



REVISÃO DE LITERATURA

A IMPORTÂNCIA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

THE IMPORTANCE OF HEALTH EDUCATION IN ATTENTION PRENATAL

Matheus Brasil Lima¹; Roberta Karoliny Rodrigues da Silva¹; Sandra Godoi de Passos²

1. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil.

2. Faculdade de Ciências e Educação Sena Aires. Goiás, Brasil. sandragodoi@senaaires.com.br

RESUMO

Objetivo: verificar a importância de desenvolver a educação em saúde na atenção ao Pré-Natal. **Metódos:** realizou-se revisão bibliográfica em que foram utilizados livros, artigos selecionados no SciELO, manuais do Ministério da Saúde e trabalhos disponíveis na Biblioteca Virtual do Nescon e módulo do CEABSF. Foram utilizados os seguintes descritores: Pré-Natal, educação em saúde, enfermagem. **Resultados:** O material selecionado e analisado evidenciou que existem diferentes modelos de educação em saúde, como tradicional, dialógico, hegemônico e contra-hegemônico. Na atenção as gestantes, percebeu-se a necessidade de usar os modelos dialógico e contra-hegemônico, que têm como característica uma abordagem integralizada à mulher, considerando suas experiências, valores e condições de vida, pois isso permite que sua autonomia seja respeitada. **Conclusão:** considerou-se essencial que os profissionais estejam capacitados para exercerem a educação em saúde durante o Pré-Natal, através de uma escuta aberta, sem julgamentos prévios e utilização de uma linguagem clara e objetiva, que facilite o aprendizado da gestante. Essa comunicação permite a formação de um vínculo de confiança entre o profissional e a gestante, e é essencial para que a educação em saúde seja efetiva e considerada um agente transformador aumentando a adesão das gestantes ao Pré-Natal.

Palavras-chave: Pré-Natal. Educação em Saúde. Enfermagem.

ABSTRACT

Objective: to verify the importance of developing health education in prenatal care. **Methods:** a bibliographic review was carried out, using books, selected articles from SciELO, manuals from the Ministry of Health and works available at the Nescon Virtual Library and CEABSF module. The following descriptors were used: Prenatal, health education, nursing. **Results:** The selected

and analyzed material showed that there are different models of health education, such as traditional, dialogical, hegemonic and counter-hegemonic. In the care of pregnant women, there was a need to use the dialogic and counter-hegemonic models, which feature a comprehensive approach to women, considering their experiences, values and living conditions, as this allows their autonomy to be respected. **Conclusion:** it was considered essential that professionals are trained to exercise health education during prenatal care, through open listening, without prior judgments and using clear and objective language, which facilitates the pregnant woman's learning. This communication allows the formation of a bond of trust between the professional and the pregnant woman, and it is essential for health education to be effective and considered a transformative agent, increasing the pregnant women 's adherence to prenatal care.

Keywords: Prenatal. Health Education. Nursing.

Como citar: Lima MB, Silva RKR, Passos SG. A Importância da Educação em Saúde na Atenção ao Pré-Natal . Rev Inic Cient Ext. 2021; 4(2):720-36.

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF) foi criado em 1994 pelo Ministério da Saúde com a proposta de reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica e como maneira de consolidar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) - universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade. O PSF é considerado a porta de entrada do sistema de saúde, e desenvolve ações ligadas à prevenção, reabilitação e principalmente na promoção à saúde. A partir de 2006, o Ministério da Saúde passou a considerar o programa como uma estratégia, e foi denominado então Estratégia de Saúde da Família (ESF), com o objetivo de imprimir uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde¹.

A ESF é constituída por uma equipe multidisciplinar: médico da família ou generalista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. A equipe atua com uma definição do território de abrangência, população adscrita, cadastramento e acompanhamento dos usuários, o que permite a formação de um vínculo com os usuários¹.

A família e o seu espaço social são considerados o núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde. A assistência pode ser prestada na Unidade de Saúde e no domicílio e deve ter, como característica fundamental, a integralidade, continuidade, resolubilidade e boa qualidade às necessidades de saúde da população. Por isso, a equipe deve ser capaz de identificar e intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta².

