismo da mulher durante a gestação e conceituou puerpério para melhor entendimento da importância da assistência humanizada. E, no terceiro capítulo, conceituou assistência humanizada e a atuação do enfermeiro, enfatizando o respeito e necessidades da cliente, os princípios éticos deste profissional. Destacou a atuação do profissional de enfermagem na atenção primária e orientações pós-parto, considerando a complexidade do processo fisiológico durante a gestação, a atuação do profissional enfermeiro envolve cuidados tanto para a saúde da mão quanto do recém-nascido.

2. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

O presente capítulo aborda a saúde no Brasil, conceituando a atenção primária que valoriza as condições de saúde da população brasileira, os princípios da ESF, com ações de promoção à saúde e prevenção de doenças. Destacando o Programa de Assistência Integral à saúde da mulher (PAISM) e o Programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN).

2.1 A Saúde

A partir da década de 1980, há o reconhecimento, pela Constituição Federativa do Brasil, da saúde como direito fundamental do ser humano e a explicitação dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), cuja operacionalização requer a articulação entre as ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação, na dimensão coletiva e individual da população (BRASIL, 2010).

Antes do advento do SUS, a atuação do Ministério da Saúde, de acordo com Assis (2010), se resumia às atividades de promoção de saúde e prevenção de doenças, por exemplo, vacinação, realizadas em caráter universal, e a assistência médico-hospitalar para poucas doenças. Ou seja, servia a quem não tinha acesso ao atendimento pelo Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social.

O que se entende por saúde, na definição de Straub (2005, p.23), “refere-se a um estado de integridade do corpo, [...] bem-estar físico, mental e social”. Esta definição afirma que saúde é um estado positivo e multidimensional que envolve três domínios: saúde física, saúde psicológica e saúde social.

Para Straub (2005), a saúde física implica em corpo vigoroso e livre de doenças, que envolve um bom desempenho cardiovascular, sentidos aguçados, sistema imunológico vital e a capacidade de resistir a ferimentos físicos.

Ela também envolve, conforme Mendonça (2009), hábitos relacionados com o estilo de vida que favorecem a saúde física, como uma dieta nutritiva, evitar uma vida sedentária, com exercícios regularmente, um período de no mínimo 8 horas de sono, evitar uso de tabaco, álcool e outras drogas. Além disso, para evitar doenças, uso de preservativo e minimizar a exposição a produtos químicos tóxicos.

Com relação à saúde psicológica, para Straub (2005) envolve a capacidade de pensamento, de forma clara, possuir autoestima, que leva o indivíduo a um senso geral de bem-estar.

Acrescentando, nas considerações de Araújo e Xavier (2012), para a saúde psicológica inclui a capacidade de aceitar novas ideias, de mudança, de possuir habilidades de resolução

de problemas, como buscar informações sobre questões relacionadas com a saúde e a estabilidade emocional. É também caracterizada pela auto aceitação.

Na saúde social Straub (2005) pondera que envolve a capacidade de relação interpessoal e também está relacionada com fatores socioculturais em saúde, como *status* socioeconômico, a educação, a etnicidade, a cultura e o gênero.

Nesse enfoque, para Straub (2005), cada domínio de saúde é influenciado pelos outros dois domínios. O que significa que o indivíduo que apresente uma boa saúde psicológica, provavelmente, terá mais facilidade de manter uma boa saúde física e social.

A promoção da saúde, para Luz (2005) remete à hipótese de que produzir saúde é permitir que os sujeitos exerçam sua autonomia, de maneira que estejam aptos a assumir a responsabilidade sobre os limites e riscos impostos pela doença e pelo contexto social, econômico, político e cultural em que vivem.

Como expressado por Straub (2005), o agir em saúde não apenas sobre os efeitos do adoecer, mas envolve um estado de integridade física-psico-social. Entende-se assim, a promoção da saúde como um conjunto de estratégias e ações no sentido de ampliar a capacidade das pessoas em decidirem sobre sua vida/saúde/doença, portanto, no campo das liberdades individuais para escolhas saudáveis e oportunas.

Neste enfoque, assumir esse princípio constitucional requer a formulação de estratégias para assegurar à saúde da população e, também, a organização, o financiamento, a participação e o controle social no setor. A ESF, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) visa à reorganização da Atenção Primária, sendo uma estratégia de potencial mecanismo de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças, com prática assistencial e à adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis por parte da população.

2.2 Atenção primária

A Atenção Primária no País, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), tida pelo Ministério da Saúde e gestores estaduais e municipais foi reorganizada, pela Estratégia Saúde da Família (ESF), conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010), visando a expansão, qualificação e consolidação.

Conforme Assis (2010), com uma estratégia de potencial mecanismo de promoção e recuperação da saúde e prevenção de doenças, com prática assistencial e à adoção de hábitos e comportamentos mais saudáveis por parte da população.

A ESF, ação implantada pelo Ministério da Saúde no ano de 1994, propagada com o nome Programa Saúde da Família (PSF), com o objetivo de mudar as práticas do SUS. Ou

seja, substituir o modelo de atenção à saúde tradicional centrado no hospital, assumindo a difícil tarefa de garantir o acesso igualitário de toda a população aos serviços de saúde, levando a saúde para mais perto das famílias e, com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros (BRASIL, 2010).

A ESF simboliza o instrumento ordenador da atenção básica, com uma equipe de multiprofissionais, em unidades de saúde da família, onde os agentes são responsáveis pela população pertinente à unidade de referência (BRASIL, 2010).

Conforme Assis (2010), o objetivo da ESF é realizar ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família. Ao tornar a família o foco da atenção em saúde, permite uma compreensão mais ampla do processo saúde-doença do que ocorreria a partir de intervenções pontuais.

No momento em que o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) considera a ESF como um modelo de reorganização da prática assistencial criada para substituir o modelo tradicional centrado no hospital, ele assume o desafio de garantir o acesso igualitário a todos os serviços de saúde.

A ESF, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2010) trabalha com o princípio da vigilância à saúde, tendo como prioridade o desenvolvimento de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das famílias, de todas as pessoas, estejam elas sadias ou doentes, de forma contínua e integral. Assim, mediante essa relevância, as ações desenvolvidas pelos profissionais da ESF devem valorizar as condições de saúde da população brasileira.

2.3 Princípios da Estratégia Saúde da Família – ESF

No Brasil, encontra, na Constituição Federal, um arcabouço legal que pressupõe a garantia da saúde como dever do Estado, incorporando-a e entendendo a determinação social, econômica e cultural a que se submete. Assumir esse princípio constitucional requer a formulação de estratégias para assegurar a saúde da população. Além disso, envolve também, a organização, o financiamento, a participação e o controle social no setor (BRASIL, 2010).

A Estratégia Saúde da Família (ESF) baseia-se nos princípios da igualdade, integralidade, intersetorialidade, universalidade e participação social. Prioriza ações de promoção à saúde e prevenção de doenças (BRASIL, 2010).

Integralidade, segundo Costa e Carbone (2009), inclui a atenção à saúde, tanto os meios curativos quanto os preventivos; tanto os individuais quanto os coletivos. Em outras palavras, as necessidades de saúde das pessoas ou de grupos, devem ser levadas em consideração mesmo que não sejam iguais às da maioria.

O que realça a importância do princípio da universalidade, conforme Merhy (2006) engloba a saúde direito de todos, como afirma a Constituição Federal. O Estado tem a obrigação de prover atenção à saúde, ou seja, é impossível tornar todos sadios por força de lei.

