

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM RESIDÊNCIA  
MULTIPROFISSIONAL INTEGRADA EM SISTEMA PÚBLICO DE  
SAÚDE**

**DESAFIOS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL HUMANIZADA, NA  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS.**

**TRABALHO FINAL DE CONCLUSÃO  
- Modalidade Artigo Publicável -**

**Ana Laura Borges Aranda**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

**DESAFIOS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL HUMANIZADA, NA  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS.**

**Ana Laura Borges Aranda**

Trabalho final de conclusão - modalidade artigo publicável – apresentado ao Programa de Pós Graduação em Residência Multiprofissional Integrada em Sistema Público de Saúde, Ênfase Atenção Hospitalar, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do grau de **Especialista em Gestão e Atenção Hospitalar no Sistema Público de Saúde, Ênfase Mãe-Bebê**

**Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ms<sup>a</sup>. Clara Leonida Marques Colomé**

**Santa Maria, RS, Brasil**

**2012**

**Universidade Federal de Santa Maria  
Centro de Ciências da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Residência Multiprofissional Integrada  
em Sistema Público de Saúde**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,  
aprova o Trabalho Final de Conclusão – modalidade artigo publicável -

**DESAFIOS À ATENÇÃO PRÉ-NATAL HUMANIZADA, NA  
PERSPECTIVA DE PROFISSIONAIS EM ESTRATÉGIAS SAÚDE DA  
FAMÍLIA DO MUNICÍPIO DE SANTA MARIA/RS.**

Elaborado por

**Ana Laura BorgesAranda**

como requisito parcial para obtenção do grau de

**ESPECIALISTA EM GESTÃO E ATENÇÃO HOSPITALAR NO  
SISTEMA PÚBLICO DE SAÚDE, ÊNFASE MÃE-BEBÊ**

**Comissão Examinadora:**

---

**Clara Leonida Marques Colomé, Me. (UFSM)**  
(Presidente/orientadora)

---

**Lizandra Flores Pimenta, Me. (UFSM)**

---

**Liamar Donati, Esp. (UFSM)**

Santa Maria, 01 de abril de 2012.

## **RESUMO**

Realizou-se um estudo descritivo de abordagem qualitativa, com o objetivo de conhecer os fatores que interferem na efetivação da atenção pré-natal humanizada na perspectiva de profissionais de duas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria/RS, bem como desvelar a concepção dos mesmos acerca da humanização na atenção pré-natal. Os sujeitos do estudo compreenderam 15 profissionais das ESFs. A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2011. Os dados foram analisados de acordo com o referencial de Laurence Bardin. As grandes categorias de análise são: “as concepções dos profissionais acerca da atenção pré-natal humanizada e os múltiplos fatores que interferem na efetivação dessa atenção”. A análise das categorias permite inferir que as concepções acerca da atenção pré-natal apresentadas pelos sujeitos relacionam-se a modos de agir e práticas direcionadas ao cuidado em saúde; outras se aproximam das orientações da Política Nacional de Humanização. Como fatores que interferem na atenção pré-natal humanizada, têm-se: formação profissional, estrutura e organização dos serviços das ESFs, bem como a gestão do trabalho e a capacitação dos profissionais que atuam nas unidades. As questões problematizadas permitem reflexões acerca dos desafios cotidianos a serem superados pelos serviços de saúde para garantir uma atenção pré-natal humanizada.

**Palavras- Chave:** Humanização da Assistência, Assistência Pré-Natal, Atenção Básica.

## **ABSTRACT**

A descriptive study of qualitative approach was realized with the objective of knowing the factors that interfere in the effectuation of the humanized prenatal care in the perspective of professionals of two ESF (Family Health Strategies) in the city of Santa Maria/RS, and also reveal their conception regarding humanization in prenatal care. The subjects of the study were 15 professionals of the ESFs. Data was collected in December of 2011. The data was analyzed according to the Laurence Bardin reference. The major analysis categories are: The Conception of professionals regarding humanized prenatal care and The multiple factors that interfere in the effectuation of this care. The analysis of the categories suggests that the conceptions regarding prenatal care presented by the subjects relate to ways of acting and practices directed to health care, others approach the orientations of the National Politics for Humanization. As interfering factors in the humanized prenatal care, there are: Professional Formation, Structure and organization of the ESFs services and also the work management and the capacity building of the professionals who work in the units. The problematized issues permit reflections about the everyday challenges to be overcome by the health services to guarantee humanized prenatal care.

**Keywords:** Humanization of Assistance, Prenatal Assistance, Basic Care.

## INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal tem fundamental importância para contribuir que a gestação transcorra de uma forma segura e para permitir que a gestante e sua família possam vivenciar esse período de forma tranquila e tornando-se sujeitos elementares deste processo.

