

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Marcella Simões Timm

**HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ÓTICA DE  
GESTANTES**

Santa Maria, RS, Brasil  
2017

**Marcella Simões Timm**

**HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ÓTICA DE GESTANTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Profa Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS  
2017

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Simões Timm, Marcella  
Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes /  
Marcella Simões Timm.- 2017.  
100 p.; 30 cm

Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel  
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa  
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, RS, 2017

1. Humanização da assistência 2. Cuidado pré-natal 3.  
Gravidez 4. Atenção Primária à Saúde 5. Enfermagem I.  
Ressel, Lúcia Beatriz II. Título.

**Marcella Simões Timm**

## **HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ÓTICA DE GESTANTES**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM/RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

**Aprovado em 17 de março de 2017:**

---

**Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (UFSM)**  
(Presidente/Orientador)

---

**Maria Denise Schimith, Dra. (UFSM)**

---

**Graciela Dutra Sehnem, Dra. (UNIPAMPA)**

**Santa Maria, RS**  
**2017**

*Dedico este trabalho à minha família que tanto amo.  
Em especial àquele que mesmo ausente se fez presente espiritualmente em toda minha  
trajetória acadêmica. Que tua luz continue a iluminar meu caminho.  
Primo irmão Giovani Simões (In memoriam).*

## AGRADECIMENTOS

Sou grata à todas as pessoas que contribuíram para a construção desse trabalho. Meus agradecimentos dirigem-se de um modo especial:

À **Deus** e a **espiritualidade** por terem me guiado durante todos esses anos, amparando-me na busca dos meus objetivos.

Aos meus pais **Sandro e Leoni**, pelo amor, compreensão e incentivo. Por terem me ensinado o que há de mais valioso na vida, o caráter e a humildade com o próximo e por terem proporcionado todos os recursos para eu chegar até aqui, jamais conseguirei expressar em palavras tudo que sinto. Aos meus irmãos **Felipe e Guilherme**, pelos momentos de amizade e por contribuírem com essa conquista.

À minha **avó Marly**, meu exemplo de superação e força de vontade, principal incentivadora de meus estudos. Se hoje tenho a coragem para seguir e ir atrás dos meus anseios é porque carrego um pouco de ti comigo.

Ao meu companheiro **Vinicius**, pelas palavras de apoio, pelo amor, incentivo e compreensão nos momentos de ausência.

À minha querida orientadora e amiga, professora **Dr<sup>a</sup>. Lúcia Beatriz Ressel**, meu grande exemplo de vida, ser humano de luz e bondade que Deus colocou em meu caminho para tornar minha caminhada mais feliz e iluminada. Obrigada por ter me guiado desde o início da minha vida acadêmica, quando ainda no segundo semestre me estendeu a mão, confiou e acreditou em mim. Levarei teus ensinamentos e exemplos por toda a minha vida.

À minha grande amiga **Dda. Lisie Alende Prates** que tanto me ajuda, pessoa com tão valioso coração, que emana luz por onde passa. Um dos meus grandes exemplos de humildade, dedicação e empenho. Te levarei sempre no coração minha companheira.

À **Gabriela Oliveira**, minha primeira coorientanda de graduação, obrigada pela oportunidade de construção e aprendizado ao teu lado, por ter confiado em mim e dividido tuas angústias e realizações. Serei sempre grata pela amizade e aprendizado que construímos juntas.

Às professoras da **banca examinadora**, professora **Maria Denise** pelos ensinamentos e trocas durante a graduação, mestrado e grupo de pesquisa, obrigada por sempre me acolher tão bem. Professora **Graciela** pelo carinho, delicadeza e disponibilidade em contribuir com meu trabalho. Professora **Teresinha** pelo conhecimento dividido durante o mestrado e por aceitar compor minha banca e contribuir com meu estudo.

À minha amiga irmã **Greice**, por todos os momentos de irmandade compartilhados durante estes longos anos de amizade, bem como o incentivo e apoio dispensados à mim nesta etapa de minha vida.

Aos colegas da **9ª turma de mestrado** do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf/UFMS) pelos momentos de amizade, risadas, conhecimento e chimarrões compartilhados. Em especial às minhas queridas amigas e eternas "bocas" **Larissa, Luiza, Caroline, Andréssa, Andreza e Adrielle**, sou grata por terem tornado essa caminhada mais prazerosa e feliz e por terem sido meu ponto de equilíbrio durante os anos de graduação e mestrado.

Às **luluzetes** que compõem o **grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem**, em especial **Silvana, Laís, Críslen e Priscila**, obrigada pela construção conjunta, pelos mates e pela amizade construída.

À todas as **docentes do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf)** da UFSM pela oportunidade de construção, crescimento e amadurecimento durante essa rica e maravilhosa experiência.

À todas as **gestantes** que prontificaram-se a colaborar com esta pesquisa, a qual não se materializaria sem seus testemunhos.

À **Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)**, pelo apoio financeiro enquanto bolsista do programa.

E à todas as pessoas que contribuíram para que minha caminhada fosse mais feliz e abençoada, mas que não foram citadas acima, muito obrigada!

*Na vida, não vale tanto o que temos, nem tanto importa o que somos.  
Vale o que realizamos com aquilo que possuímos e, acima de tudo,  
importa o que fazemos de nós.*

***(Emmanuel – Francisco Candido Xavier)***



## RESUMO

### HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ÓTICA DE GESTANTES

AUTORA: Enfa. Mda. Marcella Simões Timm

ORIENTADORA: Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de campo, do tipo descritivo. Realizado com 14 gestantes em acompanhamento pré-natal, vinculadas a quatro serviços de saúde da atenção primária à saúde do município de Santa Maria. O estudo teve como questão de pesquisa: quais elementos potencializam e dificultam a humanização da atenção pré-natal sob a ótica de gestantes assistidas na atenção primária à saúde?. E, como objetivo, conhecer os elementos que potencializam e dificultam a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes assistidas na atenção primária à saúde. Para produção dos dados foi utilizada uma técnica de criatividade e sensibilidade denominada “Almanaque”, associada à entrevista individual semiestruturada. Os dados foram submetidos à proposta operativa. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, sob CAAE número 53941616.7.0000.5346. A dissertação resultou em dois artigos. O **primeiro artigo** versa sobre os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde. Os elementos destacados pelas participantes envolveram serem bem acolhidas, o diálogo e a escuta qualificada, o cuidado integral, a corresponsabilização de todos os envolvidos na atenção pré-natal, e a inclusão da família na atenção pré-natal. O **segundo artigo** destaca os entraves para a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde. Os fatores que emergiram nas falas foram a imposição, o preconceito, o julgamento dos profissionais de saúde, o cuidado técnico e fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos, o longo tempo de espera, a pouca assiduidade dos profissionais de saúde e as consultas de curta duração. Considera-se que esse estudo permitiu conhecer algumas lacunas e potencialidades relacionadas à humanização da atenção pré-natal. Espera-se, assim, fomentar reflexões e discussões que possibilitem a reconstrução e qualificação da prática profissional, alicerçadas na humanização do cuidado.