Quanto a equidade, todos devem ter igualdade de oportunidade em usar o sistema de saúde. Porém, como o Brasil contém disparidades sociais e regionais, as necessidades de saúde variam. Por isso, enquanto a Lei Orgânica fala em igualdade, tanto o meio acadêmico quanto o político consideram mais importante lutar pela equidade do SUS (BRASIL, 2010).

Com relação à integridade na atenção à saúde da população, segundo Merhy (2006) sendo entendido como atendimento universal, conforme consta na Constituição o direito de todo cidadão acesso à saúde, de forma integral. Ou seja, que deve ser compreendido em suas dimensões biológicas, psicológicas e sociais.

A sociedade pode e deve participar de instâncias de decisão locais/regional e nacional, para o exercício do controle social. Este controle também é exercido cotidianamente pelos cidadãos ao utilizarem e avaliarem os serviços e as ações políticas que interfiram na qualidade de vida da população (MENDONÇA, 2009).

A ESF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas e de assistência à saúde com ações dirigidas a grupos de risco específicos, como é o caso das gestantes, crianças, hipertensos, diabéticos, tuberculose e hanseníase, de forma integral e contínua. Esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de corresponsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade (BRASIL, 2010).

Nesta perspectiva, conforme Costa e Carbone (2009) viabilizam reflexões acerca de questões relacionadas à necessidade e importância do trabalho em equipe multiprofissional, bem como às dificuldades que os profissionais possuem, de estabelecer conexões entre os diferentes trabalhos no cotidiano de suas práticas.

2.4 Programa de Assistência Integral à saúde da mulher - PAISM

O Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher (PAISM) criado pelo Ministério da Saúde no ano de 1983 (BRASIL, 1983), tem por finalidade o atendimento de maneira integral à mulher. O que implica no respeito às suas necessidades e particularidades. Marcando, sobretudo, uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

Osis (2012) informa que as áreas de atuação desse programa estão divididas em grupos baseados nas diferentes etapas da vida das mulheres, são eles: assistência gravídico-

puerperal; assistência ao aborto; assistência à concepção e anticoncepção; prevenção do câncer de mama e colo uterino; assistência ao climatério, assistência às doenças ginecológicas prevalentes; prevenção e tratamento das DST/aids; amparo à mulher vítima de violência.

O PAISM (BRASIL, 1983) incorporou como princípios e diretrizes as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção, num período em que, paralelamente, no âmbito do movimento sanitário, se concebia o arcabouço conceitual que embasaria a formulação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Este programa, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 1983) envolve ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

De acordo com Freitas et. al. (2009), o processo de construção do SUS teve grande influência sobre a implementação do PAISM. O SUS, implementado com base nos princípios e diretrizes contidos na legislação básica, como a Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo Ministério da Saúde, particularmente com a implementação da NOB, consolidou-se o processo de municipalização das ações e serviços em todo o País.

Com isso, a municipalização da gestão do SUS constitui-se em um espaço privilegiado de reorganização das ações e dos serviços básicos, entre os quais as ações e os serviços de atenção à saúde da mulher integrada ao sistema e seguindo suas diretrizes. A NOASampliou as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, com o processo de regionalização da assistência, criando mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS (BRASIL, 2001).

Com a NOAS foi estabelecido aos municípios à garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino, na área da saúde da mulher. E, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, preveem a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais (BRASIL, 2001).

Colaborando, Saito e Gualda (2003) informam que a delimitação das ações básicas mínimas para o âmbito municipal foi resultante do reconhecimento das dificuldades para consolidação do SUS, e das lacunas que ainda existem na atenção à saúde da população.

Segundo Freitas et al., (2009), o PAISM foi um marco nas políticas públicas relacionadas à saúde da mulher, seguindo o conceito de saúde integral, atendendo essa

clientelaem todas as suas etapas de vida, inclusive em outras especificidades identificadas, a partir do perfil populacional das mulheres.

E, de acordo com Diniz (2009), a partir das inquietações sobre a forma tecnológica e mecanicista que o parto vinha sendo abordado, e na busca pelo resgate doparto como um evento natural, com o mínimo de intervenções possíveis, surgem os primeiros ideais sobre a humanização do parto.

Melhorar a saúde materna e impedir mortes evitáveis é, ainda, um dos objetivos de maior interesse nacional e internacional no campo da saúde e dos direitos reprodutivos, no qual se discutem quais as medidas necessárias e eficazes para alcançar tal propósito. Entretanto, é necessário conjugar a segurança de obter bons resultados com o bem-estar para a mulher e o recém-nascido, respeitando-se direitos constituídos. O PAISM apresentou um deslocamento de olhar na atenção à saúde da mulher, obrigando os serviços e gestores a pensarem de forma mais ampla sobre a questão (BRASIL, 2001).

Nesse contexto, segundo o Ministério da Saúde (BRASIL. 2000) foi instituída o Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), com o propósito de retomar o caráter fisiológico e natural do parto, no qual a mulher participa de forma ativa e autônoma.

2.5 Programa de humanização no pré-natal e nascimento - PHPN

O Programa de Humanização no pré-natal e nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde, através da Portaria/GM nº 569, de 01/06/2000fundamentado nas análises das necessidades de atenção específica à gestante e ao recém-nascido no período pós-parto, busca reunir esforços no sentido de reduzir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal. Sendo adota, a partir de então, o termo humanização, tendo como prioridade promover a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento do pré-natal, da assistência ao parto e ao puerpério para o binômio mãe-filho (BRASIL, 2000).

Com isso, ampliou-se ações pelo Ministério da Saúde na área de atenção à gestante, tais como os investimentos nas redes estaduais de assistência à gestação de alto risco, o incremento do custeio de procedimentos específicos e outras ações, como o Projeto de Capacitação de Parteiras Tradicionais, do financiamento de cursos de especialização em enfermagem obstetrícia e a realização de investimentos nas unidades hospitalares integrantes destas redes (BRASIL, 2000).

Nesse sentido, na opinião de Zampieri e Erdmann (2010), as medidas adotadas visam assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da

assistência ao parto, puerpério e neonatal, significa uma ação fundamental para a melhoria da qualidade obstétrica e a redução da mortalidade materna e perinatal.

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), o PHPNconsiste nos princípios de que toda gestante tem o direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério. Tendo o direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto, atribuído o direito à assistência ao parto e ao puerpério.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), os princípios gerais e condições estabelecidas pelo conhecimento médico, todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura, com atendimento de qualidade articulando os avanços tecnológicos com acolhimento, com melhoria dos ambientes de cuidado e das condições de trabalho dos profissionais.

Segundo Osis (2012), a proposta delineada para a assistência pré-natal no PHPN estabeleceu a presença de consulta puerperal como critério indispensável no conjunto da assistência. A consulta puerperal é, em primeira análise, a instância do ciclo gravídico-puerperal em que se desvincula a saúde da mãe e do recém-nascido e, portanto, um momento de atenção à saúde da mulher.

Para tanto, torna-se necessário que a equipe de saúde desenvolva ações de acolhimento à gestante, seus familiares e ao recém-nascido, priorizando a formação de vínculos saudáveis. Além disso, de acordo com Diniz (2009), o programa propõe o rompimento com práticas intervencionistas desnecessárias que não beneficiam a mulher nem ao recém-nascido.