Entretanto, ainda persiste a centralidade de técnicas e da figura médica nesse evento, que acabam excluindo o protagonismo da mulher, em detrimento de uma atenção ancorada numa concepção ampliada de saúde.

O modelo de atendimento fragmentado e biologicista, que não contempla a atenção às subjetividades, passou a ser discutido de forma mais intensa a partir da década de 1990 no Brasil. Com o advento de uma nova mentalidade erigida no campo da saúde com o surgimento do Sistema Único de Saúde, a sociedade começa a discutir a Humanização da Assistência à Saúde de uma forma geral e ao parto, mais especificamente.

Humanização, a despeito de ser um termo polissêmico é compreendido, de acordo com a Cartilha HumanizaSUS do Ministério da Saúde<sup>1</sup> como “a oferta de atenção à saúde de qualidade, alicerçada na tecnologia e no acolhimento, valorizando todos os sujeitos que fazem parte do processo de produção de saúde, ou seja: usuários, trabalhadores e gestores”.

Considerando o despreparo de muitos profissionais e serviços para focar a saúde sob uma perspectiva subjetiva e ampliada, a qual contempla aspectos que buscam a superação do paradigma biológico arraigado na esfera, o Ministério da Saúde<sup>2-1</sup> instituiu, em 2000, através da Portaria nº 569/GM, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) e em 2003 a Política Nacional da Humanização de Gestão no Sistema Único de Saúde-Humaniza SUS com vistas a garantir a efetivação de um modelo de assistência centrado nos atributos da atenção humanizada.

É importante ressaltar que esses preceitos encontram-se esculpidos no âmbito da atenção básica desde que, em 1994, o MS criou o Programa Saúde da Família (PSF) como proposta de reorientação do modelo de atenção e assistência à saúde.

Convém lembrar que o então PSF, atualmente configurado como Estratégia Saúde da Família (ESF), constitui-se como importante elemento de reforma do Sistema Único de Saúde (SUS), recebendo a missão de ser o "eixo estruturante da organização dos serviços no âmbito do sistema público de saúde no Brasil"<sup>3</sup>.

Na esteira desse processo, a Política Nacional de Atenção Básica de 2011<sup>4</sup>, estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, tendo em vista que este nível de atenção seja fortalecido como porta de entrada viabilizadora do acesso dos usuários. Nesse contexto, a ESF passa a ser compreendida como prioritária para a expansão e a consolidação da atenção básica.

Todavia, ainda persistem lacunas na efetivação da atenção pré-natal. De acordo com Costa<sup>5</sup>: “a atenção à saúde da mulher na gestação e parto permanece como um desafio tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto nos aspectos relacionados ao debate filosófico em torno do cuidado”.

Tendo em vista as dificuldades a serem superadas na atenção pré-natal, esta pesquisa teve como objetivo desvelar as concepções dos profissionais de duas Estratégias Saúde da Família (ESF) do município de Santa Maria/RS acerca da humanização da atenção pré-natal, bem como conhecer os fatores que interferem na efetivação da atenção pré-natal humanizada, na perspectiva desses profissionais.

## MÉTODOS

Realizou-se estudo descritivo de abordagem qualitativa, tendo em vista os objetivos deste estudo, os quais se propõem a entender e não mensurar questões relacionadas à atenção pré-natal humanizada.

A pesquisa realizou-se em duas Estratégias Saúde da Família (ESFs) do município de Santa Maria/RS, aqui denominadas ESF A e ESF B. A coleta de dados ocorreu no mês de dezembro de 2011.

Este artigo constitui-se na exploração e discussão de dois objetivos de uma pesquisa maior em duas Estratégias Saúde da Família do município de Santa Maria/RS, intitulada: “Desafios à atenção pré-natal humanizada na perspectiva de profissionais e de gestantes em Estratégias Saúde da Família do município de Santa Maria/RS”, na qual além de se buscar os objetivos desta pesquisa com os profissionais, realizou-se a pesquisa também com as gestantes que realizaram o pré-natal nas unidades onde se realizou a pesquisa aqui relatada.

Participaram deste estudo 15 sujeitos de diferentes profissões, sendo 5 de uma unidade e 10 de outra, de modo a auxiliar na busca de diferentes perspectivas ao problema de pesquisa.

Assim, os profissionais que participaram da pesquisa foram: médicos, dentistas, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, auxiliares de serviços gerais e agentes comunitários de saúde.