**Palavras-chave:** Humanização da assistência. Cuidado pré-natal. Gravidez. Atenção primária à saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

### HUMANIZATION OF PRENATAL ATTENTION IN PREGNANT WOMEN PERSPECTIVE

AUTHOR: Marcella Simões Timm

ADVISOR: Profa. Dr<sup>a</sup>. Lúcia Beatriz Ressel

This is a descriptive field study with a qualitative approach. Performed with 14 pregnant women in prenatal monitoring, linked to four health centers of Santa Maria. The study's research question was: which elements leverage and complicate the prenatal care humanization according to the perspective of pregnant women assisted in the Primary Health Care? The objective was to know the elements that leverage and complicate the humanization of the prenatal care according to the perspective of pregnant women assisted in the Primary Health Care. The "Almanac" technique was used for the data production, which is a creativity and sensitivity one, combines with semi-structured private interviews; The data were submitted to the Operative proposal. The project was approved by the Research Ethics committee under the CAAE number 53941616.7.0000.5346. The dissertation resulted in two articles. The **first article** focuses on the elements linked to the humanization of prenatal care for pregnant women assisted in health centers and the inclusion of family during prenatal monitoring. The second article highlights the difficulties for the humanization of prenatal care according to the perspective of pregnant women assisted in the Primary Health Care. The emerging factors in their. The **second article** highlights the barriers to the humanization of prenatal care for pregnant women seen in the basic attention. The factors that emerged in the lines were imposing, the prejudice, the trial of health professionals, technical and fragmented care, focused on medicalization and in procedures, the long waiting time, the low attendance of health professionals and the short queries. It is considered that this study made it possible to meet some gaps and potential related to humanization of prenatal care. It is expected, therefore, to stimulate reflections and discussions that allow reconstruction and qualification of professional practice, based on humanization of care.

**Keywords:** Humanization of Assistance. Prenatal care. Pregnancy. Primary health care. Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
GAP	Gabinete de Apoio a Pesquisa
ISTs	Infecções Sexualmente Transmissíveis
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MS	Ministério da Saúde
RC	Rede Cegonha
RN	Recém-Nascido
PHPN	Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
PPGEnf	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
PubMed	National Library of Medicine
ReHuNa	Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SMS	Secretaria do Município da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TC	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TCS	Técnica de Criatividade e Sensibilidade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFMS	Universidade Federal de Santa Maria
USF	Unidade Saúde da Família

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	13
<b>2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA</b> .....	18
2.1 HUMANIZAÇÃO/CUIDADO HUMANIZADO .....	18
2.2 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOS PROGRAMAS DIRECIONADOS À SAÚDE DA MULHER E À HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL .....	21
2.3 O CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL OFERTADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE .....	24
<b>3 CAMINHO METODOLÓGICO</b> .....	30
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO .....	30
3.2 CENÁRIO DE ESTUDO .....	30
3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	31
3.4 PRODUÇÃO DOS DADOS .....	31
3.5 ANÁLISE DOS DADOS .....	34
3.6 ASPECTOS ÉTICOS .....	34
<b>4 RESULTADOS</b> .....	37
4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO .....	37
4.2 ARTIGO 1 .....	39
4.3 ARTIGO 2 .....	59
<b>5 DISCUSSÃO INTEGRADORA</b> .....	74
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	81
<b>APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA</b> .....	88
<b>APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO</b> ...	89
<b>APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO</b> .....	91
<b>APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE</b> .....	93
<b>ANEXO A - PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA</b> .....	94
<b>ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DA SAÚDE</b> .....	98
<b>ANEXO C - IMAGENS ALMANAQUE</b> .....	99

## 1 INTRODUÇÃO

A humanização na atenção à saúde vem ganhando destaque nas propostas de reconstrução das práticas de saúde vigentes no Brasil, propondo maior integralidade, acesso e qualidade nos cuidados de saúde (GOULART; CHIARI, 2010). Na área da saúde da mulher, tem sido dada maior ênfase à humanização no parto, não sendo destinada a mesma relevância à atenção pré-natal. Contudo, sabe-se que a humanização na atenção pré-natal caracteriza-se como primordial para um nascimento saudável, menores índices de morbimortalidade materna e fetal, preparação para maternidade e paternidade, autonomia e a vivência segura da gestação (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Deslandes (2006) afirma que a ideia de “humanização” também pode estar relacionada ao modo de assistência que visa a qualidade do cuidado, com vistas ao reconhecimento dos direitos do usuário, sua subjetividade, cultura e valorização do profissional e do diálogo. Além disso, pode estar relacionada à dignidade, superação da técnica, ruptura do modelo mecanicista e fragmentado de cuidado ao ser humano, assim como à uma relação de igualdade, compartilhamento de decisões e responsabilidades, e participação nos cuidados em saúde (DESLANDES, 2006; ZAMPIERI, 2006).

No que se refere à humanização da atenção pré-natal, o Ministério da Saúde (MS) (2006) afirma que esta se dá por meio de condutas acolhedoras e procedimentos baseados em evidências. A humanização da atenção pré-natal surge a partir da perspectiva de fortalecimento das relações baseadas em princípios éticos, evitando intervenções desnecessárias e preservando a privacidade e a autonomia dos indivíduos.

Em um estudo realizado por Zampieri e Erdmann (2010), os profissionais de saúde relacionaram a humanização no pré-natal à integralidade da mulher. Eles afirmaram que o cuidado humanizado busca prevenir, diagnosticar, recuperar e promover a saúde nos diversos níveis de densidade tecnológica. Além disso, ponderam que a efetividade da humanização apresenta correlação à inclusão das gestantes e seus familiares, considerando as realidades sociais, culturais e econômicas, por meio de atitudes acolhedoras e respeitosas, incluindo a escuta qualificada e o atendimento às necessidades das gestantes. Sob essa perspectiva, o MS (2006), destaca que é necessário compreender a mulher em sua plenitude,

considerando-a sujeito ativo do cuidado, com vistas à valorização de sua subjetividade neste processo (BRASIL, 2006).

Logo, no intuito de garantir a humanização, o MS vem criando políticas públicas e programas de atenção à saúde da mulher. Dentre elas, destaca-se o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), criado em 2000, com o objetivo de melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade da atenção pré-natal, parto e puerpério e assistência ao RN. O PHPN elencou critérios que deveriam ser seguidos para qualificar a atenção pré-natal e implementou um sistema de informações denominado SISPRENATAL, a fim de monitorar e qualificar essa atenção (BRASIL, 2000).