Conforme Freitas et. al. (2009), a humanização do parto propõe a atenção integral centrada na mulher, de modo a substituir as intervenções médicas e o uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista. O foco é a mulher atendida por meio de ações que contemplem a multiplicidade de diferenças sociais e culturais da população feminina.

Ainda em Freitas et. al. (2009), o parto hospitalar contribuiu para o conhecimento e melhora no atendimento ao parto, no entanto, a hegemonia exercida sobre a mulher na sala de parto instituída pelas políticas de saúde e pelas práticas médicas compromete a autonomia da mulher no processo de parturição. Assim, para atingir o ideal de humanização é necessário sensibilização dos profissionais de saúde para o exercício da atenção, do diálogo, do acolhimento e da comunicação com a parturiente.

De acordo com Diniz (2009), uma atenção pré-natal e puerperal integral, de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal, necessitando para isso, construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua

totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive.

O Programa fundamentou-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para adequado acompanhamento, além de estabelecer, no conjunto da assistência, critérios para qualificar as consultas 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 (BRASIL, 2000).

O medo, a tensão e a dor das parturientes podem impedir o processo fisiológico do parto normal, o que pode culminar com práticas de intervenção que, na maioria das vezes, poderiam ser evitadas. Nesse sentido, com o PHPN foi possível um acompanhante de escolha da parturiente, para o apoio emocional, sendo eficaz para que a mulher possa suportar a dor e tensão. Para esse apoio emociona, o acompanhante necessita de uma contribuição dos profissionais de saúde para uma conduta adequada à assistênciada parturiente (SAITO; GUALDA, 2003).

> "A presença de um membro da família, durante o trabalho de parto, é muito reconfortante. A parturiente se sente mais segura e confiante. Esta atitude simples e de baixo custo, além de não aumentar riscos, diminui o sofrimento e oferece uma vivência mais harmoniosa do parto para o casal e a família" (SAITO; GUALDA, 2003, p.34).

Saito e Gualda (2003) consideram importante que os profissionais de saúde estejam sensibilizados quanto à relevância da presença do acompanhante para parturiente no decorrer do trabalho de parto, como também precisam estar preparados para executarem suas atividades junto ao acompanhante e parturiente, com informações sobre a evolução e condutas a serem realizadas durante o processo de nascimento. São atitudes simples, mas eficazes que podem influenciar positivamente a realidade da assistência da mãe e seu concepto.

Para Freitas et al., (2009), o propósito de promover a assistência integral, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada, no qual o paciente é singular e a assistência de enfermagem é uma intervenção conjunta que promove a continuidade do cuidado, além de proporcionar a participação da família do paciente e possibilitar a avaliação da assistência prestada.

Neste sentido, Osis (2012, p.18) realça que "a criação deste modelo está inserida em uma década direcionada à necessidade de conhecimento em relação à saúde e ao cuidado prestado ao paciente, família e comunidade". A humanização do parto promove situações que

reduzem riscos para a parturiente e o recém-nascido. Assim, com a humanização é possível compreender o nascimento como um processo e não apenas como um evento.

3. O ACOLHIMENTO DA GESTANTE DESDE O PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO

Este capítulo aborda o acolhimento durante todo o processo, desde o pré-natal ao puerpério, apresentando as principais modificações do organismo da mulher durante a gestação e o conceito de puerpério para melhor entendimento da importância da assistência humanizada.

3.1 O Pré-Parto

Na atuação do enfermeiro, o acolhimento deve fazer parte de todo o processo, desde o pré-natal até o período pós-parto. Segundo Costa (2006), a assistência pré-natal é um conjunto de cuidados médicos, nutricionais, psicológicos e sociais, destinados a proteger o binômio feto/mãe durante a gravidez, parto e puerpério, tendo como principal finalidade a diminuição da morbimortalidade materna e perinatal.

Com o acompanhamento durante o pré-natal, conforme descrito no protocolo da Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2006) é possível identificar adequada e precocemente uma evolução desfavorável e acolher, desde o início de sua gravidez, encaminhando-as para soluções imediatas ao SUS. Um acompanhamento pré-natal adequado é de suma importância para que a saúde da mãe e do neonato seja preservada e que problemas futuros possam ser evitados.

A atitude da mulher face à maternidade é bastante variável. Ainda em Assis (2010) existe uma enorme carga de sentimentos e emoções, independentemente da sua exteriorização ou não, variando de acordo com o padrão de casa sociedade. As dúvidas e receios pelas parturientes devido a um momento de extrema sensibilidade exigem dos enfermeiros junto às parturientes oferecerem um ambiente tranquilo, de escuta e acolhimento.

Neste contexto, Zampieri e Erdmann (2010) consideram que a assistência prestada às parturientes é um fator que interfere no medo do parto. A ciência e a medicina evoluíram mais alguns profissionais de saúde ainda não desenvolveram o aspecto humano ao lidar com os clientes, especialmente com as parturientes.

O enfermeiro em sua atuação deve reconhecer e respeitar a individualidade de cada gestante, seus medos, anseios, crenças. Nas palavras de Costa (2006) permite ao profissional estabelecer com cada mulher um vínculo e perceber suas necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento. Permite também relações menos desiguais e menos autoritárias, na medida em que o profissional em lugar de assumir o comando da situação passa a adotar condutas que tragam bem-estar e garantam a segurança para mulher e o recém-nascido.

Segundo Mendonça (2009) a gestação e os eventos relacionados, como puerpério e lactação, são marcados por profundas mudanças que interferem na vida mulher. Sendo inegável que são fases de maior vulnerabilidade e de grandes demandas que requerem prioridade na assistência. Os níveis de nutrientes nos tecidos e líquidos disponíveis para sua manutenção estão modificados por alterações fisiológicas e por alterações químicas. Por tais motivos faz-se necessária uma adequação na alimentação da gestante, visto que seu estado nutricional pode afetar o resultado da gravidez. A situação ideal é que o pré-natal se inicie tão logo se suspeite a gravidez ou se possível ao planejar a gestação.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) aponta o movimento em torno da humanização da assistência de enfermagem em uma prática a respeito do serviço que ele presta, tendo objetivos definidos e ações planejadas. Portanto, atitudes de respeito à individualidade, humildade, tolerância, tranquilidade e solidariedade são fatores importantes na atuação do Enfermeiro.

3.2 As principais modificações no organismo da mulher durante a gestação

A gestação gera alterações na saúde da mulher, interferindo em seu estado físico e emocional. Durante a gravidez ocorre uma série de modificações na mulher, tanto físicas como psíquicas, que começam na primeira semana de gestação e continuam durante todo o período gestacional. Embora sejam normais e necessárias, essas modificações fornecem certo desconforto, ainda mais acentuado nas mulheres que estão passando pela experiência pela primeira vez e, assim, enfrentando muitas novidades em relação ao seu corpo (GUYTON; HALL, 2002).

O sistema hormonal é responsável pelas alterações que ocorrem no organismo da mulher durante a gravidez, deste modo é importante verificar quais suas principais funções neste processo. Segundo Guyton e Hall (2002), do ponto de vista hormonal, a gravidez é a continuação das modificações que se produzem no período pré-menstrual que servem para adaptar o organismo materno à gravidez.