A unidade de Saúde da Família representa o primeiro contato do usuário com o serviço de saúde, porém, se é identificada a necessidade de uma assistência mais complexa para a resolução dos problemas identificados, deve ser assegurada a referência e contra referência para diferentes níveis da rede. A ESF tem também como atribuição, o desenvolvimento de processos educativos para a saúde, com o objetivo de melhoria do autocuidado dos usuários².

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, dentre o amplo espectro de ações a serem desenvolvidas pela equipe da ESF, encontra-se a área de Saúde da Mulher, em sua integralidade. Uma atenção integral à saúde da mulher na ESF abrange em seu contexto as atividades relacionadas ao planejamento familiar, Pré-Natal e Puerpério, prevenção ao câncer cérvico-uterino e de mama, climatério e mulheres vítimas de violência³.

Assim, a equipe da ESF deve estar qualificada para prestar um cuidado integralizado e humanizado à mulher em todas as fases de vida, e especialmente durante a gestação. O Ministério da Saúde tem desenvolvido ações de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes através da criação de programas, como o Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), visando um atendimento qualificado e mais humanizado⁴.

O pré-natal é o processo de acompanhamento à gestante desde a concepção até o início do trabalho de parto e tem como principal objetivo permitir o desenvolvimento de uma gestação sem intercorrências para a saúde materna e fetal. É recomendado que a gestante inicie o pré-natal o mais precoce possível, de preferência no primeiro trimestre, e passe por seis consultas de pré-natal, no mínimo, podendo ser intercalado consulta médica com consulta de enfermagem. Um pré-natal de qualidade deve abordar, além de técnicas, os aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas³.

Uma gestação sem intercorrências depende de inúmeros fatores, como a saúde da mulher neste período, seu estado emocional e sua história prévia de saúde. Esses fatores devem ser investigados e analisados em todas as consultas de pré-natal, pois assim serão determinadas as intervenções médicas e de enfermagem apropriadas, de acordo com a história e necessidade de cada gestante. O início do pré-natal precoce e contínuo permite que a gestante adquira bons hábitos de saúde, e isso certamente

contribuirá para uma gestação com menos riscos e desconfortos.

Vale ressaltar que uma assistência de qualidade à gestante durante o pré-natal contribui significativamente para a diminuição das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, e para que isso ocorra é essencial que seja prestada por profissionais capacitados⁵.

Segundo Trevisan⁶, a ausência da assistência pré-natal está intimamente ligada a maior taxa de mortalidade perinatal. Nas nações desenvolvidas, foi constatado que as perdas perinatais estão relacionadas às doenças de difícil prevenção, como malformações congênitas, descolamento prematuro de placenta e circulares de cordão. Já nos países em desenvolvimento, os óbitos perinatais predominantes são por sífilis congênita e infecções urinárias complicadas, consideradas patologias possíveis de prevenção ou controle por meio de uma assistência pré-natal adequada.

Em conformidade com a Lei do Exercício Profissional, nº 7498, e o decreto nº 94406, de 08 de junho de 1987, o enfermeiro pode realizar a assistência pré-natal às gestantes com baixo risco obstétrico através da consulta de enfermagem.

A assistência de enfermagem durante a consulta de pré-natal inclui a anamnese, exame físico, solicitação de exames laboratoriais e realização de procedimentos como: Data Provável do Parto (DPP), cálculo da Idade Gestacional (IG), imunização antitetânica, controle da Pressão Arterial (PA), ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF), verificação da presença de edema, palpação obstétrica, mensuração da altura uterina e do peso e estatura. Além dessas técnicas e procedimentos, é essencial que o enfermeiro desenvolva a educação em saúde durante o período do pré-natal. É importante que a gestante receba orientações de maneira que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas, favorecendo uma gravidez tranquila e sem intercorrências clínicas⁵.

De acordo com Rios e Vieira⁷, o pré-natal deve ser um período de preparo físico e psicológico para o parto e maternidade e, por isso, é considerado um momento de aprendizado, em que os profissionais da equipe possam desenvolver a educação em saúde à gestante como parte do processo de cuidar.

A educação em saúde é um dos componentes das ações básicas de saúde e tem como objetivo levar a população à reflexão sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças⁷.