A seleção dos sujeitos ocorreu de forma aleatória por meio de sorteio. Para a participação na pesquisa, considerou-se a diversidade de que profissões que as unidades são compostas e a concordância com o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Após o consentimento dos sujeitos, iniciou-se a coleta de dados, que foi guiada por um roteiro de entrevista semiestruturada, composto por 11 questões abertas, dirigidas à caracterização dos profissionais integrantes das equipes das ESFs, e questões destinadas a



conhecer a concepção destes acerca da atenção pré-natal humanizada, bem como os fatores que dificultam esta atenção neste âmbito.

As entrevistas foram registradas através de um gravador de voz, e após, transcritas graficamente na íntegra.

Procurou-se resguardar a identidade dos sujeitos da pesquisa em todas as suas etapas, bem como na discussão de dados. Para preservar o anonimato dos participantes, os mesmos foram identificados pela letra P, pois é a letra inicial da palavra profissional.

Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Universidade Federal de Santa Maria, sob o número CAEE- 0262.0.243.000-11, atendendo às prerrogativas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A análise dos dados foi desenvolvida a partir dos conteúdos das entrevistas, as quais foram submetidas às etapas previstas pelo referencial de análise de conteúdo de Laurence Bardin. Conforme o autor, esse procedimento apresenta conformidade com a premissa de que é permitido utilizar-se dessa técnica quando o interesse é aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça, ou seja, é uma busca de outras realidades através das mensagens<sup>6</sup>.

Dessa forma, através de leitura e releitura detalhada do material, chegou-se à construção de categorias de interesse e respectivas subcategorias, as quais estão descritas abaixo separadamente, trazendo recortes do conteúdo manifesto e análise contextualizada.

1. As concepções de atenção pré-natal humanizada
2. Os múltiplos fatores que interferem na efetivação da atenção pré-natal humanizada
  - 2.1 Formação profissional
  - 2.2 Estrutura e organização dos serviços das ESFs
  - 2.3 Gestão do trabalho e a capacitação dos profissionais que atuam nas ESFs.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **O Perfil dos Sujeitos**

Os sujeitos apresentaram idade compreendida entre 21 a 60 anos. Do total de sujeitos, 13 eram do sexo feminino e 2 do sexo masculino. O tempo de formação profissional variou de 4 a 29 anos. Com relação ao grau de escolaridade, 5 apresentaram o ensino superior completo, 1 ensino fundamental incompleto, 1 ensino fundamental completo e 8 ensino médio completo. Dos profissionais com formação em nível médio, 5 profissionais com formação auxiliar e técnica, sendo 1 auxiliar de saúde bucal e 4 técnico em Enfermagem. Dos profissionais com formação superior, todos apresentaram especialização, sendo 3 em saúde pública, 1 saúde da família e 1 em saúde coletiva. O tempo de atuação nas ESFs variou de 2 semanas a 7 anos.

#### **1. As concepções dos profissionais acerca da atenção pré-natal humanizada**

O termo humanização comporta diferentes significados e concepções, expressa desde mudanças na compreensão de atenção à saúde, modos de agir a disposições pessoais de tratar o ser humano. As perspectivas de atenção pré-natal humanizada atentam, também, para aspectos relacionados à adoção por parte dos trabalhadores de posturas éticas e solidárias nos serviços de saúde e promoção de práticas e procedimentos benéficos à mulher, eximindo-se práticas intervencionistas desnecessárias.

Considerando esse enfoque, percebe-se que a maior parte dos profissionais, compreendem a humanização como modos de agir, incluindo relacionamento entre usuário/profissional e práticas direcionadas ao atendimento às necessidades em saúde, além de se constituir como dever ético profissional no ato do cuidado.

Essa compreensão pode ser percebida em manifestações que permitem reconhecer vocábulos inerentes ao universo da humanização, tais como: escuta atenta, diálogo, aproximação entre profissional e usuário, empatia, respeito, melhor atendimento e coresponsabilização do serviço e também coresponsabilização do usuário sobre seu processo de saúde.

