

A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes

The humanization of prenatal care under the pregnant women's perspective

La humanización de la atención prenatal cuidado en perspectiva valorativa embarazo las mujeres

Luana Asturiano da Silva;¹ Valdecyr Herdy Alves;² Diego Pereira Rodrigues;³ Bianca Dargam Gomes Vieira;⁴ Giovanna Rosário Soanno Marchiori;⁵ Márcia Vieira dos Santos⁶

Como citar este artigo:

Silva LA, Alves VH, Rodrigues DP, Vieira BDG, Marchiori GRS, Santos MV. A humanização do cuidado pré-natal na perspectiva valorativa das mulheres gestantes. Rev Fun Care Online. 2018 out/dez; 10(4):1014-1019. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2018.v10i4.1014-1019>

RESUMO

Objetivo: Identificar e analisar os valores expressos nos discursos das mulheres/gestantes acompanhadas no Programa de Pré-Natal, a respeito da assistência recebida. **Métodos:** Estudo fenomenológico com abordagem qualitativa. Foram entrevistadas 12 mulheres no período de janeiro a março de 2013 acompanhadas no pré-natal nos serviços de Atenção Básica do município de Niterói, Rio de Janeiro. Os depoimentos foram transcritos e submetidos à análise compreensiva para a formulação das categorias e articuladas com a Teoria dos Valores de Max Scheler. **Resultados:** Emergiram as seguintes categorias: o valor do acolhimento no pré-natal sob a ótica da mulher/gestante e a humanização como uma ação que implica mudança de valores. **Conclusão:** Concluiu-se que o acolhimento e a humanização no cuidado durante o pré-natal são valores vitais e afetivos, portanto, valores em si mesmo. Contribuindo, assim, para refletir a assistência pré-natal, objetivando o direcionamento desse atendimento às necessidades específicas de cada mulher.

Descritores: Saúde da mulher, Cuidado pré-natal, Valores sociais, Enfermagem.

- 1 Mestra em Enfermagem. Membro do Grupo de Pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança, Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa (EEAAC), Universidade Federal Fluminense (UFF).
- 2 Doutor em Enfermagem. Professor Titular do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da EEAAC/UFF. Líder do Grupo de Pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança, da UFF.
- 3 Enfermeiro, Doutor em Enfermagem, Professor Assistente do Departamento Materno-Infantil e Psiquiátrico da EEAAC/UFF.
- 4 Mestra em Enfermagem na EEAAC/UFF. Membro do Grupo de Pesquisa: Maternidade, Saúde da Mulher e da Criança, da UFF. Vice-presidente da Associação Brasileira de Obstetras e Enfermeiros Obstetras do Estado do Rio de Janeiro (ABENFORJ).
- 5 Mestra em Saúde Materno-Infantil. Enfermeira da Secretaria de Estado de Administração Penitenciária.
- 6 Mestra em Saúde Materno-Infantil pela UFF. Professora da Faculdade Novo Milênio.

ABSTRACT

Objective: The study's goal has been to identify and analyze the values regarding the care received, which were expressed in the discourses of the women/pregnant monitored by the Prenatal Program. **Methods:** It as a phenomenological study with a qualitative approach. Twelve women from January to March 2013 were interviewed in prenatal care services in Niterói city, Rio de Janeiro State. The statements were transcribed and submitted to a comprehensive analysis for the formulation of the categories, and also articulated with Max Scheler's Values Theory. **Results:** Based on the data analysis, the following categories emerged: the prenatal care value from the woman/pregnant perspective; and the humanized actions that implies a change of values. **Conclusion:** It was concluded that both the welcome and the humanized prenatal care are vital and affective values; therefore, they are intrinsic values. Hence, contributing to reflect the prenatal care and aiming this service towards the women's specific needs.

Descriptors: Women's health, Prenatal care, Social values, Nursing.