Mais tarde, no ano de 2003, foi instituída a Política Nacional de Humanização da Saúde (PNH), que pretendia colocar em prática os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) na realidade dos serviços de saúde, por meio de condutas humanizadas. Nessa direção, a humanização passou a representar também a articulação de todas as práticas de saúde, destacando a subjetividade das ações humanas e a história de vida de cada sujeito (BRASIL, 2003). Portanto, para que para a Humanização possa ser efetiva são necessárias estratégias construídas entre os profissionais, usuários e gestores dos serviços de saúde (BRASIL, 2013a).

Além de tais iniciativas, em 2006, o MS criou o Manual Técnico nomeado “Pré-natal e Puerpério: atenção humanizada e qualificada”. Este Manual surgiu com a finalidade de fornecer referência para a organização da assistência nos serviços de saúde, regularizar as práticas de saúde e capacitar profissionais para acolherem a mulher e o RN com dignidade, atenção e humanização (BRASIL, 2006).

Ainda, em 2011, o MS instituiu a Rede Cegonha (RC), a qual consiste em uma rede de cuidados que possui como um de seus objetivos possibilitar à mulher atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e à criança um nascimento seguro e crescimento saudável. A RC também visa organizar a rede de atenção materna e infantil para garantir acesso, acolhimento e resolutividade (BRASIL, 2011b). Na sequência, no ano de 2012, foi lançado o Caderno de Atenção Básica intitulado “Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco”, que teve como finalidade a orientação de um atendimento humanizado à gestante, possibilitando a padronização de acesso e qualidade no cuidado (BRASIL, 2013b).

Destaca-se que a atenção à saúde da mulher sofreu diversas modificações e vem sendo foco de diversas políticas públicas e programas do MS. Todavia, o

processo de implementação da humanização nos serviços de saúde ainda é um grande desafio para o SUS e, especialmente, para os profissionais de saúde.

Percebe-se divergência entre as políticas e os programas de saúde do MS e a prática dos profissionais de saúde, a qual, muitas vezes, mostra-se distante dos preceitos da humanização na atenção pré-natal. Nesta direção, pondera-se que a atenção à gestante necessita ocorrer de forma humanizada, aproximando-se das realidades dos programas e das políticas públicas do MS (MARTINS et al., 2011). Mesmo frente a esse entendimento, ao se direcionar para as dificuldades no processo de humanização, constata-se que ainda predomina um cuidado fragmentado e burocratizado que não contribui para a humanização (MARIN; STORNILO; MORAVCIK, 2010).

Um estudo realizado por Barreto et al (2014) mostrou que a humanização da atenção pré-natal ainda está em processo de construção. A prática dos profissionais de saúde, quando se referem aos pressupostos da humanização, apresenta-se aquém do desejado, mostrando-se ainda balizada no modelo biomédico. Ademais, Zampieri e Erdmann (2010) reconhecem que a consulta pré-natal na AB caracteriza-se como um momento breve, comum e técnico, que não oportuniza a troca de conhecimentos e experiências, pois valoriza aferição e medições.

Diante dessas considerações, justifica-se a necessidade de investir em estudos envolvendo a humanização na atenção pré-natal, a fim de produzir maior conhecimento acerca da temática e fomentar discussões e reflexões, que possibilitem a qualificação do cuidado pré-natal. Infere-se que estudos sobre este enfoque poderão fornecer subsídios para que os profissionais de saúde sejam agentes de mudança na realidade da humanização no pré-natal.

Nessa direção, a relevância e a justificativa do presente estudo guardam relação com a escassa produção científica acerca do conhecimento da humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes, verificada durante a realização de uma revisão integrativa, que teve como objetivo conhecer evidências científicas disponíveis acerca do cuidado humanizado no pré-natal de risco habitual ofertado na Atenção Primária à Saúde (APS). A maior parte dos estudos analisados envolviam a avaliação da implementação do PHPN e de seus indicadores, considerando o número de consultas de pré-natal realizadas, a captação precoce da gestante, a realização da primeira consulta antes dos 120 dias de gestação, os exames preconizados pelo Programa, as vacinas e os procedimentos realizados (TREVISAN

et al., 2002; PARADA, 2008; CAMINHA et al., 2012; MENDOZA-SASSI et al., 2011; CESAR et al., 2012; CORREA et al., 2013; SILVA et al., 2013a; ZANCHI et al., 2013; OLIVEIRA et al., 2013;).

Ainda constatou-se que os estudos não consideravam a interface entre a percepção da gestante e o processo de humanização do pré-natal, demonstrando que essas não eram ouvidas. Entende-se que, ao considerar a gestante como protagonista dessa atenção, ouvindo-a e conhecendo o significado da humanização do pré-natal para ela, é possível desenvolver um cuidado mais direcionado as suas reais necessidades.

Ademais, entende-se que ao qualificar a atenção pré-natal, é possível ir ao encontro do quinto objetivo do milênio proposto pela ONU, que almeja a melhoria da saúde das gestantes, e assim a redução da mortalidade materna e neonatal (ONU, 2014). Acrescenta-se ainda a essas justificativas, o destaque para a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, publicada pelo MS em 2011, que aponta como uma de suas prioridades, os estudos que envolvam a qualidade, a efetividade e a humanização da atenção pré-natal (BRASIL, 2011a), foco do presente estudo.

Ressalta-se também que a realização desse estudo é motivada pelo interesse da pesquisadora na temática da saúde da mulher, a qual adveio anteriormente à graduação, na relação com algumas gestantes em seu convívio social. Durante a graduação, as aulas referentes à saúde da mulher reforçaram sua afinidade pela área da saúde reprodutiva, principalmente, as aulas práticas nas unidades de ginecológica, centro obstétrico e nas Unidades Básicas de Saúde, que oportunizaram à pesquisadora conhecer a mulher em diferentes momentos de vida, desde a gestação e atenção pré-natal até a internação hospitalar, no parto e puerpério. Posteriormente, na atuação, como enfermeira e mestranda na atenção pré-natal de uma Unidade Básica de Saúde pode-se desenvolver o cuidado direto às gestantes e puérperas, fortalecendo, assim, o interesse pela área.

Tais vivências, associadas à participação no Grupo de Pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, na linha de pesquisa “Saberes e práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida”, por meio da discussão e realização de trabalhos referentes à saúde da mulher, fizeram a pesquisadora ponderar acerca da importância do cuidado humanizado às gestantes, durante a atenção pré-natal. Por fim, durante a participação em um curso de formação de Doulas, a mestranda



ampliou seu conhecimento acerca da temática da humanização no ciclo gravídico-puerperal, o que fez fomentar ainda mais o interesse em estudar o processo de humanização na atenção pré-natal. Mediante essas atividades, foi possível perceber que a humanização reflete de forma significativa no desenvolvimento de uma gestação saudável, assim como na qualidade do pré-natal.

Nessa direção, foi proposto como **questão de pesquisa** desse estudo: qual o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes? O **objetivo** da pesquisa foi conhecer o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes.