*“Acho que atender melhor. Tem que chegar, já explicar tudo direitinho pro paciente com calma né e atender bem as pessoas porque é o nosso trabalho mesmo né” (P10).*

*“Tentar se colocar no lugar do outro, tu ter empatia [...]” (P4).*

*“[...] é atender a gestante em todas as suas necessidades, não apenas do pré-natal...mas como pessoa, é incluir a família, principalmente o pai dos bebês, é não discriminar a mulher se for o quinto ou o décimo filho [...]” (P2).*

As falas também permitem inferir um entendimento acerca de humanização como “um vir a ser”- um modo de atenção a ser buscado. Como podemos perceber nos recortes de fala subsequentes:

*“[...] inicia diminuindo esse distanciamento que ainda existe entre o profissional da saúde eo paciente né.” (P8).*

*“[...]seria fugir um pouco da parte curativa e da parte medicamentosa e fazer uma atenção com mais explicações, com mais trocas de idéias, é trazer o paciente para dentro da responsabilidade do tratamento dele, não ficar uma coisa muito separada [...]” (P1).*

O Manual de Pré-Natal e Puerpério do MS<sup>7</sup> defende a importância de uma atenção pré-natal de qualidade, construída sob os pilares da humanização, repercutindo na saúde materna e neonatal e para que isso se efetive é necessário: “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, físico no qual vive, estabelecer novas bases para os relacionamentos dos diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde- profissionais da saúde, usuários (as) e gestores; e a construção de uma cultura de respeito aos direitos

humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção”.

Os depoentes manifestaram também, o acolhimento como importante elemento, contribuindo para organizar o trabalho em saúde orientado pela humanização. Como sinalizam as falas a seguir:

*“[...] acolher melhor, ouvir mais e tentar atender de uma forma mais simples assim, mostrar que não tem essa distância, que tu tá ali pra ajudar” (P8).*

A referência feita ao termo acolhimento denota que os profissionais o reconhecem como um momento de escuta e uma tentativa de aproximar profissionais e usuários, contudo ainda é identificado, em certa medida, como uma atitude voluntária de bondade e restrita de alguns profissionais, contrariando as proposições da PNH, que incorpora esta ação como uma de suas diretrizes.

Mehry<sup>8</sup> concebe o acolhimento como “elemento inicial do processo de trabalho em saúde, centrado em tecnologias leves, as quais se referem ao cuidado no seu sentido mais amplo, não exigindo conhecimentos profissionais específicos”.

Além do Acolhimento, depoentes relataram a importância de maior vínculo entre profissional e usuário, como importante condição para a humanização da atenção. Como podemos perceber no extrato de fala abaixo:

*“Além de ter um acolhimento, ter mais vínculo, não só o agente ter os vínculos,mas todos os profissionais ter mais vínculos, conhecer mais os pacientes né, não só chegar cheio de receitas e coisas porque as vezes o paciente nem necessita disso” (P3).*

De acordo com Campos<sup>9</sup>:“O vínculo com os usuários dos serviços de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário durante a prestação do serviço. Esse espaço deve ser utilizado para a construção de sujeitos autônomos, tanto

profissionais quanto pacientes, pois não há construção de vínculo sem que o usuário seja reconhecido na condição de sujeito, que fala, julga e deseja”.

Alguns dos depoentes, referiram entendimento sobre humanização em saúde como superação da dimensão biológica e da queixa, ampliando seu olhar sobre os usuários dos serviços, bem como de sua situação de saúde. Manifestando-se através da valorização de diferentes aspectos da vida dos sujeitos como o aspecto social e emocional. Aqui, percebe-se uma aproximação com os princípios norteadores da Política de Humanização<sup>1</sup>, que apresenta a importância da: “valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos e responsabilização”. Concepção que se evidencia nos extratos de falas abaixo:

*“[...] é tu ver a pessoa como um todo e ver em todos os aspectos, não vê só a doença e vê sim a pessoa tanto no aspecto social, emocional [...]” (P12).*

*“Um atendimento humanizado é aquele que tu enxerga mais do que a doença específica que trouxe a pessoa até você...enxergar a pessoa como um todo” (P2).*

Entretanto, as ponderações dos sujeitos, ainda, dão margem ao entendimento de que as concepções apontadas por eles não desfrutam no momento, do vigor necessário para responder aos ditames da PHPN. Tampouco, detêm a robustez necessária para estimular processos integradores e promotores de compromissos e responsabilizações em todas as práticas de atenção e gestão operacionalizadas no território das ESFs aqui tratadas.

Já outros profissionais, referem não entender que haja humanização de forma efetiva na atenção pré-natal, atribuindo distanciamento entre o dito e o praticado ou concebendo-a como um projeto distante do real. Como podemos perceber nas falas abaixo:

*“[...] não tem muito de humanização hoje né, hoje não se tem muito, se fala muito de humanização, mas não, não se pratica a humanização” (P3).*

*“[...] eu acho que ainda tá muito longe ainda do que teria que ser ideal” (P15).*

A inquietação decorrente das falas em pauta remete ao seguinte questionamento: a estruturação dos serviços e a interlocução entre gestores, trabalhadores, usuários e as políticas públicas de saúde estão sendo efetivos na implementação de uma atenção pré-natal humanizada?