RESUMEN

Objetivo: Identificar y analizar los valores expresados en los discursos de las mujeres/mujeres embarazadas acompañado del Programa Prenatal, con respecto a la atención recibida. **Métodos:** Estudio cualitativo fenomenológico. Se entrevistó a 12 mujeres de enero a marzo 2013 acompañada prenatalmente en los servicios de atención primaria en la ciudad de Niterói, Rio de Janeiro. Las entrevistas fueron transcritas y se sometieron a análisis exhaustivo para la formulación de las categorías y articulados con la teoría de los valores de Max Scheler. **Resultados:** Surgieron las siguientes categorías: El valor de acogida antes de nacer, desde la perspectiva de la mujer/madre y la humanización como una acción que implica el cambio de valores. **Conclusión:** Se concluye que la recepción y la humanización en la atención durante el período prenatal son valores vitales y afectivas, por lo que los valores en sí mismo, contribuyendo así a reflejar la atención prenatal, apuntando la dirección de esta reunión las necesidades específicas de cada mujer.

Descriptorios: Salud de la mujer, La atención prenatal, Los valores sociales, Enfermería.

INTRODUÇÃO

A assistência pré-natal compreende um conjunto de cuidados e procedimentos que visam preservar a saúde da gestante e do conceito, assegurando o acompanhamento gestacional que é caracterizado por mudanças físicas e emocionais, além de ser vivenciado pelas gestantes de forma distinta. Com isso, o pré-natal representa uma chance para as mulheres receberem uma assistência que lhes garanta a qualidade de vida no período gravídico.¹

No entanto, a qualidade da assistência no serviço de saúde é um dos grandes desafios do Ministério da Saúde (MS), em especial na área da Saúde da Mulher. No que diz respeito ao componente reprodutivo, o desafio é reduzir a morte materna, um grave problema de saúde pública brasileira. Esta situação encontra eco na Organização das Nações Unidas (ONU), cuja reunião da Cúpula do Milênio, realizada em 2000, adotou como um dos Oito Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODMs) "Melhorar a saúde materna", sendo este o 5º ODM, meta que ainda não foi alcançada pelo Brasil em 2015.²

Na década de 2000, o MS lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento e a Política Nacional de Atenção à Saúde Integral da Mulher, objetivando expandir

o acesso aos serviços de saúde, favorecendo uma cobertura mais humanizada de atenção à mulher. Os referidos programas trazem em suas concepções o valor da assistência à mulher, pautado no protagonismo das ações que dizem respeito à sua saúde, muito embora a atenção recebida no pré-natal ainda perpetue uma assistência centrada no modelo biomédico, mecanicista e reducionista.³

Esse paradigma enraizado nas instituições de saúde, centrado no modelo biomédico, fortalece a assistência intervencionista, predominantemente técnica, que reconhece a mulher de forma passiva no pré-natal, tratando-a como coadjuvante de protocolos e procedimentos técnicos, invasivos ou não, sem a possibilidade da criação de um vínculo que sustente o valor do cuidado centrado nas suas reais demandas físicas, emocionais e sociais inerentes ao processo de gestar.⁴

No Brasil, a assistência pré-natal na Atenção Básica é centrada em ações protocolares de saúde, norteadas por condutas técnicas que reconhecem a mulher por meio de sintomas clássicos da gestação, sem abordar suas complicações silenciosas, a violência doméstica e o aborto.⁵

De forma geral, é necessário reconhecer os valores, as crenças e os significados do contexto feminino ao assistir uma mulher no pré-natal, entendendo, portanto, a maternidade como um processo dinâmico que está em constante construção, desconstrução e busca de sentido. Sendo assim, o compromisso com a melhoria da qualidade de vida e de saúde de cada gestante deve ser pautado na relação estabelecida entre quem cuida e a pessoa que é cuidada, ou seja, a mulher/gestante na sua integralidade.⁶⁻⁷

Há um grande desafio no sentido de promover a humanização da assistência, um dos quais a dificuldade em entender a importância da fala do outro, ou seja, se a fala do outro é desqualificada, não reconhecida, ou se seus argumentos são sequer colocados, destarte inviabilizando qualquer hipótese de entendimento ou ação comunicativa emancipadora.⁸

O cuidado no pré-natal exige o estudo das relações de saúde, do social, das políticas e da filosofia nele imbricados. Estas dimensões implicam, necessariamente, mais estreita reciprocidade entre pensamento e ação, exigências e possibilidades. Envolvem, inclusive, questões tanto profundas quanto gerais, como finalidade da vida humana – individual e coletiva, e o sentido atribuído ao eu, ao outro e ao mundo. Das respostas a tais questões depende o sucesso do resultado de todo o processo de cuidado durante o pré-natal, que acontece em função de uma determinada visão de mundo, do ser humano e de uma realidade social específica que cada gestante vivencia.