Chaves Netto (2004) descreve os principais hormônios atua no corpo da mulher grávida: o estrogênio, responsável pelo aumento do útero, aumento das mamas, crescimento das estruturas mamárias aumento da genitália externa. Além disso, ajuda na produção de relaxina, este que inibe atividade uterina, amolece o tecido conectivo do sistema esquelético. A progesterona, que altera o tamanho e a função dos seios, para permitir a produção de leite; aumenta e engrossa o útero, para dar suporte ao ovo fertilizado; aumenta a temperatura basal e o ritmo respiratório.

Com relação ao sistema nervoso, segundo Guyton e Hall (2002), há prevalência dos impulsos parassimpáticos sobre o simpático, devido à influência dos hormônios. Por esse motivo verifica-se na gravidez forte instabilidade de humor.

Nesse sentido, a gravidez é distinguida por uma variedade de ajustes fisiológicos e endócrinos dirigidos para criação de um ambiente ótimo para o feto. Barros, Marin e Abrão (2002) realçam as principais alterações que ocorrem no sistema locomotor da mulher durante a gravidez, como por exemplo: o abdômen protuso devido ao aumento do útero, com lordose exagerada; aumento das mamas; alteração da cintura pélvica.

Com relação ao aumento do peso, referenciando ainda Barros, Marin e Abrão (2002), indicam que a presença de relaxina, hormônio produzido durante a gravidez e a demanda nutricional da gravidez, pode causar dores musculares, como dores nas costas, abdominal e quadril.

Segundo Guyton e Hall (2002), do ponto de vista hormonal, a gravidez é, no início, a continuação das modificações que se produzem no período pré-menstrual, servem para adaptar o organismo materno à gravidez e, em seguida, à proteção da vida nascente da criança. Ou seja, o sistema hormonal é responsável pelas alterações que ocorrem no organismo da mulher durante a gravidez, deste modo é importante verificar quais suas principais funções neste processo.

De acordo com Guyton e Hall (2002), o sistema endócrino é responsável pela regulação do crescimento e funcionamento metabólico das células, reprodução e manutenção da gravidez. Há um aumento das glândulas, devido ao aumento do ritmo metabólico.

Os órgãos que são responsáveis pela produção de algum tipo de hormônio, precisam neste período funcionar plenamente, evitando graves problemas. Chaves Netto (2004) cita alguns órgãos ou glândulas, tais como pâncreas, paratireóide, glândula adrenal, ovário, progesterona, relaxina e estrogênio.

Contudo, estas alterações fazem com que as gestantes se adaptem às modificações tanto fisiológicas como psicológicas para o enfrentamento do processo de gravidez, do parto, e especialmente, da maternidade.

3.3 Puerpério

O puerpério caracteriza-se por uma fase em que ocorre a involução do organismo materno pós-parto às condições pré- gravídica. Rezende e Montenegro (2006) conceituam

puerpério, período variável, durante o qual se desenvolve todas as manifestações involutivas de recuperação da genitália materna ocorridas após o parto.

Segundo Barros (2006), este período é de grande importância, pois a mulher necessita de um momento de sono, repouso e tranquilidade para a saúde física e mental, após o esforço muscular, devido ao parto.

No entendimento de Strapasson e Nedel (2010) é a fase ativa do ciclo gravídico-puerperal, período em que ocorrem múltiplos fenômenos de natureza hormonal, refletidas por ações involutivas, relacionadas à síntese e ao anabolismo.

Rezende e Montenegro (2006) destacam que a involução puerperal ocorre no período máximo de 6 semanas, passando pela fase pós-parto imediato, do 1º ao 10º dia, pós-parto tardio, do 10º ao 45º dia e pós-parto remoto, após os 45º dias.

Contribuindo à colocação, nesse período, de acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), é onde ocorrem as modificações corporais e psicoemocionais, ou seja, a recuperação do organismo da mulher. Tendo como o início logo após a expulsão da placenta e o término até seis a oito semanas pós-parto.

A puérpera, conforme Strapasson e Nedel (2010) vivencia uma adaptação, não só corporal como emocional, marcado pelo processo de involução do organismo à situação pré-gravídica e início da amamentação.

Este período como comenta os autores, dentre eles Rezende e Montenegro (2006), Strapasson e Nedel (2010) é marcado por muitas emoções, mudanças físicas e alterações nos relacionamentos interpessoais. Sendo entendido da importância do atendimento humanizado da enfermagem nesse período, que deve, além das necessidades físicas, envolver também para o aspecto psicossocial da puérpera, compreendendo em suas dúvidas, medos e anseios. Assim, a atenção do profissional de enfermagem a essa paciente deve ser constante, pois podem surgir complicações.

4 A ASSISTÊNCIA HUMANIZADA E A ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

Neste capítulo conceituou a assistência humanizada, enfatizando o respeito e as necessidades do paciente, os princípios éticos dos profissionais. Destacando a atuação do enfermeiro na atenção primária e as orientações no pós-parto.

4.1 Assistência Humanizada

Como uma política transversal, o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) destaca que a humanização presume necessariamente que as fronteiras, muitas vezes rígidas, sejam ultrapassadas dos diferentes núcleos de saber/poder que se ocupam da produção da saúde. Portanto, como política, a humanização deve traduzir princípios e modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, e entre as diversas unidades e serviços de saúde. Para tal, o planejamento, os mecanismos de decisão, as estratégias de implementação e de avaliação, o confronto de ideias, mas principalmente o modo como tais processos se dão, devem convergir para a construção de trocas solidárias e comprometidas com a produção de saúde, tarefa primeira da qual não se pode ocultar.

Reconhecer e promover a humanização, à luz de considerações éticas, conforme Silva e Sena (2008) envolve atitudes e comportamentos dos profissionais envolvidos direta ou indiretamente no cuidado do paciente, exposto no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, implicando o cuidado e acolhimento, perceber o indivíduo em toda sua dimensão humana.

Da mesma forma, para Zampieri e Erdmann (2010), a humanização implica na privacidade preservada sempre que possível, como também, oferecer condições e ambientes que facilitem o restabelecimento, a manutenção, a melhora da assistência à saúde e, em última instância, a morte digna.

Silva e Sena (2008, p. 49) comentam que “[...] humanizar é tornar humano, dar condições humanas, adquirir hábitos sociais e polidos”. Humaniza-se o ambiente de trabalho por meio de amabilidade e compreensão. Implica em aproximações críticas que permitem compreender a temática, além de seus componentes técnicos, instrumentais, envolvendo as dimensões político-filosóficas que lhe imprimem um sentido.

Saito e Gualda (2003, p.33) fazem a seguinte definição, “[...] a humanização é, em sua essência, tornar humano, benévolo, sensível e caridoso. É promover, num estabelecimento,

uma relação de ajuda". Envolve entregar-se de maneira sincera e leal ao outro e saber ouvir com ciência e paciência as palavras e os silêncios.

Em se tratando do momento do parto, a humanização de acordo com Zampieri e Erdmann (2010) é acima de tudo, o reconhecimento da autonomia da mulher, enquanto ser humano e da necessidade de tratar esse momento com segurança, bem-estar da mulher e do recém-nascido, respeitando, acima de tudo, suas escolhas.

O conceito de atenção humanizada para Assis (2010) é amplo e envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e do nascimento saudáveis e a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Inicia-se no pré-natal e procura garantir que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos para a mulher e o recém-nascido, que evite as intervenções desnecessárias e que preserve sua privacidade e autonomia.