Ao encontro da não humanização da atenção manifesta por alguns dos depoentes, Serruya<sup>10</sup> esclarece que, “Também na atenção pré-natal ocorre uma expropriação da autonomia feminina e estão presentes todos os pilares do modelo tecnocrático: as mulheres são vistas como um objeto, fora de qualquer contexto, onde a máquina é examinada e não se estabelece nenhum vínculo entre profissional e a mulher. As ações praticadas no pré-natal são da autoridade e responsabilidade dos profissionais de saúde que supervalorizam as atividades mais técnicas e mantêm, com intervenções determinadas a hierarquia e padronização das rotinas.”

A PNH e o PHPN foram construídos devido à necessidade de se avançar na construção de novas práticas em saúde, e a luta pela sua efetivação concreta se dá a todo momento, no cotidiano dos serviços, nas relações entre os sujeitos atuantes na área da saúde e na sociedade como um todo. As ESFs constituem-se como espaços potencializadores e disseminadores de um modelo de atenção à saúde alicerçado na humanização.

Nos fragmentos das falas de alguns depoentes, percebe-se a percepção de humanização relacionada a aspectos organizacionais e de gestão, aludindo à necessidade haver mais profissionais e vinculam humanização à bons serviços e capacitação profissional. É o que se observa nas falas subsequentes:

*“Primeiramente, par mim é ter o profissional... segundo d atendimento: bom dia, boa tarde, por favor, quanto tempo [...]” (P9).*

*“Pra ter humanização, tem que ter um bom serviço, para ter um bor serviço tem que ter pessoas capacitadas né” (P15).*

A percepção em análise sinaliza questões contempladas em referenciais que discutem estabelecimento de uma relação de respeito, bem como a necessidade de reordenação dos serviços de saúde. Exemplos disso, podem ser encontrados entre os princípios e diretrizes da PHPN<sup>2</sup> que propala: “Toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que está seja realizada de forma humanizada e segura”.

Assim, é pertinente a preocupação dos profissionais também com a competência técnica para a efetivação da garantia de um atendimento de saúde de qualidade, aliando aspectos técnico-científicos a uma conduta ética, humana e profissional.

A constituição de ESFs, em um determinado território, pressupõe acolhida nos serviços da demanda que se apresenta e responsabilização por seu atendimento. Todavia, é necessário que haja capacidade técnica e humana dos serviços para responder a essa demanda, bem como potencial resolutivo em suas ações para que, de fato, o usuário a sinta como local de referência para além da imposição territorial.

Ao término da análise dessa categoria, a despeito das reflexões que foi possível tecer anteriormente, é importante destacar que não se pôde atribuir ao grau de escolaridade dos sujeitos uma compreensão mais ou menos ampliada acerca da humanização. Embora alguns profissionais percebam a humanização relacionada mais a posições voluntaristas e pessoais ou técnicas e outros se aproximem das orientações da PNH, fato é que todos os depoentes trouxeram importantes expressões acerca do tema, independente do domínio teórico.

Por fim, as explicitações dos profissionais deixam pressentir uma visão filiada às diretrizes da PNH, porém necessitam de maior consistência para a superação de concepções e atuações balizadas nas premissas do paradigma biomédico. Não se encontram totalmente distantes de uma mentalidade científica centrada em diagnósticos e no controle de doenças,

ineficientes para promover a integralidade do cuidado, o protagonismo do usuário e da equipe de saúde, dentre outros atributos da humanização apregoados no campo da saúde.

## **2. Os múltiplos fatores que interferem na efetivação da atenção pré-natal humanizada**

Profissionais que atuam em ESFs compreendem que há fatores que interferem na efetivação da atenção pré-natal humanizada nesse âmbito, tais como: fatores relacionados à formação profissional, de ordem estrutural/organizacional, referentes à gestão do trabalho e à capacitação dos profissionais.

### **2.1 Formação profissional**

Atualmente, ainda persiste um distanciamento entre a formação acadêmica e as necessidades de saúde da população, predominando uma educação tradicional que enfatiza o conhecimento e as habilidades técnicas, em detrimento de uma formação que habilita seus graduandos a atuarem no SUS, como se evidencia na fala da depoente abaixo:

*“[...] depois que eu me formei teve uma reforma curricular, eu nunca tive dentro de um posto de saúde na faculdade, a gente nem sabia o que era uma ESF, foi, foi um erro ali da grade curricular bem grande” (P1).*

Percebe-se, na fala do depoente, que a não aproximação com a realidade de saúde da atenção básica constitui-se como um fator que dificulta a atenção humanizada, pois somente agora, enquanto profissional, começa a ter aproximação com este nível de atenção.