## 2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

A partir do objetivo deste estudo, apresentam-se três tópicos principais: humanização/cuidado humanizado; breve histórico das políticas públicas e dos programas direcionados à saúde da mulher e à humanização na atenção pré-natal e a revisão integrativa da literatura intitulada “O cuidado humanizado no pré-natal de risco habitual ofertado na atenção primária à saúde”. Esses itens visam subsidiar teoricamente este estudo.

### 2.1 HUMANIZAÇÃO/CUIDADO HUMANIZADO<sup>1</sup>

O conceito de humanização é amplo e não se reduz apenas a um significado, envolve inúmeras definições que convergem e complementam-se, mas por vezes se distinguem (ZAMPIERI, 2006). Frente a isso, a fim de uma melhor compreensão, apresenta-se abaixo uma breve reflexão acerca da temática.

A literatura acerca da humanização vem apresentando mudanças significativas em seu enfoque desde os anos 50, o que antes possuía uma “perspectiva caritativa” (CASATE; CORRÊA, 2005), hoje caminha na direção da valorização dos sujeitos, das relações dialógicas e de trocas solidárias. Atualmente, a humanização é percebida como uma nova maneira de se relacionar, embasada no reconhecimento da alteridade e no diálogo (DESLANDES, 2004). Evidencia-se, assim, um avanço e uma ampliação na concepção de humanização, a qual tem sido alvo de reflexões no cenário brasileiro.

Ao falar acerca da humanização no contexto da AB, destacam-se princípios como acolhimento, valorização dos diferentes sujeitos envolvidos no processo de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), incentivo à autonomia e ao protagonismo, sensibilidade cultural, corresponsabilidade na gestão e atenção em saúde. Envolve ainda, o estabelecimento de vínculos solidários, o fortalecimento do trabalho multiprofissional, a qualidade do ambiente, das condições de trabalho e do atendimento prestado ao usuário (BRASIL, 2010a).

O acolhimento está relacionado à gentileza, à preocupação em repassar corretamente as informações no atendimento e à escuta qualificada (TRAD et al.,

---

<sup>1</sup>Os termos “humanização” e “cuidado humanizado” possuem o mesmo significado nesse estudo.

2002; SANTOS, 2005), desenvolvida em um espaço dialógico entre os sujeitos envolvidos. Assim, ter a possibilidade de ouvir e fazer-se ouvir é o que faz surgir no cuidado não um sujeito (profissional de saúde) e seu objeto (usuário), mas dois sujeitos e um objeto em mediação (riscos, disfunções, sofrimento) (AYRES, 2006). O acolhimento ainda é visto como um instrumento da humanização, capaz de promover o vínculo entre o usuário e o profissional de saúde, permitindo o estímulo ao autocuidado, melhor compreensão de sua saúde e corresponsabilização pela terapêutica (GARUZI et al., 2014).

Já o vínculo está atrelado a uma relação intersubjetiva e de confiança (ARTMANN; RIVERA, 2006), na qual o profissional de saúde tem o papel de conhecer não só os indivíduos, mas também os seus problemas, e, além disso, envolver toda a equipe de saúde, a fim de solucionar as demandas e necessidades dos usuários (SCHIMITH; LIMA, 2004). Para isso, o respeito à autonomia e o papel ativo do usuário no processo de saúde-doença precisam prevalecer.

No que concerne à autonomia, esta é considerada um dos caminhos para a humanização. Conforme o MS (2010a), a autonomia relaciona-se à capacidade do indivíduo construir regras de funcionamento para si e para o coletivo, isto é, ter liberdade de escolha, ser protagonista e corresponsável.

A humanização ainda pode fazer referência a um conjunto de princípios e estratégias que conduzem a relação entre um usuário e o profissional de saúde que o atende, sem deixar de evidenciar a indissociabilidade entre o plano individual e o plano social e coletivo. Primeiramente, porque a ideia de valor faz sentido no interesse em compartilhar finalidades e meios de uma vida que só se pode viver em comum. Ademais, porque a construção da identidade individual se faz no convívio com o outro, nas inúmeras relações nas quais qualquer indivíduo está inserido, mesmo antes do nascimento (AYRES, 2006). Entende-se, assim, que a humanização está intimamente relacionada ao contexto sociocultural do usuário e precisa ser considerado para a efetividade do cuidado.

Valorizar a dignidade da sabedoria prática de cada indivíduo é um papel fundamental de quem quer cuidar, mas isso nem sempre é fácil. O profissional de saúde pode, por exemplo, discordar de uma crença do paciente e, ao conversando com ele, concluir que esta não o beneficia, podendo, até mesmo, convencê-lo disso, como também pode ser convencido por ele de que esta tem coerência. Independente disso, se um saber empírico for desconsiderado pelo profissional de

saúde durante o processo de saúde-doença, é possível que o usuário deixe de participar ou de colaborar no seu cuidado. Neste processo, está a importância do cuidar e de desenvolver espaços intersubjetivos (AYRES, 2006).

O encontro entre o usuário e o profissional de saúde revela um espaço de conflito de saberes, crenças, valores e anseios diferentes. Contudo, apesar das divergências, estes precisam dialogar para produzir saúde. Para realmente ser sujeito, o usuário precisa se sentir compreendido, acolhido e valorizado. Ele precisa ter direito a voz e ter a liberdade e confiança para compartilhar suas dúvidas, angústias, medos e alegrias (FILGUEIRAS, 2006).

Não se cuida efetivamente de indivíduos sem cuidar de populações, e não existe verdadeira saúde pública que não considere um cuidado minucioso de cada um de seus usuários (AYRES, 2006). Esse cuidado deve ser centrado, primeiramente, no usuário, com vistas a sua valorização e reconhecimento. Trad (2006) afirma que esse olhar deve reconhecer o usuário como portador de singularidades subjetivas e socioculturais, assim como de interesses e necessidades individuais.

Afirmar que cada pessoa é insubstituível é reconhecer que cada um apresenta singularidades que caracterizam uma identidade única. Quando não se está sensibilizado com isso, o usuário é conduzido a um tratamento mecanizado, padronizado ou impessoal (DESLANDES, 2006). Logo, reconhecer as singularidades do usuário é uma condição essencial para se estabelecer uma relação de igualdade entre este e o profissional de saúde e, assim, humanizar o cuidado.

Deslandes (2006) afirma que essa igualdade estabelecida deve se sobressair, e que as ideias de inferioridade e superioridade são consideradas contrárias ao cuidado humanizado. Logo, dividir decisões e responsabilidades se aproximaria de considerar o outro como igual.

Conclui-se então, que a humanização está relacionada à integralidade do cuidado, satisfação do usuário, necessidades de saúde, qualidade da assistência, protagonismo dos sujeitos envolvidos, acolhimento, resolutividade, aumento da corresponsabilidade dos diferentes atores que constituem a rede do SUS, troca de saberes, diálogo, valorização da dimensão subjetiva, adequação do serviço à cultura local, promoção de um ambiente confortável, incentivo às práticas promocionais de

saúde, esclarecimento de dúvidas e orientações, e inclusão da família no cuidado (DESLANDES, 2006; BRASIL, 2003, 2013b).