Portanto, os valores vivenciados pelas mulheres gestantes no cotidiano, cujas experiências são ricas e fonte de conhecimento, irão contribuir na compreensão do fenômeno da assistência pré-natal e seus desafios.⁹

Nessa perspectiva, o estudo formulou a seguinte questão norteadora: quais são os valores instituídos pelas mulheres acerca da qualidade do pré-natal? Diante do exposto, e com o propósito de responder à problemática, foram estabelecidos os seguintes objetivos do estudo: identificar e analisar os valores expressos nos discursos das mulheres/gestantes acompanhadas no Programa de Pré-Natal.

MÉTODO

Estudo fenomenológico, realizado com base na valorização dos dados subjetivos das mulheres gestantes, em uma abordagem qualitativa.

As participantes do estudo foram 12 mulheres/gestantes acompanhadas em três Programas de Pré-Natal na Atenção Básica do município de Niterói, estado do Rio de Janeiro. O número de participantes configurou-se após a exaustão dos sentidos por elas expressos diante das facetas do fenômeno. Foi estabelecido como critério de inclusão serem mulheres cadastradas na Rede de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual do município e estarem vivenciando o terceiro trimestre de gravidez. Foram excluídas as mulheres menores de 18 anos, as que estavam no primeiro ou no segundo trimestre de gestação e as que apresentavam número de consultas de pré-natal inferior a seis.

Neste cenário, os profissionais que realizam a consulta pré-natal são os médicos, e os enfermeiros realizam a pré-consulta, na qual realizam o acolhimento, esclarecem dúvidas, aferem a pressão e registram os exames nos cartões das gestantes. A participação na pesquisa foi voluntária, sendo-lhes assegurado o anonimato e o sigilo das informações com a utilização de um código alfanumérico (G1... G12) para cada gestante.

Para coletar as informações, a técnica adotada foi a entrevista semiestruturada contendo perguntas abertas e fechadas, que ocorreu nos meses de janeiro a março de 2013, após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Em conformidade com a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466, de 12 de dezembro de 2012. O estudo foi aprovado em 9 de outubro de 2012 pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina do Hospital Universitário Antônio Pedro (HUAP) da Universidade Federal Fluminense (UFF), sob Protocolo nº 118.436/2012.¹⁰

Os depoimentos das mulheres foram gravados em aparelho digital com a devida autorização, e transcritos na íntegra pelo pesquisador com a finalidade de assegurar a fidedignidade das falas. As transcrições originaram os sentidos valorativos do estudo, os quais foram organizados de acordo com a técnica de análise compreensiva, e, finalmente, interpretados com base na Teoria dos Valores de Max Scheler.^{9,11}

Os sentidos valorativos fundamentaram a construção das seguintes categorias: o valor do acolhimento no pré-natal expresso sob a ótica da mulher/gestante; e humanização: uma ação que implica mudança de valores.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Valor do acolhimento no pré-natal expresso sob a ótica da mulher/gestante

A respeito da assistência vivenciada no pré-natal, as mulheres do presente estudo relataram predominantemente que as consultas são “curtas e rápidas”, confirmando a desvalorização do acolhimento no serviço de pré-natal:

Acho que é a correria deles. O médico nem olha para sua cara. Você faz uma pergunta e ele dá uma resposta rápida e pronto, parece que ele quer atender rápido (G7).

A médica me atendeu muito mal durante a consulta, e me causou até uma depressão (G9).

A médica é muito boa, mas pena que o período da consulta é muito curto. Não dá para atender, não dá para conversar como a gente quer (G12).

O acolhimento não está restrito à recepção das mulheres/gestantes na sala de espera; ao contrário, essa tecnologia de cuidado deve ser realizada em todo o seu percurso na Unidade de Saúde, em especial durante a consulta de pré-natal. O valor expresso na fala das mulheres aponta para um cuidado não ético e quase negligente, pela falta de compartilhamento dos anseios vividos, pela falta de realização de simples procedimentos técnicos, como medir e pesar, que, para o campo valorativo das mulheres, é extremamente importante, pois vale como vital para o seu bem-estar:

O médico não atende direito, começo a falar e não me examina, somente passa remédio e pronto (G4).