Considerando que o papel das universidades, no que concerne aos cursos da área da saúde, destina-se à produção de conhecimentos substanciais para que os futuros profissionais tenham competências e habilidades para atuarem na realidade social e sanitária brasileira, é



fundamental a transformação do modo de ensinar, que se inicia com a construção dos Projetos Pedagógicos dos cursos, com vistas a contribuir para a formação profissional dos novos trabalhadores do SUS.

Ao encontro disso, Silva *et al*<sup>11</sup>, afirmam, “Em relação à organização curricular, as DCNs, de modo coerente com a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) apontam estratégias que potencializam a construção de um currículo integrado. Nesse sentido, pode-se observar a indicação de que: o projeto político pedagógico seja construído coletivamente; a interdisciplinariedade conforme o processo ensino-aprendizagem; haja valorização das dimensões éticas e humanísticas; a inserção de professores e estudantes nos serviços existentes nas respectivas localidades fortaleça a parceria ensino-serviço; haja diversificação de cenários; a gestão desenvolva um sistema de co-responsabilização, de avaliação e acompanhamento livre de medos; e a seleção dos conteúdos seja orientada às necessidades sociais”.

## **2.2 Estrutura e organização dos serviços das ESFs**

Os depoentes relataram dificuldades concernentes à estrutura física das ESFs que comprometem, muitas vezes, a privacidade do usuário, ausência de espaço físico para desenvolver atividades de educação em saúde, necessidade de maior número de profissionais para realizar busca ativa à gestante. Também relataram problemas referentes à falta de transporte para realizar visitas domiciliares.

*“[...] A questão do espaço físico é um problema pra nós e também a privacidade, que eu acho que ali as pessoas não tem (sala de triagem)” (P2).*

*“[...]um carro da prefeitura pra ir atrás nessas áreas mais distantes, falta de agente de saúde né...falta de medicamento, algum material[...]”(P12).*

*“[...]se a gente tivesse mais gente podia ir lá e fazer uma busca ativa melhor né e um espaço pra gente, enfim grupos, eu gosto muito de grupos, pudesse ter um acompanhamento, umas práticas[...]”(P4).*

Considerando que o Acolhimento constitui-se em dispositivo para a efetivação de uma atenção pré-natal humanizada, é possível confrontar seu conceito com as condições que se materializa à atenção à saúde nas ESFs. De acordo com o Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério<sup>7</sup>, “O acolhimento, aspecto essencial da política de humanização, implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.

Alguns dos extratos de falas acima nos permitem perceber que a questão da ambiência interfere no acolhimento à gestante nas ESFs, uma vez que a não existência de espaço físico adequado, que contemple a privacidade, torna-se um obstáculo para que a mulher sintam-se à vontade para expor os reais motivos de sua procura à unidade, uma vez que está sob olhares de outros usuários e profissionais que estão próximos, também o profissional que recebe a gestante pode sentir-se desconfortável nessa situação, não permitindo que se estabeleça uma escuta atenta, onde todos os sentidos estejam destinados à gestante.

Também, o espaço físico aliado à necessidade de maior número de profissionais é relatado como fator que gera dificuldade, uma vez que, sem estes, torna-se difícil desenvolver atividades para além da assistência, como grupos com gestantes e atividades de educação em saúde, além de dificultar a efetivação de visitas domiciliares de acompanhamento às gestantes.

Nos extratos das falas, percebe-se a ciência quanto às dificuldades cotidianas do trabalho em saúde e o quanto as ESFs ainda necessitam avançar para efetivar o que é preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica.

Quanto à organização dos serviços, algumas falas manifestaram a dificuldade de diálogo entre os profissionais da equipe e resolutividade de atendimentos realizados pela unidade. Segundo Albuquerque *et.al*<sup>12</sup> “sem o diálogo permanente não será possível gerar novas formas de intervir no processo de trabalho, na organização da assistência, nem no processo educativo da formação de um novo trabalhador”. Dificuldade manifesta nas falas a seguir:

*“[...]é estratégia, mas é estratégia que funciona não em conjunto, funciona separado assim...Então, eu acho que tinha que ter mais contato com a médica ali junto. Acompanhar aquela paciente né” (P3).*

*“É a resolutividade. É resolve, quando agente vem aqui é bem complicado, as vezes tu resolve, outras vezes tu fica... sem saber o que fazer...tu passa pra enfermeira, mas tu não tem um retorno... falta muita resolutividade na médica, no sentido de quê? De orientar né”(P3).*

A existência de um espaço para a discussão da organização dos processos de trabalho e das relações que se estabelecem nesse meio é prioritária para que todos os envolvidos no processo de produção de saúde possam participar dessa elaboração, em que cada um carrega sua vivência e conhecimento e possui condições de contribuir para a melhoria do seu local de trabalho, da sua equipe e por consequência das relações e do modo de cuidar da ESF.