## 2.2 BREVE HISTÓRICO DAS POLÍTICAS PÚBLICAS E DOS PROGRAMAS DIRECIONADOS À SAÚDE DA MULHER E À HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

No Brasil, a atenção à saúde da mulher passou a ser incluída às políticas públicas e aos programas de saúde apenas no início do século XX, sendo limitada às exigências oriundas da gestação e do parto. Os programas materno-infantis dessa época tinham uma visão limitada da mulher, entendendo-a como um ser biológico, que se restringia ao papel de mãe e aos afazeres de casa, dentre estes, a criação, a educação e o cuidado dos filhos e da família (BRASIL, 2004). Nesse cenário, as necessidades de saúde da mulher não eram atendidas de maneira efetiva e integral, refletindo em baixos indicadores de saúde e em uma assistência fragmentada.

Esses programas foram fortemente criticados pelo movimento feminista existente na época, o qual não aceitava o reducionismo com que as mulheres eram tratadas, tendo acesso a determinados cuidados de saúde apenas no período gravídico-puerperal. Esse movimento contribuiu para que fossem incluídas na política nacional, questões que, até então, eram colocadas em segundo plano, como a sexualidade, a reprodução, a anticoncepção, a prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) e a sobrecarga de trabalho das mulheres (no domicílio e na criação dos filhos) (BRASIL, 2004).

Frente à essas considerações, com o intuito de mudar a realidade de saúde vigente, novas políticas públicas e programas de saúde foram sendo criados, com o intuito de expandir e qualificar a atenção à saúde da mulher para todos os ciclos de vida. Uma das principais conquistas do movimento feminista, na época, foi o **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM)**, instituído pelo MS no ano de 1984. Este propunha a atenção integral à mulher em todos os seus ciclos de vida, por meio de ações voltadas ao aprimoramento do pré-natal, do parto e do puerpério; a resolução de problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das ISTs, do câncer de mama e colo uterino e a assistência na concepção e contracepção (BRASIL, 1985).

Nessa direção, o MS lançou, no ano de 1993, a **Rede Nacional pela Humanização do Parto e Nascimento** (ReHuNa), formada por profissionais de saúde e pela sociedade civil. A ReHuNa foi criada com a finalidade de reformular o cuidado prestado à mulher e ao RN durante o parto, e também teve um papel significativo no contexto da humanização na saúde da mulher (ReHuNa, 2005).

No ano de 2000, foi instituído o **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento** (PHPN), com o objetivo de garantir a atenção qualificada à gestação, ao parto, ao puerpério e a assistência ao RN, diminuir os índices de morbimortalidade materna e perinatal. Além disso, com a necessidade de ampliar e acompanhar o acesso ao pré-natal foram estabelecidos procedimentos e condutas que deveriam ser seguidas (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004). Até a implementação do PHPN, não existia nenhuma iniciativa que uniformizasse a assistência à gestante e que estipulasse um protocolo mínimo de ações a serem desenvolvidas na gestação (ANDREUCCI; CECATTI, 2011).

Com isso, foram instituídos alguns princípios e condições gerais para o adequado acompanhamento pré-natal. Dentre eles, a realização da primeira consulta de pré-natal até o quarto mês de gravidez; a garantia da realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro de gravidez; a realização de atendimento puerperal até 42 dias após o parto; a realização de alguns exames laboratoriais; a imunização antitetânica e a realização de atividades educativas (BRASIL, 2000). Observa-se, então, que o PHPN foi um dispositivo eficaz para melhorar os índices de saúde da gestante e do bebê, representando uma iniciativa inédita de assistência à saúde com protocolo estabelecido.

No ano de 2003 foi criada a **Política Nacional de Humanização** (PNH), considerada referência para as outras políticas e programas que envolvem a humanização. A PNH incentiva a comunicação entre gestores, trabalhadores e usuários, rompendo barreiras de poder, condutas e práticas desumanizadas, que inviabilizam a autonomia dos profissionais em seu trabalho e do usuário no cuidado de si (BRASIL, 2013a). Além disso, destaca o fortalecimento do controle social, a valorização do aspecto sociocultural dos indivíduos, o protagonismo e a melhoria das condições de trabalho (BRASIL, 2010a).

A PNH apresenta como princípios a transversalidade, a indissociabilidade entre atenção e gestão e o protagonismo, corresponsabilidade e autonomia dos

sujeitos. Como diretrizes, a PNH propõe a clínica ampliada<sup>2</sup>, a cogestão<sup>3</sup>, o acolhimento, a valorização do trabalho e do trabalhador, a defesa dos direitos do usuário, o incentivo a grupos e redes e a construção da ideia de que o SUS “dá certo” (BRASIL, 2010a). Percebe-se que a PNH representa uma importante referência para as demais políticas que envolvem a humanização, bem como se constitui como um alicerce para os trabalhadores da saúde fundamentarem suas práticas de saúde.

Já no de 2004, o MS criou a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher** (PNAISM), a qual preconiza a melhoria das condições de saúde das mulheres, a redução da morbimortalidade feminina, a ampliação, qualificação e humanização da atenção integral à saúde das mulheres e inclusão das questões de gênero, raça, etnia e diversidade. A Política propõe, ainda, o atendimento às mulheres, conforme suas singularidades e ciclos de vida, considerando as diferentes faixas etárias e grupos populacionais. A PNAISM foi instituída com base em outros programas do MS, visando envolver algumas questões, até então, não consideradas, como os direitos reprodutivos e sexuais, o combate à violência à mulher e a prevenção e tratamento das ISTs (BRASIL, 2011c).

Em 2006, foi atualizado o **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**, com a finalidade de propiciar um referencial para a organização da assistência, capacitação de profissionais e a normatização das práticas de saúde. Formulado a partir de evidências científicas atuais, embasadas nos princípios e diretrizes da PNH e nas recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS). Esse manual, afirma que um cuidado pré-natal de qualidade e humanizado é fundamental para a saúde materna e infantil, e para sua efetivação é necessário um novo olhar que compreende a mulher em sua totalidade, considerando todo o contexto envolvido (BRASIL, 2006).

Ademais, em 2011, surge a **Rede Cegonha** (RC), que vem sendo implementada com a proposta de ser um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança. A RC visa reduzir a mortalidade materna e neonatal e garantir o

---

<sup>2</sup> A **Clínica ampliada** é um dispositivo teórico e prático que objetiva contribuir para uma abordagem clínica do adoecimento e do sofrimento, que considere a singularidade do sujeito e a complexidade do processo saúde/doença. Permite o enfrentamento da fragmentação do conhecimento e das ações de saúde e seus respectivos danos e ineficácia.