Por meio deste estudo pretende-se ressaltar a importância do pré-natal e da

educação em saúde a ser desenvolvida na ESF. Por meio das ações educativas, espera-se que as gestantes adquiram maiores conhecimentos e interesse em participar ativamente do pré-natal, percebendo sua importância e, conseqüentemente, comparecendo nas consultas e atividades agendadas na Unidade.

METODOS

Trata-se de uma revisão literária cuja metodologia baseia-se na leitura exploratória e seletiva do material de pesquisa e contribui para o processo de síntese e análise das produções de vários autores.

De acordo com Gil⁸, a pesquisa bibliográfica permite um amplo alcance de informações, além de possibilitar a utilização de dados dispersos em diversas publicações, auxiliando na construção e melhor definição do quadro conceitual que envolve o objeto de estudo proposto.

Para este estudo, optou-se pela pesquisa bibliográfica, realizada por meio de revisão narrativa de artigos sobre a importância da educação em saúde a ser desenvolvida pelo enfermeiro durante o pré-natal.

A revisão narrativa ou tradicional apresenta uma temática aberta e permite a construção de conhecimento alicerçado à experiência das pessoas. Segundo Marconi e Lakatos⁹, a pesquisa bibliográfica não é apenas uma repetição do que já foi dito ou escrito sobre determinado tema, mas sim, proporciona o exame de um assunto sob novo enfoque ou abordagem, chegando à conclusões inovadoras.

O estudo baseou-se na seleção de artigos publicados em periódicos indexados no *Scientific Electronic Libray Online* (SciELO), livros e manuais do Ministério da Saúde e trabalhos disponíveis na Biblioteca Virtual do Nescon, módulo CEABSF.

Após a seleção dos artigos e documentos, foi realizado fichamento do material, que permitiu reunir as informações necessárias e úteis à elaboração do texto. Na elaboração textual buscou-se analisar as ideias centrais dos autores com relação à importância do pré-natal e da educação em saúde neste período e a abordagem das principais orientações a serem realizadas às gestantes.

Para tal busca foram utilizados os seguintes descritores: pré-natal, educação em saúde, enfermagem.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Segundo Carvalho¹⁰, até o século XVI, as parteiras realizavam os partos e eram responsáveis por proporcionar um clima favorável para a parturiente, com a utilização de talismãs, orações e receitas mágicas para aliviar as dores das contrações. Aos poucos o parto começou a ser assistido por várias pessoas, principalmente os partos da realeza, nas cortes europeias. Entre os séculos XVI e XVII, o cirurgião começou a realizar os partos e a utilizar instrumentais e então as parteiras foram perdendo sua primazia.

No início, o parto cesáreo representava uma alternativa para situações extremas, em que se desejava salvar basicamente a vida do feto, já que raramente as mulheres sobreviviam a este procedimento. Com o desenvolvimento das técnicas cirúrgicas, da anestesia, hemoterapia e antibioticoterapia, a cesárea tornou-se um procedimento seguro. Com o aumento da indicação deste tipo de parto em situações que representavam riscos tanto fetais quanto maternos, houve uma melhoria dos resultados obstétricos maternos e perinatais, a partir da segunda metade do século XX¹¹.

O atendimento obstétrico no século XX foi marcado então pela medicalização e instrumentalização do parto. A mudança do local de parto, das casas para os hospitais, a participação cada vez maior de profissionais qualificados e a incorporação de novas técnicas e procedimentos, contribuiu para a diminuição do índice de mortalidade materna e perinatal¹².

Porém, com a redução deste índice, o número de partos cesáreos aumentou indiscriminadamente e, muitas vezes, a sua realização não possui uma justificativa obstétrica adequada.

O Ministério da Saúde tem considerado o atendimento materno e infantil como prioritário nos últimos anos. Em 1984, foi criado o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que ampliou as ações de saúde destinadas às mulheres, e destacava a atenção Pré-Natal como elemento fundamental na melhora do resultado perinatal⁶.