Manifestaram, também, entendimento negativo quanto ao atendimento pré-natal ser realizado somente pela enfermeira em uma das ESFs, reconhecem a competência do profissional da enfermagem, mas discordam de que a consulta seja realizada somente por ela, referindo necessidade de maior vinculação e disponibilidade do profissional da medicina em atender as gestantes.

*“[...] Hoje apenas a enfermeira fazendo o pré-natal, sem a ajuda da médica. A médica não faz. Então, o que se espera do trabalho? Trabalha com o que temos e no incorreto” (P9).*

*“[...] Só a Enfermagem, a medicina não acompanha, acompanha em casos que venha até a medicina por talvez outra queixa né. (P4)*

De acordo com a Lei de Exercício Profissional da Enfermagem- Decreto nº 94.406/87<sup>13</sup>, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo (a) enfermeiro (a).

Todavia, a fala acima permite refletir sobre o possível entendimento ainda vigente de que o saber médico predomina sobre outras profissões, uma vez que os profissionais não desconhecem a habilitação do enfermeiro em realizar o pré-natal de baixo risco, mas demonstram ainda pouca segurança quando não realizado pelo profissional da medicina, revelando ainda uma concepção biomédica de saúde e atenção.

Por outro lado, é relevante a preocupação dos profissionais quanto ao fato desse pré-natal não contar com a participação da medicina na sua realização, pois, em algum momento, a gestante pode não se sentir segura em realizá-lo com o (a) enfermeiro (a), talvez por desconhecer a competência profissional deste profissional em realizar a consulta, mas principalmente porque a ESF prevê a responsabilidade de todos os profissionais da equipe pelo usuário.

As falas denunciam que não há corresponsabilização de todos os profissionais da unidade pela gestante, ficando esta sob a responsabilidade da enfermagem e de agentes de saúde que apresentam maior aproximação com o usuário e conhecimento de sua realidade.

### **2.3 A gestão do trabalho e a capacitação dos profissionais que atuam nas ESFs**

Ao serem questionados quanto o conhecimento e ao entendimento acerca da Política Nacional de Humanização e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, 9 profissionais referiram não conhecer a PNH e 6 manifestaram conhecimento vago ou impreciso sobre esta política.

*“Se tem, não tô sabendo, mas. Até na nossa capacitação falaram de humanização e coisa, mas na prática nem, porque assim, a teoria é tudo fácil de tu ir lá expor e falar passar pro profissional né, mas aqui é muito diferente (ESF)” (P3).*

*“Já li a PNH um pouquinho para algumas provas...não tenho conhecimento tão grande como eu gostaria da política [...]”(P4).*

Os extratos de falas acima denotam que os profissionais não conseguem fazer a relação entre a Política enquanto instrumento de garantia e orientação da assistência à saúde e sua prática profissional, uma vez que, ao longo da pesquisa e das discussões que relatadas neste estudo, percebeu-se que, na prática, buscam efetivar ou pelo menos reconhecem o que deve ser o cuidado em saúde orientado por esta política.

Também suas falas geram preocupação, uma vez que a Atenção Básica constitui-se como locus privilegiado para mudanças de paradigmas no que se refere à conformação de serviços, criação e fortalecimento de novas práticas em saúde que atentem para a superação de um atendimento fragmentado e impessoal. Entretanto, algumas falas evidenciam a existência de fragilidades da gestão em instrumentalizar os profissionais para atuarem com vistas à mudança do modelo de atenção.

De acordo com a Cartilha HumanizaSUS<sup>1</sup>, a PNH é entendida como: “Valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde: usuários, trabalhadores e gestores; Fomento de autonomia e o protagonismo desses sujeitos; Aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das necessidades sociais de saúde; mudança nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde; compromisso com a ambiência e melhoria das condições de trabalho e atendimento”.

No que tange ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, 2 profissionais referiram conhecer o PHPN, 9 referiram não conhecer e 4 manifestaram conhecimento superficial, vago ou pouco claro sobre o programa em discussão.