Para Mendonça (2009), o acolhimento é um elemento essencial do atendimento para que se possa incidir efetivamente sobre o estado de saúde do indivíduo e da coletividade. Consiste na humanização das relações entre os serviços de saúde com seus usuários, que envolve os princípios orientadores do SUS: universalidade, integralidade e equidade. Trata-se de um dispositivo que vai muito além da simples recepção do usuário numa unidade de saúde, considerando toda a situação de atenção a partir da sua entrada no sistema.

O acolhimento, no entendimento é uma estratégia fundamental na reorganização da assistência nos serviços de saúde, que deve contemplar o princípio da universalidade no atendimento e a reorganização do processo de trabalho. Segundo Nettina (2007, p.12):

> "A enfermagem é caracterizada pelo cuidar, assistir, estar ao lado. Nestes padrões de comportamento relativos ao paciente e aos colegas de trabalho. Ter boa capacidade de discernimento significa saber o que é certo e o que é errado, e como agir para chegar a uma medida comum que busque a satisfação da maioria. Para tanto, tenta-se estabelecer uma relação menos conflituosa entre a sociedade na esfera da saúde, os cidadãos usuários dessa esfera e a ciência".

Humanizar o parto, para Nettina (2007) não significa fazer ou não o parto normal, realizar ou não procedimentos intervencionistas, mas sim tornar a mulher protagonista desse evento e não mera espectadora, dando-lhe liberdade de escolha nos processos decisórios.

Conforme Merhy (2006), desde Florence, já havia uma preocupação com a qualidade do atendimento de enfermagem dispensada aos clientes, o que, de certa maneira, além de abarcar formas de tratamento e higiene, também contempla questões relacionadas ao seu bem-estar, como por exemplo, conforto, atenção e ambientes tranquilos.

A teórica das Necessidades Humanas Básica, de Wanda Horta, segundo Costa (2006), difundiu um modelo de atendimento de enfermagem que disponibilizou aos clientes um tratamento que permite o autocuidado sem se desvincular do acompanhamento da enfermagem. Essa visão é uma busca da humanização no atendimento de enfermagem, uma vez que tenta colocar o enfermeiro a par do potencial do próprio paciente/cliente e, holisticamente, compreendê-lo como um todo.

Nas palavras de Costa (2006), ao se respeitar e atender as necessidades e direitos do paciente, a equipe que com ele se relaciona terá sucesso em seu trabalho, já que é de responsabilidade principalmente do enfermeiro fazer com que esses direitos sejam cumpridos.

> "A humanização da assistência ao parto implica que os enfermeiros respeitem os aspectos da fisiologia feminina, sem intervenções desnecessárias, reconheça os aspectos sociais e culturais do parto e nascimento, ofereça suporte emocional à mulher e a sua família, garantindo os direitos de cidadania "(COSTA, 2006, p.6).

A assistência para Costa (2006) deve ser de forma a respeitar a dignidade das mulheres, sua autonomia e seu controle, garantindo a criação de laços familiares mais fortes e consequentemente um começo de vida com boas condições físicas e emocionais ao bebê.

Silva e Sena (2008, p. 49) destacam, "Humanizar o parto é respeitar e criar condições para que todas as dimensões do ser humano sejam atendidas: espirituais, psicológicas, biológicas e sociais". Ou seja, é importante a atuação do profissional de enfermagem na assistência ao pré-natal, parto e puerpério, de forma a instrumentalizar a gestante, tornando-a sujeito ativo em todos os acontecimentos relacionados ao parto.

Sobre esta abordagem, Nettina (2007, p.12), comenta que, "[...] a enfermagem muito tem se desenvolvido no processo de cuidar, com atitudes de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro". A enfermagem deve dimensionar o indivíduo como um todo.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2008) aponta o movimento em torno da humanização da assistência de enfermagem em uma prática a respeito do serviço que ele presta, tendo objetivos definidos e ações planejadas. Portanto, atitudes de respeito à individualidade, humildade, tolerância, tranquilidade e solidariedade são fatores importantes na atuação do Enfermeiro no parto humanizado.

4.2 Atuação do enfermeiro na atenção primária

Na ESF a enfermagem está presente na produção de serviços como instrumento de trabalho em saúde coletiva. Conforme Gusso (2012) realizam visitas domiciliares, orientações relativas ao puerpério, à gestante, à saúde da criança, curativos, consultas de enfermagem, supervisão e coleta de teste de pezinho, terapia de reidratação oral, checagem e reposição de material de urgência e atividades educativas.

Neste contexto, o trabalho do enfermeiro na ESF, atende o proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), com valorização o usuário, não apenas no processo de doença, mas também em sua vida produtiva, na perspectiva da promoção da saúde e prevenção de agravos.

O trabalho do enfermeiro se insere na ESF devido à especificidade da profissão, voltada para a execução de atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde. O atendimento ao usuário engloba formas de cuidado que passam do físico individual para uma atenção coletiva, além de facilitar o acesso e a integralidade (BRASIL, 2006).

Com relação à consulta de enfermagem, de acordo com Duncan (2013) é uma atividade que proporciona ao enfermeiro, condições para atuar de forma direta e independente com o cliente caracterizando, dessa forma autonomia profissional.Essa atividade por ser privativa do enfermeiro, fornece subsídios para a determinação do diagnóstico de enfermagem e elaboração do plano assistencial, servindo como meio para documentar a sua prática.

As consultas de enfermagem dentro da ESF, conforme Gusso (2012) colaboram para o desenvolvimento de atividades nas quais, o cliente é visto de forma integral, utilizando o saber clinico como instrumento, mas de modo que a integralidade da assistência seja contemplada. Sua atuação permite que ele direcione uma conduta mais específica à clientela a ser atendida, e possui um olhar mais abrangente do trabalho, tendo uma maior visão da assistência, no processo saúde/doença.

Com relação ao pré-natal, Silva e Sena (2008) realçam que está implícita a valorização da gestante. Para tal, os profissionais de saúde, não só o enfermeiro deve compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família. Nesse sentido, priorizar o papel do cuidar, da ajuda e da valorização das gestantes é de suma importância, pois a humanização do cuidado está associada a atitudes de atenção, do cuidar e respeitar as particularidades de cada um, promovendo uma assistência integral a gestante a e família.

4.2.1 Consultas de pré-natal

Com relação às consultas de pré-natal, a Secretaria de Saúde e Atenção ao pré-natal, parto e puerpério, da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006), divulga que as

preconizam-se, no mínimo, 6 consultas, sendo a 1 consulta no 1º trimestre; 2 consultas no 2º trimestre; 3 consultas no 3º trimestre. Sendo recomendado o intervalo entre as consultas de 4 semanas até a gestação completar 36 semanas e, a partir deste período, que os intervalos sejam de 15 dias.

O manual da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006, p.5-6) estabelece um roteiro para a primeira consulta de história clínica[2]. Com isso, podemos considerar a importância do enfermeiro na ESF na consulta do pré-natal, sendo de área prioritária na atenção à saúde da mulher, dentre os muitos aspectos a que os serviços de saúde devem dar atenção quando se trata de zelar pelo bem-estar físico e psicossocial das mulheres, principalmente em se tratando de sua vida sexual, da concepção e da saúde reprodutiva.

Além da história clínica, a consulta realizada pelo enfermeiro também envolve o exame físico geral[3], o Gineco-Obstétrico e a prescrição da realização dos exames laboratoriais (BRASIL, 2006, p.6-7). É formado por um conjunto de atividades, cuja finalidade é identificar, o mais precocemente possível, os riscos para o feto e para a mãe e, tem como objetivo primordial assegurar que toda gestação termine com o nascimento de um feto saudável sem prejuízo da saúde materna.