O PAISM resultou de um processo de mobilização social, em que feministas e profissionais da saúde juntamente com o Ministério da Saúde elaboraram propostas de atendimento à mulher, garantindo respeito a seus direitos de cidadania. Este programa teve como principais metas a recuperação da função educativa dos serviços e a adoção de um novo modelo de atenção a todas as mulheres, o que o diferenciou de outros programas⁷.

No âmbito das discussões entre o grupo de feministas, estas consideravam que o conceito de uma atenção integral deveria considerar, além do cuidado ao colo, útero e mamas, também os aspectos não físicos da vida das mulheres. Isto incluía a abordagem do contexto social, psicológico e emocional das mulheres, sendo vistas como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivenciando um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto socioeconômico¹³.

O PAISM preconiza que a atenção à mulher deve ser integral, clínico-ginecológica e educativa, visando ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário e à assistência para concepção e contracepção¹³.

Mesmo com o incentivo do PAISM para a prática da integralidade nos cuidados na área da saúde da mulher, houve controvérsias quanto à qualidade da assistência prestada e ao impacto na mortalidade materna¹⁴.

A implementação efetiva do PAISM, porém, não ocorreu em todo o território nacional, devido a divergências entre planejamento e prática, o que mostra o descompromisso político relacionado à implantação do programa. No sistema público, percebe-se o descaso não só com a saúde da mulher, mas também com a saúde das crianças, dos homens e da população em geral. Apesar dessa realidade, as concepções que sustentam o PAISM sobrevivem ao tempo e à negligência do poder público no seu processo de implantação, e as suas idéias centrais continuam a ser defendidas por pessoas empenhadas e preocupadas com a saúde das mulheres¹³.

Como visto, a implementação do PAISM passou por consideráveis dificuldades políticas, financeiras e operacionais, o que impediu que o programa se tornasse em um agente transformador da saúde das mulheres. Assim, tornou-se necessário o estabelecimento de uma nova estratégia, e em junho de 2000, o Ministério da Saúde criou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN)¹². O PHPN tem como principais objetivos: reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover um vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto¹².

O PHPN estabelece que o Pré-Natal deva iniciar até 120 dias de gestação. Porém, muitas vezes o que colabora para o início tardio do acompanhamento à gestante,

é a demora existente entre a oferta do exame confirmatório da gestação e o primeiro atendimento, e ainda, a percepção que muitas mulheres têm quanto à necessidade de iniciar o Pré-Natal precocemente¹⁴.

Como estratégia para incentivar os municípios a aderirem ao PHPN e programarem as suas ações, foi estabelecido que os municípios que cumprirem alguns critérios mínimos, receberão recursos para o custeio da assistência, o que pode colaborar na qualidade da

é realizado a partir do cadastramento da gestante e da conclusão do pré-natal. Cada gestante assistência.

Os critérios estabelecidos para o pagamento dos incentivos são: captação precoce da gestante (até 120 dias da Idade Gestacional) e realização de um mínimo de procedimentos essenciais durante o pré-natal, como seis consultas ou mais, todos os exames de rotina, Imunização Antitetânica e consulta puerperal¹².

O pagamento dos incentivos cadastrada com até 120 dias de gestação, na primeira consulta, gera o incentivo de R\$10,00 para o município, e cada gestante que conclui o Pré- Natal o incentivo é de R\$40,00, desde que os procedimentos estabelecidos pelos PHPN tenham sido cumpridos⁴.

O Sistema de Informação do Pré-Natal (SISPRENATAL) foi criado para avaliar e monitorar o PHPN. As Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Estratégias de Saúde da Família (ESF) dos municípios cadastrados no Programa devem fornecer informações mensais sobre o acompanhamento das gestantes, para certificarem o cumprimento dos critérios para o pagamento dos incentivos⁴.

Com a implantação do PAISM, houve um estímulo à participação do Enfermeiro na assistência à saúde da mulher, principalmente na assistência ao pré-natal⁷.

Nesse sentido, segundo a Lei nº 7498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício de Enfermagem e o decreto nº94406, de 08 de junho de 1987, que regulamenta a mesma, o Pré-Natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo Enfermeiro. Cabe ao Enfermeiro realizar a consulta de enfermagem e prescrição da assistência de enfermagem, oferecer assistência à gestante, parturiente, puérpera e ainda realizar atividades de educação em saúde¹⁶.