Eu pergunto tudo. Tem que ter mais exame, examinar, medir, pesar. Eu vou fazer oito meses e ela (a médica) nunca mediu minha barriga, apesar dela (*sic*) saber pela ultra (G10).

Ela escuta pouco o que a gente tem para falar, se precisar remédio ela passa também, ela não me examinou ainda não, não mediu barriga nem nada disso, vou fazer sete meses (G11).

Torna-se necessário que a escuta sensível, o acolhimento, que fazem parte da humanização da assistência, estejam engajados na assistência às mulheres, indo ao encontro de suas necessidades e seus valores.

Humanização: uma ação que implica mudança de valores

As mulheres/gestantes relataram a falta de escuta frente às suas questões emocionais. Nota-se que valoram essa ação de cuidado específico no campo do sentir, o valor afetivo no cuidado, aspecto que requer uma avaliação criteriosa em relação à assistência ofertada na atenção ao pré-natal:

Porque eles (os médicos) não perguntam não, não falam nada, não perguntam o que eu sinto (G1).

Porque não dá tempo, não é? São muitas grávidas! Por isso eles não se envolvem muito, a gente não fala da gente.

Igual quando eu cheguei aqui com a ultra, estava toda empolgada, e aí falaram isso aí é normal (G2).

A consulta com a médica mesmo é muito rápida, quase não tem tempo para conversar *mesmo, não dá para falar de mim, e eu sinto falta disso* (G8).

As mulheres relataram que na Unidade de Atenção Básica onde a enfermeira está presente no cuidado pré-natal a valoração do sentir das gestantes foi contemplada no cuidado, conforme os seguintes depoimentos:

A enfermeira sempre pergunta como que está lá em casa, dá conselhos, o médico nem tanto, é mais ela, eu tenho confiança, eu falo do que sinto, você sabe, não é? Dá medo (G3).

Quando a consulta é com as enfermeiras, perguntam tudo, o que está acontecendo, mesmo se é pessoal, elas sentam e conversam, dão conselhos, isso é a enfermeira do posto, elas ajudam mesmo, saio bem (G5).

As enfermeiras percebem se hoje você está mais tristonha, calada, e aí elas conversam (G6).

Assim, a humanização constitui uma estratégia para a qualidade da assistência às mulheres no acompanhamento pré-natal.

A prática do acolhimento, que constitui uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização (PNH), quando permite ser valorizada pelos profissionais de saúde é um fator positivo no processo de cuidar, uma vez que permite a criação de vínculo dos usuários com o serviço de saúde e, conseqüentemente, influencia a terapêutica de forma a melhorar a qualidade de vida. No caso específico das consultas do pré-natal, uma prática acolhedora é de vital importância para que a gestante valore seus sentimentos, atitudes e desejos que, em algum momento da sua gestação, influenciarão positiva ou negativamente no desenvolvimento do período gestacional.¹²

Sabe-se que o acolhimento é a condição primeira e fundamental da criação do vínculo. A impessoalidade da compreensão do acolhimento a partir do vínculo constitui um (des)acolhimento do sujeito na sua totalidade, como descrito pelas entrevistadas ao se sentirem (des)acolhidas na Unidade de Saúde, o que confirma a necessidade da fundamentação do conceito de acolhimento na rede básica de saúde como cuidado ético.^{12,13}

As falas anteriores reforçam o modelo tecnocrático à abordagem rápida e sucinta que valoriza os processos técnicos e protocolares, desvinculado de um cuidado acolhedor, gerando insatisfação nas mulheres/gestantes. Com isso, percebemos que os profissionais de saúde não reconheceram a escuta ativa como tecnologia nem a possibilidade de usar tal tecnologia para a construção de vínculo entre ele e a usuária, tendo em vista que o vínculo é um valor em si mesmo.^{4,9,14}

O acolhimento constituído a partir do vínculo apresenta-se dinâmico, voltado para o outro enquanto portador de um valor único e exclusivo. Este é o seu verdadeiro objeto. Além disso, é construído a partir da plena consciência do valor afetivo que deve ser vivenciado na consulta de pré-natal. Assim, o acolhimento é uma ferramenta tecnológica, capaz de atender às demandas das mulheres/gestantes, articulando-o aos significados valorativos, desta forma possibilitando à mulher obter o pleno interesse pela continuidade do atendimento pré-natal.^{9,13}