Os procedimentos quanto às consultas, de acordo com o Manual Técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), prioriza a atenção qualificada e humanizada, orienta que, a primeira consulta pré-natal deve-se estabelecer uma boa relação médico-paciente, onde a gestante possa ter um diálogo aberto sobre suas ansiedades e expectativas da gestação, visando também que as orientações dadas sejam seguidas e que compareça às consultas pré-natais agendadas, devendo ser esclarecida quanto à importância da assistência pré-natal e à frequência das consultas, orientar que os dados registrados no cartão da gestante são necessários, não só para monitorar a gestação, como para a hora do parto.

Conforme o manual da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais (2006, p.4), “a equipe acolhe a gestante realiza 1ª consulta e preenche o cartão da gestante”. Nesse sentido, o cuidados prestados durante o período gestacional com regularidade possui um impacto significativo na saúde materno-fetal. Segundo Mendonça (2009), logo, a ausência ou a inadequação do pré-natal traz como consequência, maiores possibilidades de complicações e morbimortalidade materna e perinatal.

---

[2] Anexo 1
[3] Anexo 2

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, fator essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal.

Conforme Secretaria de Saúde do Estado de Minas Gerais (2006), um pré-natal de qualidade deve ter como objetivos identificar associações mórbidas e tratá-las; garantir o estado geral da gestante ou melhorá-lo; prevenir a ocorrência de entidades específicas do período gestacional como a Doença Hipertensiva Específica da gestação (DHEG); propiciar adaptação perfeita do organismo materno às solicitações do ciclo grávido puerperal; orientar hábitos de vida adequados à gestação; prover assistência psicológica com preparo para o parto.

Saito e Gualda (2003, p.32), consideram que "[...] a garantia da atenção pré-natal pressupõe a acessibilidade ao cuidado, incluído aqui o aumento na oferta de serviços de saúde, o acesso a exames laboratoriais e a existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os níveis de atenção".

Durante a gestação, segundo Assis (2010), há necessidade adicional de energia por causa do crescimento do feto, da placenta, dos tecidos maternos, bem como para o próprio consumo da gestante. É difícil se estabelecer precisamente as necessidades de energia, devido a diversos fatores que estão influenciando o período gestacional, como o peso pré-gravídico, a quantidade e composição do ganho de peso, o estágio da gravidez e o nível de atividade física.

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006), a avaliação nutricional individualizada no início do pré-natal é importante para estabelecer as necessidades de nutrientes neste período e deve ser realizada continuamente ao longo da gravidez. Dentro deste procedimento, a avaliação do consumo alimentar ajuda na detecção de ingestão inadequada e hábitos desfavoráveis.

Da mesma forma, o acompanhamento nutricional durante a assistência pré-natal, de acordo com Assis (2010) tem como principais objetivos estabelecer o estado nutricional, identificar fatores de risco, possibilitar interferências terapêuticas e profiláticas no sentido de corrigir distorções e planejar a educação nutricional. Ou seja, a restrição de energia nesse período pode ocasionar consequências negativas ao concepto, pois o crescimento fetal ótimo somente ocorre quando a gestante é capaz de acumular reservas corporais extras.

Conforme o Manual Técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006, p.16):

> "Em todas as consultas de pré-natal, o profissional deve verificar a altura uterina, procedimento que permite o acompanhamento do crescimento fetal, a detecção de desvios e a orientação de condutas apropriadas; Fazer a leitura em centímetros e

> anotar a medida no cartão e no gráfico; Os valores de referência podem ser encontrados na Curva da Altura Uterina/Idade Gestacional que apresenta como, limites de normalidade os percentis 10 e 90; A cada consulta, o valor encontrado deve ser anotado no gráfico e, nas consultas subseqüentes, unido à marca precedente, formando o traçado do aumento do tamanho do útero".

As atividades mínimas esperadas em um pré-natal, de acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) são estimar a idade gestacional com maior precisão possível, rastrear fatores de risco da gestante. Para tal é necessário a realização de exames complementares, acompanhar a evolução dos parâmetros de vitalidade tanto da gestante como do feto, orientar e permitir um diálogo aberto para que a gestante possa expor suas dúvidas e preocupações, avaliar quanto à necessidade de encaminhar a gestante para um serviço de pré-natal de alto risco.

O principal objetivo da atenção pré-natal, conforme o Manual Técnico do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, ao fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal. Assim, o acompanhamento pré-natal, contribui para uma menor incidência de mortalidade materna, baixo peso ao nascer.

Com relação à orientação à amamentação, Assis (2010) comenta que o profissional enfermeiro deve orientar as gestantes a preparar os seios para amamentação. A atenção deve iniciar no pré-natal e posteriormente ao parto, pois a ansiedade e as dúvidas próprias de uma primeira gestação podem influenciar nas práticas de aleitamento.

Para Osis (2012) é importante encorajar o aleitamento materno sob livre demanda, não dar bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no peito e encorajar o estabelecimento de grupos de apoio ao aleitamento, para onde as mães deverão ser encaminhadas, por ocasião da alta ou ambulatório são orientações importantes, por parte da equipe de enfermagem.

Segundo Barros (2006) elaborar uma norma escrita sobre o aleitamento materno deverá ser rotineiramente transmitida a toda equipe de cuidados de saúde. O enfermeiro deve informar todas as gestantes sobre as vantagens e o manejo do aleitamento materno.

Em síntese, para o sucesso do aleitamento materno, segundo Barros (2006), na ESF deve ser elaborada uma norma escrita sobre aleitamento materno, que deve ser rotineiramente transmitida a toda equipe de saúde; treinar toda a equipe de cuidados de saúde, capacitando-a para implementar esta norma; informar todas as gestantes sobre vantagens e o manejo do aleitamento; ajudar as mães a iniciar a amamentação na primeira meia hora após o parto.

Complementando as orientações de Barros (2006), Mendonça (2009) pontua que durante o pré-natal, as gestantes devem ser orientadas com as técnicas de amamentação e como manter a lactação. Outra informação importante é que nos primeiros seis meses, não devem oferecer ao recém-nascido nenhum outro alimento ou bebida além do leite materno, a não ser por indicação médica. Encorajar o aleitamento sob livre demanda, orientar a não fornecer bicos artificiais ou chupetas a crianças amamentadas no seio são orientações que visam à preservação da saúde do recém-nascido.

Para Barros (2006), existem algumas técnicas que podem ser usadas para fortalecer o bico do peito e estimular as glândulas mamárias. Tais técnicas devem ser informadas, ainda no pré-natal, para que as gestantes possam preparar os seios para a amamentação. Tais como, lavar o bico do peito apenas com água. Não utilizar sabonete. Eles já têm uma hidratação natural ideal que deve ser preservada.

Conforme Mendonça (2009), o profissional de enfermagem participa, como integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde e ambientais. Nesse sentido, a prestação de serviços em saúde deve estar comprometida com a humanização, deve ser um espaço de convivência que acolhe, cuida e possibilita a utilização de diversos recursos, não focando apenas a doença.