De acordo com o Ministério da Saúde¹¹, o Enfermeiro é um profissional apto a realizar o acompanhamento do Pré-Natal, e para garantir o desenvolvimento de uma gestação segura, deve adotar ações para prevenção de agravos, promoção da saúde e

tratamento de problemas que podem ocorrer durante este período.

A assistência de enfermagem deve ter início quando a mulher chega ao serviço de saúde com medos, dúvidas, ansiedade, ou apenas curiosidade em saber se está mesmo grávida. Escutar a gestante e valorizar suas queixas permite a criação de uma relação de confiança e de apoio entre a gestante e o profissional.

A assistência à gestante durante o pré-natal é uma das atividades realizadas há mais tempo nos serviços públicos de saúde no país e, mesmo assim, permanece como um desafio, tanto em relação à qualidade quanto aos princípios filosóficos do cuidado, baseado ainda em

um modelo medicalizante, hospitalocêntrico e tecnocrático¹². De acordo com o Ministério da Saúde¹⁶, para que o pré-natal seja eficaz é preciso: humanização do atendimento como fator essencial para o acompanhamento adequado à gestante; captação precoce da gestante para iniciar o Pré-Natal de preferência no primeiro trimestre de gravidez; estabelecimento de vínculo entre o profissional e a gestante; excelência nas técnicas para um atendimento qualificado; acompanhamento periódico e contínuo da gestante, classificando o risco gestacional na primeira consulta e nas consultas subsequentes e garantir orientações e esclarecimentos necessários mediante a realização de ações educativas.

O processo saúde/doença deve ser visto de uma maneira diferente e é essencial que se estabeleça um relacionamento de confiança com a gestante, respeitando seus direitos, compreendendo-a em sua integralidade e considerando o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive. Deve-se garantir também a privacidade, autonomia e compartilhar com a gestante e sua família as decisões sobre as medidas a serem adotadas¹⁶.

Mesmo comprovado a eficácia do acompanhamento pré-natal na redução das taxas de morbimortalidade materna e fetal, existem ainda deficiências não apenas na extensão da cobertura, mas também no padrão de qualidade⁹.

Segundo Rios e Vieira⁷, em um estudo realizado com gestantes sobre a importância do pré-natal e sobre a educação em saúde, foi evidenciado a existência de falhas durante o acompanhamento pré-natal. Chegou-se a essa conclusão visto que muitas mulheres que tiveram gestações sem complicações e passaram por todas as consultas, chegaram ao último mês demonstrando falta de informações sobre alterações

normais da gravidez e despreparadas para vivenciar o parto.

Ainda de acordo com Rios e Vieira⁷, é essencial o desenvolvimento de ações educativas por toda a equipe de saúde, pois a falta de informações ou informações inadequadas sobre as modificações normais que ocorrem durante a gestação, sobre o parto, o medo do desconhecido e também sobre os cuidados ao recém-nascido nos primeiros dias, pode gerar tensão na gestante e influenciar negativamente todo o processo.

Sendo assim, o pré-natal é o momento ideal para que o enfermeiro dissipe os mitos e visões errôneas que a gestante tem sobre o período gestacional e o processo de parto, através do desenvolvimento da educação em saúde⁵.

O modelo tradicional é fundamentado no referencial biologicista do processo saúde-doença e tem como foco a doença e a assistência curativa. Preconiza que a prevenção de doenças requer mudança de atitudes e comportamentos individuais. A estratégia deste modelo inclui uma relação verticalizada entre profissional e usuário, em que o profissional detém o saber técnico-científico, enquanto o usuário é visto como um indivíduo carente de informação em saúde e precisa ser informado. Assim, a comunicação estabelecida tem característica informativa, na qual o profissional, com uma atitude paternalista, informa ao usuário, os hábitos e comportamentos saudáveis, o que fazer e como fazer para a manutenção da saúde. A partir disso, o profissional então espera que o usuário assuma novos hábitos de vida. Diversos autores citam o efeito temporário deste modelo em relação à mudanças dos hábitos e condutas, já que o indivíduo não muda de comportamento definitivamente através desta estratégia. A principal desvantagem do modelo tradicional é o fato de não considerar as crenças e valores do usuário, ou seja, são desconsiderados os determinantes psicossociais e culturais na prática da educação em saúde¹⁷.