<sup>3</sup> A **Cogestão** envolve tanto a inclusão de novos sujeitos nos processos de análise e decisão quanto a ampliação das tarefas da gestão, que se transforma também em espaço de realização de análise dos contextos, da política em geral e da saúde em particular, propiciando um aprendizado coletivo.

atendimento de qualidade para gestantes e crianças de zero a vinte e quatro meses de idade (BRASIL, 2011b). Entre suas diretrizes, enfatiza-se o teste rápido de gravidez na AB; a realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal durante a gestação, além de exames clínicos, laboratoriais e testes de HIV e sífilis; a garantia de leito e de vinculação da gestante à maternidade ou hospital de referência; a qualificação dos profissionais de saúde para uma atenção segura e humanizada (CARNEIRO, 2013).

Frente a esse contexto, destaca-se que à área da saúde da mulher sofreu diversas transformações ao longo dos anos e foi foco de variadas políticas e programas. Todavia, o processo de implementação da humanização nos serviços de saúde e, principalmente, na área da atenção pré-natal, ainda é considerada um grande desafio à saúde pública e aos profissionais de saúde. Logo, necessita esforço para que as políticas e programas sejam inseridos à realidade dos serviços e à prática dos profissionais de saúde.

### 2.3 O CUIDADO HUMANIZADO NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL OFERTADO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com vistas ao aprofundamento da temática, realizou-se uma revisão integrativa da literatura, a qual teve por objetivo conhecer as evidências científicas disponíveis acerca do cuidado humanizado no pré-natal de baixo risco ofertado na APS. Assim, a questão de pesquisa que orientou a realização desta revisão foi: quais as evidências científicas disponíveis sobre o cuidado humanizado no pré-natal de baixo risco ofertado na APS?

Optou-se pela revisão integrativa da literatura por ser o tipo que melhor responderia a questão de pesquisa. Destaca-se que a revisão integrativa se caracteriza como a síntese de várias produções publicadas e permite considerações gerais acerca de uma área específica de conhecimento. Trata-se de uma ferramenta valiosa para a Enfermagem, pois, muitas vezes, os profissionais não possuem tempo suficiente para realizar a leitura e análise crítica de todo o material disponível em determinada área de conhecimento, em virtude do grande número de produções existentes (POLIT; BECK, 2006). Portanto, este método pode oferecer acesso rápido a importantes resultados de pesquisas, que alicerçam ações e decisões e proporcionam o desenvolvimento de um pensamento crítico-reflexivo.



Para realização deste estudo, foram seguidas as seguintes etapas: estabelecimento da questão de pesquisa para a elaboração da revisão integrativa; escolha de critérios de inclusão e exclusão de estudos; categorização dos estudos; avaliação dos estudos incluídos; interpretação dos resultados e síntese do conhecimento produzido (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

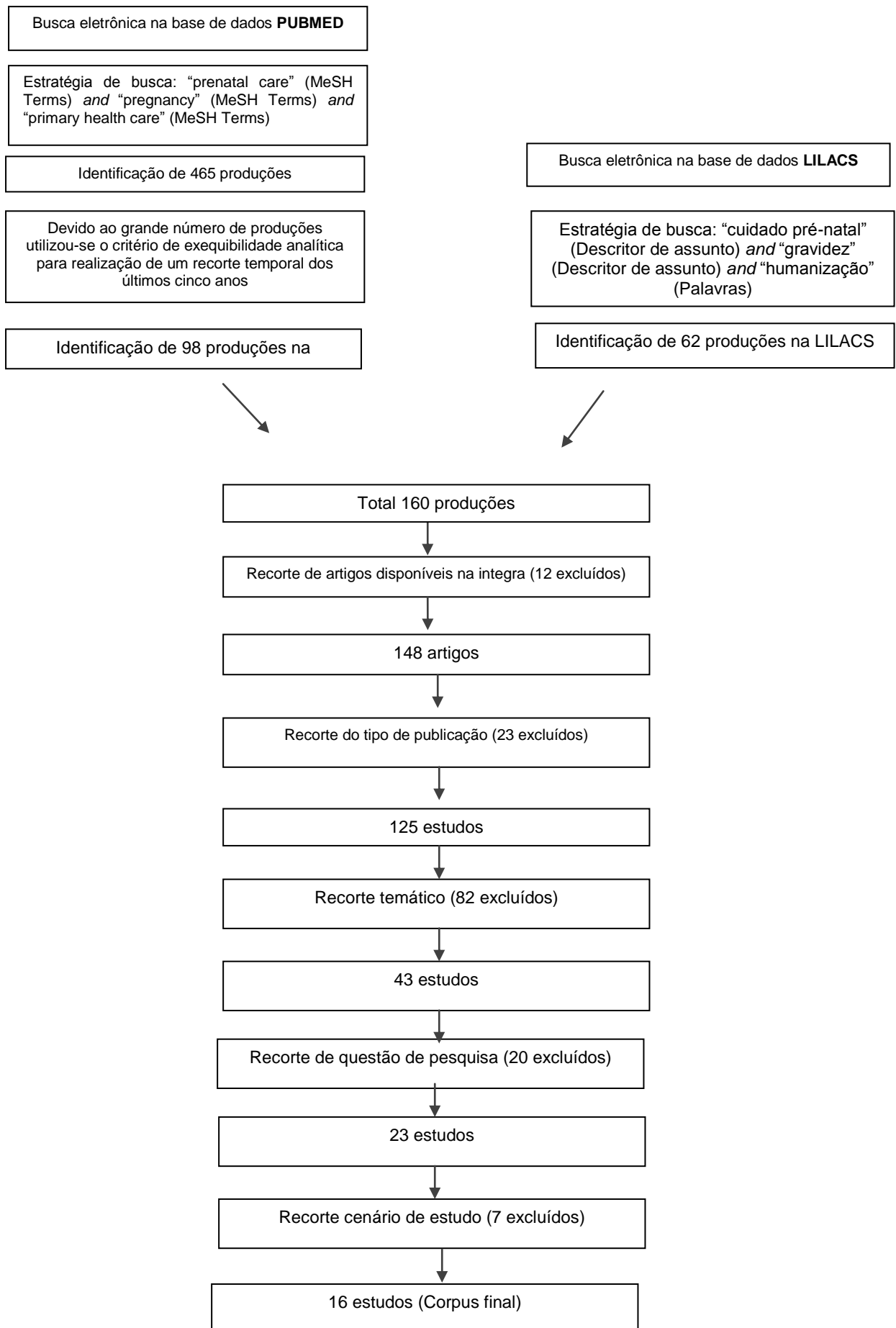
A busca das produções aconteceu nas bases de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e na *National Library of Medicine* (PubMed). O levantamento dos dados ocorreu em junho de 2015 e para seleção das produções, os critérios de inclusão foram: artigos publicados nos idiomas português, inglês ou espanhol, provenientes de pesquisas primárias, disponíveis *online* e na íntegra. Foram excluídos os artigos que não se relacionavam com a temática e que não respondiam a questão de pesquisa. Os artigos que se repetiram nas bases de dados foram considerados apenas uma vez.