Complementando,Osis (2012) destaca que a assistência de enfermagem tem funções e princípios próprios. O assistir em enfermagem é atender em suas necessidades humanas básicas, é ensinar o autocuidado, é recuperar a saúde, restabelecer os equilíbrios fisiológicos e humanos e também promover e manter a saúde, para que os objetivos advindos do planejamento sejam alcançados da melhor e mais eficiente forma possível.

4.3 Orientações no puerpério

A complexidade do processo fisiológico durante a gestação, conforme Strapasson e Nedel (2010) levam à necessidade de uma adequada supervisão, no qual estão envolvidos conhecimentos, atitudes e práticas necessárias para um parto e nascimento saudável, garantindo a redução da morbidade e da mortalidade, tanto materna quanto perinatal.

Conforme o Manual Técnico da Secretaria Estadual de Saúde (BRASIL, 2006, p.63).

> O profissional deve preencher a ficha perinatal e o Cartão da Gestante com dados do parto e do recém-nascido; ao receber alta, as puérperas devem ser orientadas sobre: • Cuidados corporais; • Sinais de complicações como febre, hemorragia e infecção; • Aleitamento materno; • Importância das consultas puerperais; • Importância das consultas de controle do recém-nascido.

A gestação, o parto e o puerpério, conforme Freitas et al., (2009) constituem uma experiência humana das mais significativas. Os profissionais da área da saúde são coadjuvantes desse processo e desempenham importante papel, com a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar materno-fetal.

Seguindo a mesma linha de raciocínio, Osis (2012) pontua que as consultas realizadas pelos profissionais de enfermagem voltados às mulheres no período pós-parto devem ser realizadas logo na primeira semana seguida do retorno da maternidade, exceto no caso em que a gestação foi considerada de risco, que as consultas devem ocorrer até o terceiro dia após a alta hospitalar. O retorno ao ESF para as consultas devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Para Strapasson e Nedel (2010) é importante a observação no período pós-parto para detectar a infecção puerperal como: sangramento vaginal anormal, controle da retração uterina, da perda sanguínea. A não observância a estas formas de detecção coloca a puérpera em sério risco. Além disso, deve avaliar as condições de higiene, verificar se há sinais de infecção no umbigo, avaliar a existência de situações de risco, orientar a mãe sobre a importância do acompanhamento da saúde da criança e encaminhar para as ações do 3° dia.

4.3.1 Consultas puerperais

Nas consultas, conforme o manual técnico da Secretaria de Saúde (BRASIL, 2006), os enfermeiros realizam os cuidados referentes tanto para a saúde da mãe quanto a saúde do recém-nascido. As consultas devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde e a primeira deve ser realizada entre 7 a 10 dias e a segunda entre 30 a 40 dias.

As consultas, conforme o Manual técnico (BRASIL, 2006, p.63)

> "Quando a gestação foi de risco habitual, a consulta pode ser realizada pelo médico generalista ou pela enfermeira da equipe do ESF; Se a gestação foi de alto risco, a consulta deve ser realizada no serviço de referência; Na primeira consulta (puerpério precoce) deve-se: Realizar exame clínico-ginecológico; • Avaliar as condições maternas e detectar possíveis complicações puerperais; • Fazer o controle das patologias manifestadas durante a gestação (síndrome hipertensiva, anemia, etc.); Averiguar se a amamentação ocorre normalmente e incentivar a sua continuidade, fornecendo orientações; • Vacinar a puérpera contra Rubéola, se ela for susceptível. Na consulta puerperal tardia deve-se: Realizar exame clínico-ginecológico completo; • avaliar as condições maternas; averiguar se a amamentação ocorre normalmente; completar as doses de vacina antitetânica, se necessário; prescrever o método de planejamento familiar escolhido pela paciente".

Nesta consulta engloba desde a anamnese, exame físico e orientações quanto ao autocuidado e manejos com os recém-nascidos, com o intento de esclarecer todas as dúvidas da parturiente e favorecer a relação mãe/filho, estimular o aleitamento.

Com relação ao aleitamento, conforme o protocolo viva vida da Secretaria de Estado de Saúde e Atenção ao pré-natal, parto e puerpério de Minas Gerais (2006), o aleitamento materno é considerado um momento importante para estabelecer vínculo mãe/filho, além de trazer benefícios nutricionais ao recém-nascido, sendo considerada uma eficaz intervenção para redução da morbimortalidade infantil

Com isso, conforme o caderno de atenção básico elaborado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a assistência de enfermagem à mulher no período puerperal tem como objetivo elucidar as dúvidas, incentivar o autocuidado, aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido e apoio as mudanças que possam ocorrer na relação da mulher com outras pessoas. Esse fato vai de encontro à assistência qualificada e humanizada, recomendadas pelo Ministério da Saúde, que devem abranger o público feminino.

Os cuidados no puerpério devem ser individualizados, a fim de atender às necessidades mãe/filho. De acordo com Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), na consulta deve privilegiar a promoção de bem-estar fisiológico e emocional da mãe, sendo reforçados e orientados aos familiares, que também compõem o cenário do bem-estar.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A análise embasada na revisão de literatura possibilitou reflexão acerca da atuação do profissional enfermeiro na atenção primária as gestantes, incorporando o conceito de atenção à saúde, que ressalta a garantia de qualidade de vida desde o nascimento, com uma assistência humanizada, evitando-se intervenções desnecessárias e preservando a privacidade e autonomia da mulher.

Com relação às políticas públicas, destacou-se o PAISM. Constatou-se que esse programa influenciou de forma significativa a assistência à saúde da mulher, pois rompeu com o modelo anterior, centrado em ações padronizadas para o parto. Sendo abordado também o PHPN, cujo foco é a mulher atendida por meio de atenção integral, de forma a substituir as intervenções médicas e o uso abusivo de tecnologias por um paradigma humanista. Abordando neste contexto os avanços na política de atendimento à mulher.

Sendo mencionado que o pré-natal é importante, pois envolve um acompanhamento da evolução da gestação, com cuidados à gestante e ao feto, até o momento do parto. Este acompanhamento envolve os cuidados com a saúde, recomendação da dieta, orientações acerca do parto, da amamentação e outros temas para sanar as dúvidas, além do cuidado dispensado ao lado emocional. Deve existir diálogo para que a gestante possa sanar todas as dúvidas, inclusive os medos e anseios, preparando-as tanto para o parto quanto para o puerpério e amamentação.

O profissional de enfermagem deve respeitar os valores, promovendo uma relação eficaz enfermeiro-gestante, com vista a atingir resultado satisfatório no cuidado prestado. Tais atitudes contribuem para ajudar a gestante a preservar suas características culturais enquanto o cuidado está sendo prestado. Ressalta-se que é importante conhecer os significados sociais e culturais que determinadas situações podem ter para a gestante, evitando que o profissional imponha seu próprio sistema de valores quando o cliente tem um diferente ponto de vista.

A atenção individualizada prestada pela equipe de enfermagem é importante. Para tanto, há que se considerar a criação de comunicação como fator imprescindível para o estabelecimento da humanização, assim como as condições técnicas e materiais. Após o parto também existe acolhida e orientação. As consultas após o parto devem ser reforçadas desde o pré-natal, com vista a manter a saúde tanto da mãe como para o recém-nascido.

O presente estudo permitiu inferir acerca da humanização e da assistência à mulher parturiente, quanto ao verdadeiro significado e importância da humanização nesse processo. Os profissionais envolvidos nesse contexto devem ampliar seus conhecimentos, partindo do princípio de que o cuidar é de fundamental importância para promover a saúde e o bem-estar.