Já o modelo dialógico, possui o diálogo como instrumento essencial e tem como objetivo transformar os saberes existentes do indivíduo. Apresenta dois princípios básicos na prática da educação em saúde, que são: 1) conhecer o indivíduo para o qual se destina a ação de saúde, incluindo suas crenças, hábitos e condições em que vive; 2) Envolver o indivíduo na ação de saúde, o que difere da imposição. Acredita-se que, através desse envolvimento e participação é possível garantir sustentação e efetividade das ações de educação em saúde¹⁷.

Os modelos de educação em saúde podem ser denominados também de *hegemônico* e *contra-hegemônico*. O modelo hegemônico valoriza o conhecimento técnico-científico, desconsiderando o saber popular e o direito do indivíduo em ter acesso ao conhecimento para tomar decisões com autonomia. Em oposição ao modelo hegemônico, encontra-se o modelo contra-hegemônico, que é representado pelos princípios do SUS. Para consolidação deste modelo, é necessário pôr em prática o acolhimento, humanização do atendimento, integralidade da atenção e vínculo, com o objetivo de resgatar a relação entre os sujeitos sociais. É essencial que haja uma troca entre os profissionais da equipe multidisciplinar e entre a equipe e usuário. Quando todos os atores sociais estão envolvidos, são considerados os saberes do território e

todas as necessidades dos usuários serão valorizadas¹³.

Assim, analisando os conceitos sobre os modelos de educação em saúde, dos diferentes autores citados, percebemos que há semelhanças entre eles. Nos modelos tradicional e hegemônico são desvalorizados o saber do usuário, suas crenças e cultura, e há uma imposição do conhecimento técnico-científico pelos profissionais. Já nos modelos dialógico e contra-hegemônico há evidência da importância da integralidade na assistência, pois devem ser consideradas as experiências, valores e condições de vida do usuário. Isso permite que a autonomia deste seja respeitada, o que consente a criação de um vínculo de confiança entre profissional e usuário.

A escuta é considerada a base da educação em saúde, pois é um fator essencial quando se fala em troca de saberes, em compreensão de mundo e de linguagem, para que se possa entender e ser entendido. “Para ser capaz de poder transmitir saberes importantes para a vida dos que desejamos cuidar e fazer com que sejam escutados e assimilados, é preciso, acima de tudo, escutar”¹⁸.

Em meio a tantos cenários em saúde, a atenção básica é um local privilegiado para desenvolver a educação em saúde, pois nessas instituições existe a característica de uma maior proximidade com a população, com ênfase na promoção e proteção da saúde¹⁸.

Nesse sentido, os profissionais, sobretudo o Enfermeiro, devem adotar uma postura de educadores no compartilhamento de saberes, resgatando a autoconfiança da mulher no decorrer da gestação para que tenha um parto e puerpério tranquilos⁷.

A imposição de conhecimentos pelo profissional e desconsideração da realidade da gestante não deve ser feita, pois, se isso ocorrer, todas as orientações fornecidas poderão não ser seguidas por incompatibilidade com essa realidade. Para a gestante determinar seu autocuidado, é importante conhecer as suas necessidades de aprendizagem durante o Pré-Natal⁷.

O Ministério da Saúde recomenda para uma assistência humanizada à gestante, a criação de grupos de apoio com o objetivo de oferecer suporte para uma vivência plena do período gestacional e o desenvolvimento de cuidados adequados durante a gravidez, parto e puerpério, e também preparo para a maternidade e paternidade. É atribuída grande importância ao fornecimento de informações sobre as modificações próprias da gravidez, cuidado ao RN, parto e puerpério¹⁹.

A participação em grupos de gestantes é considerada muito eficaz para uma

Lima MB, Silva RKR, Passos SG.

assistência individualizada e integral das necessidades da gestante, seu parceiro e demais pessoas envolvidas. O grupo tem como objetivo, complementar o atendimento das consultas individuais, e incentivar as gestantes na adoção de hábitos mais adequados e saudáveis, diminuindo suas ansiedades e medos relativos ao período gestacional¹⁹.