As falas das entrevistadas reiteram a dimensão técnica, biologicista, impositiva e determinista do atendimento; e no contexto valorativo, repudiam e desqualificam a assistência que recebem, visto que o valor saúde acha-se profundamente radicado no que há de mais íntimo do ser humano: é imanente a ele, está na essência do seu existir e tem, por isso mesmo, a mais alta significação para o bem-estar da mulher e do seu filho no mundo.⁹

Reconhecer os contextos físico, emocional e sociocultural em que a mulher/gestante está inserida pode ser um facilitador para a identificação de fatores de risco que permeiam o universo da gestação, sendo este entendido como valor vital por ser fundamental para a criação de estratégias de atuação das equipes de saúde junto à mulher/gestante, seu companheiro e sua família.^{9,15}

A prática do acolhimento é permeada por valores utilitários, vitais, sociais e religiosos. Todos adquirem formas no contexto de vida de cada mulher/gestante, e no processo da consulta de pré-natal devem ser percebidas pelos profissionais de saúde como possibilidades para a escuta ativa formadora de vínculo e do cuidado ético em saúde.^{9,11}

Assim, no espaço do pré-natal, o valor do acolhimento é caracterizado pelo fenômeno autêntico do vínculo, pelo fato de se poder perceber afetivamente os sentimentos dos outros, sem vivê-los realmente. Esta percepção do valor vínculo é a condição primeira e fundamental para o acolhimento. É nesse sentido que os valores apresentam-se no campo do pré-natal, em especial os valores vitais que todos desejamos: saúde, bem-estar e proteção, entendidos como essenciais para a sobrevivência humana e expressos claramente nas falas das entrevistadas.

É possível entender, portanto, a importância do acolhimento para essas usuárias em suas necessidades diversas, de modo a satisfazê-las, uma vez que mulheres mais satisfeitas estão mais predispostas a continuar a usar os serviços de saúde, refletindo na saúde e no bem-estar da comunidade.¹⁶

Humanizar é atribuir caráter humano, tornar mais humano, mais sociável. No campo da saúde, a humanização dos cuidados está diretamente ligada à essência do ser vivente, na sua individualidade e na percepção do outro na sua totalidade. No campo do pré-natal, implica a percepção das possíveis vulnerabilidades vividas pela mulher/gestante, abrindo um campo de possibilidades para compreender as vivências no cuidar em saúde, em especial no decorrer da gestação, considerado um período de grandes transformações físicas, emocionais e sociais.^{9,11}

A saúde encontra-se entre os direitos humanos fundamentais, garantido pela Constituição Brasileira de 1988.

Nesse contexto, para entender a importância da humanização na assistência, é necessário distinguir o modelo humanístico do tecnocrático, uma vez que o primeiro se dedica a prestar cuidado integral em tempo hábil, enquanto o segundo reduz o cuidado ao simples ato de produção (“preencher papéis”) e no elevado uso de tecnologias, sem valorizar o ser humano em sua totalidade.^{4,9,10}

Significa dizer que o distanciamento dos profissionais de saúde, propiciado pela (des)humanização, impossibilita identificar valores expressos pelas mulheres/gestantes. Um exemplo clássico são as necessidades emocionais vivenciadas durante o período gestacional, fato que é um complicador para a saúde da mulher e do bebê, visto que o valor afetivo é uma expressão do ser mulher/gestante que valoriza o seu existir em um determinado momento do vivido, o ser gestante.⁹

Neste sentido, o modelo tecnocrata promove essa abordagem rápida e sucinta, desvinculando um cuidado eficaz e de qualidade, não valorizando conversas longas com seus pacientes e privilegiando consultas curtas, sem aproximação e vínculo com eles. Sendo assim, a falta de compreensão do valor afetivo transforma-se em risco à saúde, tornando-se imprescindível compreender que a prática humanizada considera o outro como sujeito valorativo, e não como objeto passivo do cuidado.^{9,17}

Considerar o valor afetivo no campo do pré-natal é garantir um olhar para as emoções e os sentimentos do ser que valoriza o seu existir emocional, que se expressa pelo sentir emocional, e não só pela razão.⁹

Percebe-se claramente que os relatos desvelam o valor afetivo como uma carência do ser gestante, portadora de valor em si mesma. O reflexo é nítido no descompasso entre o profissional de saúde e a mulher diante das suas necessidades. Sendo assim, cabe enfatizar que a qualidade de saúde não pode ser compreendida só pela razão, mas também compreendida pelo sentir emocional, afinal, não somos dissociados do corpo, da mente e do espírito.