Espera-se que este trabalho possa provocar reflexões sobre a atuação do enfermeiro no cuidadoà gestante na atenção primária, com vista a ampliar ainda mais a discussão sobre a assistência humanizada direcionadas ao usuário e familiares, respeitando a sua individualidade, seu contexto social, psicológico e cultural. Promovendo sempre segurança e bem-estar, garantindo a maternidade e o nascimento seguro.

6. REFERÊNCIAS

ARAÚJO, J.S. de.; XAVIER, M.P. O conceito de saúde e os modelos de assistência: considerações e perspectivas em mudança. **Revista Saúde em Foco,** Teresina, v. 1, n. 1, art. 10, p. 137-149, jan. / jul. 2014.

ASSIS, M.M.A. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família**: olhares analisadores em diferentes cenários. Salvador: EDUFBA, 2010.

BARROS, S. **Enfermagem no Ciclo Gravídico Puerperal**. 27.ed. São Paulo: Manole, 2006.

BARROS, S.M.O.; MARIN, H. F.; ABRÃO, A.C.F.V. **Enfermagem obstétrica e ginecológica**: guia para a prática assistencial. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde (BR). **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher** (PAISM). Brasília (DF), 1983. Disponível em:<htpp://www.saude.gov.br>. Acesso em: 13out. 2019.

_____. Ministério da Saúde**. Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento**. Brasília (DF), 2000. Disponível em:<htpp://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 out. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema público de saúde brasileiro**. 2001.. Disponível em: <htpp://www.bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 18 out. 2019.

_____.. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada: Manual técnico. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. 3.ed. Brasília. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Humanização.** Brasília, 2008. Disponível em:<htpp://www.saude.gov.br>. Acesso em: 10 set. 2019.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Departamento de Atenção Básica.** Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 2010. Disponível em: <htpp://www.portal.saude.gov.br>. Acesso em: 20 ago. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 2012.Cadernos de Atenção Básica. Disponível em: <htpp://www.bvsms.saude.gov.br>. Acesso em: 18 out. 2019.

CHAVES NETTO. **Obstetrícia Básica**. São Paulo: Atheneu, 2004.

COSTA. C.A. A Saúde da mulher. **Revista científica em Ginecologia**. n.41, ano IV, ago.2006, p.4-6.

COSTA, E. M. A.; CARBONE, M. H. **Saúde da Família**: uma abordagem multidisciplinar. 2. ed. Rio de Janeiro: Editora Rubio, 2009.

DINIZ, C.S.G. **Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento**: interface comum saúde educação. 2009. Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 10 set. 2019.

DUNCAN, E. **Medicina Ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências.4 ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

FREITAS, G.L.; VASCONCELOS, C.T.M.; MOURA, E.R.F.; PINHEIRO, A.K.B. **Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde**.2009. . Disponível em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 10 set. 2019.

GUSSO, G. **Tratado de Medicina de família e comunidade**: princípios, formação e prática. Porto Alegre: Artmed, 2012.

GUYTON, A.C.; HALL, J.E. **Tratado de fisiologia médica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

LUZ, M.T. **Novas práticas em Saúde Coletiva:** estudos sobre racionalidades médicas e atividades corporais. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

MENDONÇA, C. S. Saúde da família, agora mais do que nunca. Ciência e Saúde Coletiva, v. 14, Supl. 1, p. 1493- 1497, 2009.

MERHY, E. E. Um dos grandes desafios para gestores do SUS: apostar em novos modos de fabricar modelos de atenção. In: MERHY, E.E. **O trabalho em saúde:** Olhando e experienciando o SUS no cotidiano. São Paulo: Hucitec, 2006.

MINAS GERAIS. **Secretaria de Estado de Saúde Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: protocolo Viva Vida. 2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006.

NETTINA, S.M. **Prática de enfermagem**. Tradução: Antônio Francisco Dieb Paulo, Patrícia LydieVoeux, Roxane Gomes dos Santos. v. 1, 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. ***Caderno Saúde Pública***. a.14, n.1, 2012, p. 5-32.

REZENDE, J.; MONTENEGRO, C.A.B**. Obstetrícia Fundamental**. 10 ed.Rio de janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SAITO, E.; GUALDA, D.M.R. O profissional de saúde frente à vivência da dor de parto pela mulher. **Revista Técnico-científico de enfermagem**. v.1, n.3, 2003, p. 31-36.

SILVA, K.L.; SENA, R.*R.* **Integralidade do cuidado na saúde**: indicações a partir da formação do enfermeiro. 2008. Acesso em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 10 out. 2019.

STRAUB, R.O. **Psicologia da Saúde**. São Paulo: Artmed, 2005.

STRAPASSON, M.R.; NEDEL, M.N.B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.31, n.3, 2010, p. 521-8.

ZAMPIERI, M.F.; ERDMANN, A.L. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. 2010. Acesso em: <htpp://www.scielo.br>. Acesso em: 10 out. 2019.

ANEXO 1

Roteiro para a 1ª Consulta - História Clínica

Identificação: idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual;
Gestação Atual:
• Data da última menstruação – DUM: dia, mês e ano (certeza ou dúvida);
• Data provável do parto – DPP;
• Sinais e sintomas da gestação em curso;
• Hábitos atuais – fumo, álcool e drogas ilícitas;
• Medicamentos usados durante a gestação;
• Ocupação habitual – esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos
à gestação, estresse.
Antecedentes Obstétricos:
• Nº de gestações – identificar e registrar se houve problemas anteriores, como aborto, gravidez ectópica e
molahidatiforme;
• Nº de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações;
• Nº de abortamentos – espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento;
• Nº de filhos vivos;
• Idade da 1ª gestação;
• Intervalo entre as gestações;
• Nº de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana) ou pós-termo
(igual ou mais de 42 semanas de gestação);
• Nº de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
• Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (nº e motivos de óbitos);
• Mortes neonatais tardias – entre 7 e 28 dias de vida (nº e motivos de óbitos);
• Natimortos – morte intra-útero e idade gestacional em que ocorreu;
• Identificar e especificar se houve intercorrências ou complicações em gestações anteriores;
• Identificar e descrever se houve complicações nos puerpérios anteriores;
• Registrar o intervalo entre o final da última e o início da gestação atual.
Antecedentes Ginecológicos:
• Métodos anticoncepcionais – quais, quanto tempo, motivo do abandono;
• Pesquisar se houve tratamento para infertilidade e esterilidade;
• Pesquisar doenças sexualmente transmissíveis (DST), teste realizados, inclusive puerpério;
• Identificar se realizou cirurgias ginecológicas – idade e motivo;
• Identificar patologias mamárias – quais e tratamento;
• Pesquisar a última citologia oncótica (Papanicolaou) – data e resultado.
História Pregressa Pessoal:
• Pesquisar doenças crônicas e agudas passadas.
Antecedentes Familiares:
• Pesquisar doenças como hipertensão arterial, diabetes e outras.

ANEXO 2

Exame físico geral

• Peso e estado nutricional;
• Estatura;
• Freqüência cardíaca materna;
• Temperatura axilar;
• Pressão arterial – PA;
• Inspeção da pele e mucosas;
• Palpação da tireóide;
• Ausculta cardiopulmonar;
Exame do abdome;
• Palpação dos gânglios inguinais;
• Exame dos membros inferiores;
• Pesquisa de edema – face, tronco e membros