Um fator essencial no grupo de gestantes é o incentivo para que todos os integrantes participem ativamente de modo que haja uma troca de experiências. Este tipo de envolvimento cria um clima de coesão e compreensão mútua entre os participantes, o que favorece a sua continuidade de forma harmônica e construtiva. Assim, os participantes sentem-se incentivados a expressarem suas ideias, promovendo uma troca de experiências, expectativas, medos e dúvidas que são comuns neste período¹⁹.

O profissional de saúde desempenha o papel de facilitador no grupo e deve proporcionar aos participantes um ambiente de diálogo autêntico, através do uso de técnicas específicas para que possam partilhar suas dúvidas. As informações devem ser transmitidas de forma clara e objetiva, evitando-se o uso de termos técnicos que a maioria das pessoas desconhece. O facilitador deve estar preparado para lidar com os mais diversos sentimentos, visto que trabalha com pessoas que passam por um período muito sensível de suas vidas. Muitas vezes, ouvir e procurar compreender as pessoas pode ter mais importância do que qualquer outro tipo de assistência¹⁹.

Além do grupo de gestante, a ação educativa desenvolvida na sala de espera também exerce grande impacto na abordagem às gestantes. De acordo com Santos¹⁸, a sala de espera é o espaço onde os usuários aguardam o atendimento dos profissionais da saúde, e é considerado um espaço dinâmico, em que ocorre mobilização das pessoas. O desenvolvimento da educação em saúde na sala de espera tem como finalidade promover uma assistência humanizada e permitir a aproximação entre a população e o serviço de saúde.

A sala de espera é um local público, em que a equipe de saúde possui uma oportunidade de desenvolver ações educativas. Através dessa estratégia, há uma melhora na qualidade da assistência, com a garantia do acolhimento ao usuário e possibilidade de aperfeiçoar a relação entre usuário, sistema e trabalhador de saúde. Por isso é vista como forma de humanizar o atendimento²⁰.

Em uma experiência relatada por Santos¹⁸, a educação em saúde em sala de espera oportunizou a aproximação da gestante ao serviço de saúde, tornando-a protagonista do

Lima MB, Silva RKR, Passos SG.

processo e ainda contribuindo para orientá-la em relação à sua corresponsabilidade. Essa estratégia permite a efetivação da assistência da enfermagem na saúde coletiva, por meio da educação participativa, em que gestantes, familiares e profissionais trabalham juntos.

A seguir, serão listadas as principais orientações que podem ser realizadas à gestante durante as consultas de Pré-Natal individual, grupos de gestante e em sala de espera.

As orientações a serem discutidas junto à gestante durante o acompanhamento Pré-Natal têm como objetivo ajudar a mesma a encarar a gestação como um processo fisiológico e proporcionar condições para que seja uma experiência positiva e gratificante.

Durante as ações educativas, devem ser realizadas orientações à gestante sobre os seguintes assuntos: importância de realizar um Pré-Natal de qualidade; os desconfortos comuns durante a gestação e como aliviar - los; a importância de uma alimentação balanceada e nutritiva para a boa saúde materna e fetal; autocuidado durante a gestação; os benefícios do aleitamento materno exclusivo até o bebê completar seis meses; sinais de alerta durante a gestação e que a mulher deve procurar um serviço de saúde; sinais que indicam a proximidade e início do trabalho de parto e prática de atividades físicas no período gestacional.

Assim, finalizando este trabalho, foi possível investir na construção de uma proposta educativa a ser implementada no acompanhamento ao pré-natal das gestantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O atendimento à gestante no contexto histórico foi marcado pela criação do PAISM com o objetivo de melhorar a assistência à saúde das mulheres por meio de uma atenção integralizada, clínico-ginecológica e também educativa. Segundo o programa, a mulher deve ser vista de maneira holística e assistida em todas as fases do ciclo vital.

O desenvolvimento de um Pré-Natal adequado e de qualidade às gestantes está incluído entre os princípios do PAISM e, de acordo com a Lei nº 7498 e incentivo do programa, o Pré-Natal de baixo risco pode ser inteiramente realizado pelo enfermeiro.