*“Eu não tenho conhecimento desse, desse programa, ham e entendo se ele existe ele né vai ser muito bom também” (P7).*

*“O que eu ouvi falar é na televisão assim, que em geral quase nada eles comunicam pra gente sobre essas coisas. Capacitação a gente vai é pra falar de outras coisas” (P10).*

*“A gente foi capacitado pra gestante? Foi, mas as coisas mudam. As capacitações estão acontecendo lá na secretária? Eu chego lá são casos, as folhinhas com casos, ah o que você faria em tal caso? Eu já gostaria que alguém dissesse: Ó se acontecer tal coisa com a gestante vocês tem que fazer tal isso...Sabe, coisas mais concretas, mais que te, te capacitem mais, te dê idéia do que realmente tu pode ou não fazer” (P9).*

Os extratos de falas permitem inferir que a maior parte dos profissionais das ESFs o desconhecem ou possuem superficial conhecimento sobre o mesmo, permitindo alguns questionamentos: os profissionais desconhecem a existência desse programa?; conhecem, mas não conseguem perceber sua relação enquanto instrumento de melhoria e qualificação das ações no pré-natal com a prática realizada cotidianamente nas ESFs, ou não foram capacitados quanto às políticas e programas que orientam as ações em saúde?

Cabe ponderar que o PHPN<sup>2</sup> estabelece a responsabilidade de cada esfera de gestão na sua implantação, ficando as Secretárias Municipais de Saúde com diversas atribuições, dentre elas: garantir o atendimento pré-natal e de puerpério em seu próprio território. Todavia, essa garantia não se refere apenas à realização de consultas e à solicitação de exames, mas ao fato de que estas aconteçam orientadas por uma nova concepção, sendo responsabilidade municipal, capacitar seus profissionais para organizar e efetivar seu trabalho orientados pelos pressupostos deste programa e da PNH.

Nesse contexto, é fundamental a compreensão de que a educação permanente constitui-se como importante prática de formação, propiciando apreensão de conhecimentos, qualificação profissional, troca de saberes e discussões que podem culminar em propostas de reordenamento nas ações, possibilitando novas formas de agir em saúde.

Concluem-se as discussões com as seguintes considerações: tendo em vista que o período gestacional constitui-se como um processo singular, é primordial a transformação de práticas em atenção à saúde que transcendam a dimensão fisiológica e caminhem na constituição de práticas qualificadas que assegurem uma atenção pré-natal humanizada.

Sua efetivação é um processo complexo, que encontra resistências e dificuldades reais para a sua efetivação, pois atenção pré-natal humanizada em ESFs implica organização de rotinas, melhoria e investimento em estrutura física, posturas acolhedoras e condutas éticas, além de capacitação profissional para atuar ancorada nos princípios do SUS e de suas políticas.

Nesse cenário, a relação entre ensino e serviço assume grande relevância, contribuindo para a formação de um novo perfil profissional para atuar na saúde; também é fundamental maior investimento em educação permanente por parte das instâncias de gestão dos serviços, com vistas à melhoria da qualidade da atenção prestada.

## REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde. Humaniza SUS: documentos base para gestores e trabalhadores do SUS. 4.ed. Brasília (DF); 2008.
2. Brasil. Portaria nº 569/GM. Em 1 de Junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde- Brasília, 2000.
3. Ministério de Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1997.
4. Brasil. Portaria nº 2.488, DE 21 DE OUTUBRO DE 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).
5. Costa AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil, In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões de saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999. P.319-335.
6. Bardin, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal: Edições 70; 1977.
7. Ministério da Saúde. Pré-Natal e Puerpério- Atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília (DF); 2005.
8. Merhy EE. A perda da dimensão cuidadora na Produção de Saúde. In: Reis ATT, Santos AF, Campos CR, Malta DC, Merhy EE. Sistema único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998. P.143-60.
9. Campos GWS. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: Cecilio LCO, organizador. Inventando a mudança na saúde. 2ª Ed. São Paulo: Editora Hucitec; 1997. p. 29-87.
10. Serruya, SJ. A experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da saúde no Brasil. Campinas (SP): [s.n], 2003. Tese de Doutorado-UNICAMP.
11. Silva, E.V.M.da.; Oliveira, M.S. de.; Silva, S.F. da. & Lima, V.V. A formação de profissionais de Saúde em Sintonia com o SUS: currículo integrado e interdisciplinar. Disponível em: [www.conasems.or.br/files/formacao\\_profissionais\\_2008.pdf](http://www.conasems.or.br/files/formacao_profissionais_2008.pdf). Acesso em 08.FEV.2012.
12. Albuquerque, V. S. et al. A Integração Ensino-serviço no Contexto dos Processos de Mudança na Formação Superior dos Profissionais da Saúde. Revista Brasileira de Educação Médica, v.32, n.3, p.356–362, 2008.
13. Brasil. Decreto nº 94.406, de 08 de junho de 1987-Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências.