A gestação é um evento singular que apresenta diversas mudanças no campo existencial, aqui entendido como corpo, mente e espírito. Pode-se dizer que é uma vivência repleta de intensos sentimentos diante da proximidade do fato de ser mulher/mãe. Os sentimentos afloram nos seus mais diversos níveis, transitam entre alegrias, tristezas, medos, ansiedades, entre outros, e podem gerar conflitos que levam ao desequilíbrio da saúde gestacional. Eis por que a gestante necessita de um cuidado humanizado e qualificado durante a gestação.^{9,18}

Corroborando esta ideia, as diretrizes gerais do Humaniza SUS sugerem a ampliação do diálogo entre os próprios profissionais de saúde, entre eles e a população, inclusive com a gestão em saúde, promovendo uma ação participativa no fortalecimento da assistência qualificada.¹⁸

A humanização, quando valorada pelos profissionais de saúde, encontra significado no cuidado pré-natal. Percebe-se que as falas das mulheres gestantes valoram esse cuidado com ênfase na qualidade da saúde, pois ultrapassa o cuidado puramente técnico, pautado na informação, e avança para uma assistência humanizada, compreendendo o cuidado integral que vai ao encontro do ser mulher/gestante.^{9,17-19}

O profissional de saúde, neste caso a enfermeira, quando valoriza o sentir afetivo da mulher gestante, traz na sua prática a contemplação imanente de um objeto desejado, valorado no campo das emoções; não se trata, pois, da mera contemplação de um objeto dado, mas o desejado, ou seja, de que a mulher gestante transcenda os seus anseios e as necessidades de saúde para o alcance da plenitude do exercício de um valor: o gerar.⁹

É muito importante ouvir as mulheres grávidas, uma vez que, com este ato, o profissional de saúde torna-se capaz de realizar uma assistência pré-natal adequada às necessidades e expectativas da mãe, e, portanto, mais satisfatória, harmonizada e inclusiva. Seguindo essa lógica, destaca-se a importância da inclusão efetiva dos familiares no processo de acompanhamento dessas mulheres gestantes, formando, assim, um vínculo que vai além dos momentos das consultas.⁶

Infer-se que a humanização na assistência à saúde da mulher no campo do pré-natal possibilita perceber a mulher/gestante nas suas mais diversas formas de expressão valorativa de estar no mundo. Quanto ao profissional de saúde, favorece reconhecer a mulher gestante possuidora de valores em si mesmos, abrindo espaço para o seu protagonismo.

CONCLUSÃO

As reflexões acerca dos valores expressos pelas entrevistadas no pré-natal permitiram desvelar dois pontos importantes para o reconhecimento da mulher gestante como um valor em si mesmo.

O primeiro trata do valor do acolhimento no pré-natal, expresso sob a ótica dessa mulher, demonstrando que é um fenômeno autêntico do vínculo, garantindo ao profissional de saúde a possibilidade de ver a mulher a partir das suas reais carências, favorecendo a escuta ativa, a identificações de problemas de saúde, abrindo caminhos para estratégias de cuidado no campo do pré-natal. O segundo traz a humanização como uma ação que implica mudança de valores no processo de reconhecer as mulheres gestantes não só no campo da razão, mas também no campo do sentir, no qual, no ser humano, não há dissociação de corpo-mente-espírito. Nesse sentido, o valor da humanização está em perceber a totalidade do ser mulher/gestante no seu existir enquanto valor humano.

O estudo apontou para a necessidade de realização de novas pesquisas na área dos valores, como possibilidade de compreender a saúde a partir das demandas e vivências de cada ser humano e sua articulação com o cuidado em saúde, expressos na prática cotidiana dos profissionais e nas políticas públicas de saúde em vigor.