Procurou-se, através deste estudo, abordar o problema identificado nas ESFs, uma vez ser baixa a adesão das gestantes ao pré-natal. O problema foi constatado após um levantamento realizado pela equipe, que demonstrava um número de consultas de pré-natal menor que seis e o início tardio do pré-natal, em divergência com o preconizado pelo Ministério da Saúde. Em discussão entre a equipe, chegou-se a conclusão que as atividades educativas realizadas na Unidade no decorrer do pré-natal não estariam sendo efetivas, pois eram restritas às consultas médicas e de enfermagem.

Este trabalho procurou focalizar a importância da Educação em Saúde no Pré-Natal, inclusive as orientações importantes a serem realizadas às gestantes durante este período, como: importância do Pré-Natal, desconfortos comuns durante a gestação, importância de uma alimentação balanceada, autocuidado, benefícios do aleitamento materno, sinais de alerta durante a gestação, sinais que indicam a proximidade do parto, sinais evidentes do início do trabalho de parto, atividades físicas no período gestacional e tipos de parto.

Isso posto, foi possível evidenciar a importância de desenvolver a educação em saúde de maneira sistematizada na ESF Cidade Jardim, com o objetivo de gerar mudanças no acompanhamento às gestantes. Como a atenção básica é considerada um contexto ideal para o desenvolvimento de práticas educativas, pela maior proximidade com o usuário e ênfase nas ações preventivas e promocionais, torna-se necessário abandonar as práticas de educação em saúde meramente comunicacionais e informativas e adotar uma comunicação dialógica, que

compreenda a gestante integralmente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Escorel LS, Giovanella MH, Magalhães M, Senna MCM. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Health 21(2/3), 2007
2. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
3. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.
4. Granjeiro GR, Diógenes MAR, Moura ERF. Atenção pré-natal no município de Quixadá-CE segundo indicadores de processo do SISPRENATAL. Rev Esc Enferm USP 2008; 42(1):105-11.
5. Cunha MA, Dottoo LMG, Mamede MV, Mamede FV. Assistência Pré-Natal: Competências Essenciais Desempenhadas Por Enfermeiros. Esc Anna Nery Rev Enferm 2009 jan-mar; 13 (1): 00-00
6. Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araujo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-Natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 24 (5): 293-299, 2002
7. Rios CTF, Vieira NFC. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de Enfermagem como um espaço para a educação em saúde. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 12(2):477-486, 200
8. Gil AC. Métodos e técnicas de pesquisa social. 6. ed. - São Paulo : Atlas,. 2008
9. Marcon SS. "Flashes" de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. Rev.latino-am.enfermagem, Ribeirão Preto, 5(4):43-54, outubro 1997.
10. Carvalho GM. Enfermagem em obstetrícia. São Paulo : EPU, 2007. 256 p.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área técnica de saúde da mulher. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília, 2001. 199p
12. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. 26 (7): 517 -525, 2004
13. Osis MJMD. Pasm: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad. Saúde Públ., Rio de Janeiro, 14(Supl. 1):25-32, 1998
14. Almeida CAL. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. Rev Saúde Pública 2009;43(1):98-104
15. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE MINAS GERAIS- COREN. Legislação e Normas. Belo Horizonte 12(1) 2010.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada. Série Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos. Caderno n. 5. Brasília, 2006. 163 p. Acesso em set. 2020. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf
17. Alves VS. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. - Comunic, Saúde, Educ. 2004 9(16):39-52.
18. Santos DS, Andrade ALA, Lima BSS, Silva YN. Sala de Espera para Gestantes: uma Estratégia de Educação em Saúde. Revista Brasileira De Educação Médica 36 (1 Supl. 2) : 62

Lima MB, Silva RKR, Passos SG.

– 67 ; 2012

19. Hoga LAK, Reberte LM. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. Rev Esc Enferm USP 2007; 41(4):559-66
20. Rodrigues AD. et al. Sala de espera: um ambiente para efetivar a educação em saúde. Revista Eletrônica de Extensão da URI. Frederico Westphalen, 2009 5(7).