Em decorrência de características específicas para acesso nas duas bases de dados escolhidas, foram utilizadas estratégias de busca diferentes em cada uma delas. Contudo, pondera-se que estas foram adequadas, pois, em ambas, considerou-se a questão de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão deste estudo.

Na base de dados LILACS, utilizou-se a seguinte estratégia de busca: “cuidado pré-natal” (Descritor de assunto) *and* “gravidez” (Descritor de assunto) *and* “humanização” (Palavras), obtendo-se, assim, um total de 62 produções. Na PubMed, utilizou-se como opção de busca: “*prenatal care*” (*MeSH Terms*) *and* “*pregnancy*” (*MeSH Terms*) *and* “*primary health care*” (*MeSH Terms*), totalizando 465 produções. Porém, devido ao grande número de produções utilizou-se o critério de exequibilidade analítica para realização de um recorte temporal dos últimos cinco anos, totalizando 98 produções. Sendo assim, foram apuradas o total de 160 produções e o *corpus* final da pesquisa contou com 16 produções (**Figura A**).

É importante salientar que foram incluídos apenas estudos realizados no Brasil, em virtude da questão de pesquisa estar relacionada à humanização do pré-natal, de acordo com os programas e políticas vigentes no Brasil. Ademais, destaca-se que as produções selecionadas seguiram a classificação de acordo com os sete níveis de evidência propostos por Melnyk e Fineout-Overholt (2005).

**Figura A** – Esquema de seleção das produções na temática cuidado humanizado à gestante no pré-natal de baixo risco na APS, nas bases de dados LILACS e PubMed.



Após leitura exaustiva dos estudos selecionados, elaborou-se um quadro contendo as referências dos estudos. Na sequência, os estudos foram identificados pela letra A (Artigo) seguidos por número cardinal (**Quadro 1**).

**Quadro 1** – Artigos selecionados nas bases de dados PubMed e LILACS.

ALMEIDA, C.A.L.; TANAKA, O.U. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. <b>Revista de Saúde Pública</b> , v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009. <b>A1</b>
CAMINHA, N.O. et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. <b>Revista Gaúcha de Enfermagem</b> , v. 33, n. 3, p. 81-88, 2012. <b>A2</b>
CARDOSO, L.S.M.; MENDES, L.L.; MELÉNDEZ, G.V. Diferenças na atenção pré-natal nas áreas urbanas e rurais do Brasil: estudo transversal de base populacional. <b>Revista Mineira de Enfermagem</b> , v. 17, n. 1, p. 85-9, 2013. <b>A3</b>
CORREA, A.C.P. et al. Análise da atenção pré-natal no município de cuiabá-mato grosso segundo dados do sispre natal. <b>Rev. pesq.: cuid. Fundam</b> , v. 5, n. 2, p. 3740-48, 2013. <b>A4</b>
CESAR, J.Á. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. <b>Caderno de Saúde Pública</b> , v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012. <b>A5</b>
COSTA, A.P. et al. Contribuições do pré-natal para o parto vaginal: percepção de puérperas. <b>Revista Rene</b> , Fortaleza, v. 12, n. 3, p. 548-54, 2011. <b>A6</b>
GONÇALVES, C.V.; CESAR, J.A.; MENDOZA-SASSI, R.A. Qualidade e equidade na assistência à gestante: um estudo de base populacional no Sul do Brasil. <b>Caderno de Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 25, n. 11, p. 2507-2516, 2009. <b>A7</b>
MENDOZA-SASSI, R.A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. <b>Caderno de Saúde Pública</b> , v. 27, n. 4, p. 787-796, 2011. <b>A8</b>
OLIVEIRA, R.L.A. et al. Avaliação da atenção pré-natal na perspectiva dos diferentes modelos na atenção primária. <b>Revista Latino Americana de Enfermagem</b> , v. 21, n. 2, 2013. <b>A9</b>
PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. <b>Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.</b> , Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2008. <b>A10</b>
PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. O cuidado em saúde no ciclo gravídico-puerperal sob a perspectiva de usuárias de serviços públicos. <b>Revista Interface comunicação saúde educação</b> , v. 12, n. 24, p. 35-46, 2008. <b>A11</b>
SALVADOR, B.K. et al. Atenção pré-natal em Viçosa-MG: contribuições para discussão de políticas públicas de saúde. <b>Revista Medica de Minas Gerais</b> , v. 18, n. 3, p. 167-174, 2008. <b>A12</b>
SILVA, E.P. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. <b>Rev Panam Salud Publica</b> , v. 33, n. 5, 2013. <b>A13</b>
TREVISAN, M.R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. <b>RBGO</b> , v. 24, n. 5, 2002. <b>A14</b>
ZAMPIERI, M.F.M.; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. <b>Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil</b> , v. 10, n. 3, p. 359-367, 2010. <b>A15</b>
ZANCHI, M. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. <b>Caderno de Saúde Pública</b> , Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 1019-1028, 2013. <b>A16</b>

Quanto à caracterização dos 16 artigos analisados, constatou-se que, em relação à área do conhecimento, predominou a área da Enfermagem, com oito estudos, seguida da Medicina com cinco, Nutrição com dois e Psicologia com um. Quanto ao ano de publicação, destacou-se o ano de 2013 com cinco produções, seguido por 2012 e 2008 com três cada, 2009 com dois, 2011, 2010, 2004, 2002 com uma cada. Segundo a classificação do nível de evidência de Melnyk e Fineout-Overholt (2005), constatou-se que 15 estudos apresentavam nível de evidência seis e um estudo nível de evidência quatro. Quanto aos participantes, sete estudos foram desenvolvidos com gestantes, seis com puérperas, dois com gestores de serviços de saúde e um com gestantes e profissionais de saúde. No que se refere às regiões, seis estudos foram produzidos na região sul, cinco na região sudeste, três na região nordeste e um estudo na região centro-oeste.

A seguir, com o intuito de responder a questão de pesquisa dessa revisão, construiu-se a temática intitulada **a interface entre o cuidado humanizado e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**.

Mediante a análise dos estudos, pode-se perceber que, nas ações desenvolvidas durante a assistência pré-natal, o cuidado humanizado foi associado, pelos profissionais da saúde e pesquisadores, às ações preconizadas pelo PHPN, não sendo evidenciado nos estudos outras políticas e programas voltados para a humanização. Nos estudos, evidenciou-se a preocupação dos profissionais de saúde com relação ao período de realização da primeira consulta pré-natal; ao número mínimo de consultas realizadas pelas gestantes e o total de consultas; a prescrição de sulfato ferroso; as imunizações; os exames laboratoriais recomendados nesse período; o cálculo da idade gestacional; a verificação da pressão arterial; a medição de altura uterina; a palpação obstétrica; a avaliação da presença de edema; a ausculta dos batimentos cardíaco-fetais; e a avaliação dos movimentos fetais (A2, A4, A5, A8, A9, A10, A13, A14, A16).