Neste estudo, a limitação do estudo refere-se ao cenário, em que não obteve uma totalidade de unidade de atenção básica no município, o que pode não refletir a real situação do cuidado pré-natal.

REFERÊNCIAS

1. Fossê LAC, Pádua LB, Neto JDV. Avaliação da qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde. *Rev Interd Novafari* [internet] 2011 [acesso em 12 jul 2016]; 4(2):40-5. Disponível em: http://uninovafapi.edu.br/sistemas/revistainterdisciplinar/v4n2/pesquisa/p6_v4n2..pdf

2. Brasil. Ministério da Saúde. A saúde no Brasil em 2030: diretrizes para a prospecção estratégica do Sistema de Saúde brasileiro. Brasília: MS; 2012.
3. Basso CG, Neves ET, Silveira A. The association between attending prenatal care and neonatal morbidity. *Texto Contexto - Enferm* [internet] 2012 [acesso em 12 jul 2016]; 21(2):269-75. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072012000200003>
4. Morais FRC, Silva CMC, Ribeiro MCM, Pinto NRS, Santos I. Resgatando o cuidado de Enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de Collière. *Rev Enferm UERJ* [internet] 2011 [acesso em 12 out 2016]; 19(2). Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a22.pdf>
5. Silva MZN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na atenção básica. *Saúde Debate* [internet] 2014 [acesso em 31 mar 2016]; 38(103):805-16. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5935/0103-1104.20140073>
6. Cáceres-Manrique FM, Molina-Marín G, Ruiz-Rodríguez M. Maternidad: un proceso con distintos matices y construcción de vínculos. *Aquichan*. [internet] 2014 [acesso em 12 out 2016]; 14(3). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5294/aqui.2014.14.3.4>
7. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes L N, Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [internet] 2012 [acesso em 12 jul 2016]; 28(4):789-800. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2012000400018>
8. Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. *Cogitare Enferm* [internet] 2011 [acesso em 2 jun 2016]; 16(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5380/ce.v16i1.21108>
9. Scheler M. Da reviravolta dos valores. 2. ed. Petrópolis: Vozes; 2012.
10. Brasil. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: MS; 2012.
11. Weber M. Metodologia das ciências sociais. 5. ed. São Paulo: Cortez; 2016.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: MS; 2012.
13. Werneck VR. Novos valores ou nova hierarquia de valores? Meta: avaliação [internet] 2010 [acesso em 12 jul 2016]; 2(4):73-86. Disponível em: <http://revistas.cesgranrio.org.br/index.php/metaavaliacao/article/viewFile/49/65>
14. Gonçalves ITJP, Souza KV, Amaral MA, Oliveira ARS, Ferreira WFC. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. *Rev Rene* [Internet] 2013 [acesso em 12 jul 2016]; 14(3):620-9. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15253/rev%20reene.v14i3.3503>
15. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletr Enferm* [internet] 2011 [acesso em 31 mar 2016]; 13(2):199-210. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v13i2.10162>
16. Tadese E, Mirkuzie W, Yibeltal K. Quality of antenatal care services at public health facilities of BahirDar special zone, Northwest Ethiopia. *BMC Health Services Research* [internet] 2013 [acesso em 12 jul 2016]; 13(443):1-8. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1186/1472-6963-13-443>
17. Luana AS. Ótica valorativa dos profissionais de saúde: o pré-natal na rede municipal de saúde de Niterói. Rio de Janeiro. Dissertação [Mestrado] – Universidade Federal Fluminense; 2015.
18. Brasil. Ministério da Saúde. Cadernos Humaniza SUS: atenção básica. Brasília: MS; 2010.
19. Tostes NA. Percepção de gestantes acerca da assistência pré-natal, seus sentimentos e expectativas quanto ao preparo para o parto. Brasília. Dissertação [Mestrado] – Universidade de Brasília; 2012.

Recebido em: 16/02/2017

Revisões requeridas: Não houve

Aprovado em: 31/03/2017

Publicado em: 05/10/2018

Autor responsável pela correspondência:

Diego Pereira Rodrigues

Rua Desembargador Leopoldo Muylaert, 307

Piratininga, Niterói, Rio de Janeiro

CEP: 24.350-450

E-mail: <diego.pereira.rodrigues@gmail.com>