Ainda foi possível identificar que a assistência realizada pelos profissionais de saúde engloba as orientações acerca do aleitamento materno e do ciclo gravídico-puerperal, de uma maneira geral (A2, A14), bem como quanto à realização de exame citopatológico de colo uterino (A10, A14, A15). Em alguns estudos, também foi possível constatar orientações quanto à escolha do local para o parto, o trabalho de parto e parto e, ainda, sobre as situações que implicam na necessidade da gestante dirigir-se ao hospital mais próximo (A1, A14).

No cuidado ofertado pelos profissionais de saúde e apresentado nestes estudos, evidencia-se a valorização apenas dos procedimentos técnicos para qualificação do pré-natal. Dessa forma, aspectos como o acolhimento, a integralidade do cuidado, a formação de vínculo, a escuta qualificada e o protagonismo da mulher foram desconsiderados pelos profissionais, durante a produção do cuidado.

Nesses contextos, desvelou-se a insatisfação da mulher, especialmente em relação à falta de cordialidade nos serviços de saúde, aos atendimentos de curta duração, à dificuldade em estabelecer o diálogo com o profissional de saúde, pois estes, algumas vezes, eram vistos como incompreensivos, grosseiros e indiferentes, gerando na mulher uma sensação de inferioridade (A6). Em outros estudos, ainda destacou-se a carência ou ausência de diálogo (A6, A11); o atendimento precário de médicos e outros funcionários; a demora em fornecer o atendimento; a desvalorização da gestante; a ausência de um ambiente reservado para atendê-la; a curta duração da consulta (A15) e, ao mesmo tempo, o cuidado foi retratado como mecânico e centrado nos procedimentos (A15).

Na perspectiva das mulheres que participaram dos estudos, o cuidado humanizado revelou-se diante da escuta, atenção, cordialidade, simpatia e educação dos profissionais de saúde (A8). O cuidado humanizado também foi representado nas ações que privilegiaram a compreensão das vivências, sentimentos e dúvidas, a partir de uma atenção centrada na mulher e na promoção de sua saúde, buscando incentivar sua autonomia (A15).

A análise dos estudos permitiu evidenciar estratégias para promover um cuidado humanizado no pré-natal, por meio da criação de vínculo, identificação das necessidades da usuária e a possibilidade de acolhimento e direcionamento de suas demandas pela equipe de saúde (A1); uma boa relação entre os profissionais e as usuárias, maior autonomia e protagonismo destas (A11); considerando aspectos mais abrangentes do que o número de consultas e a semana de início do pré-natal (A13); a inclusão de ações educativas e visitas domiciliares, indo além da consulta médica e de enfermagem, respeito às vivências, sentimentos e dúvidas, bem como a valorização das relações familiares e conjugais e a realização de um cuidado centrado na mulher, visando a autonomia, o protagonismo e a compreensão das dimensões sociais, físicas e psicológicas (A15).

### **3 CAMINHO METODOLÓGICO**

#### **3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO**

Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, de campo, do tipo descritivo. Optou-se pela abordagem qualitativa, pois ela se aplica ao estudo das relações, das representações, das crenças, das percepções, que os indivíduos fazem a partir de suas vivências, sentimentos e pensamentos (MINAYO, 2014).

O estudo de campo visa estudar um único grupo ou comunidade. Por meio do aprofundamento das questões propostas, busca captar as explicações e interpretações de seus participantes (GIL, 2002). Complementando, Minayo (2010) refere que, o estudo de campo não permite apenas a aproximação com o objeto de estudo, mas também possibilita a produção de conhecimento, a partir da interação com a realidade estudada.

No que se diz respeito ao caráter descritivo, Gil (2010) afirma que seu principal objetivo é descrever as características da população em estudo, assim como suas opiniões, atitudes e crenças. Desse modo, entende-se que o delineamento proposto é pertinente para o objetivo, pois permitirá entender o significado individual das gestantes acerca da humanização pré-natal.

#### **3.2 CENÁRIO DE ESTUDO**

O estudo foi realizado em quatro serviços da AB do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Três destes serviços são classificados como Unidades Saúde da Família (USF) e um como Unidade Básica de Saúde (UBS). O município possui uma população de 263.662 habitantes, sendo 84.327 mulheres em idade fértil (DATASUS, 2012). No ano de 2015, existiam 1.038 gestantes cadastradas na AB do município, 968 realizaram o PN, e dessas, 857 o iniciaram no primeiro trimestre da gestação (DATASUS, 2015).

Além disso, conforme dados da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) (2015), a AB é composta por 32 serviços de saúde. Dentre estes, 13 são Unidades Saúde

da Família (USF) e 19 são Unidades Básicas de Saúde (UBS). Verificou-se que os 32 serviços de saúde realizam atendimento pré-natal<sup>4</sup>.

A escolha dos cenários de estudo ocorreu mediante sorteio de quatro serviços da AB de saúde do referido município. Cada serviço faz parte de uma região diferente da cidade. O sorteio foi realizado pelas pesquisadoras responsáveis, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lúcia Beatriz Ressel e Enf<sup>a</sup> Mestranda Marcella Simões Timm. Para isso, todos os nomes dos serviços foram redigidos em papéis, e o sorteio aconteceu em etapas.

Primeiramente, foi sorteado um serviço da região norte, onde a produção dos dados deu início, após o término naquela unidade foi realizado o segundo sorteio, sendo escolhido um serviço da região oeste, a seguir foi a região sul e por fim a região centro leste. No quarto serviço percebeu-se que os dados começaram a ficar redundantes e repetitivos, e também, que o objetivo do estudo havia sido alcançado, caracterizando, a saturação dos dados (MINAYO, 2014). Esse critério foi sendo utilizado em toda a etapa de produção dos dados. À medida que havia redundância dos achados em um determinado local, a pesquisadora ia para o próximo, até chegar ao último e perceber a saturação geral dos dados. Portanto, não se estabeleceu um número mínimo e nem máximo de participantes em cada região, considerou-se esse critério para seguir para o próximo local.

### 3.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram 14 gestantes em acompanhamento pré-natal nos quatro serviços de saúde sorteados para a produção dos dados. Os **critérios de seleção** do estudo foram: ser gestante e estar em acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde sorteados para o desenvolvimento do estudo. O número de participantes foi determinado a partir do critério de saturação estudado por Minayo (2014).

### 3.4 PRODUÇÃO DOS DADOS

---

<sup>4</sup> Informações fornecidas no segundo semestre de 2015 por responsável pela área da saúde da mulher, da Secretaria do Município da Saúde da cidade onde o estudo foi realizado.

Os dados foram produzidos nos meses de junho, julho, agosto e setembro de 2016. Após o sorteio e o aceite dos serviços, a pesquisadora realizou uma visita às Unidades de Saúde, como forma de aproximação, na qual fez contato com a responsável pelo serviço, situando-a acerca do estudo, seu objetivo e sua relevância.

Depois dessa aproximação com os serviços de saúde, a pesquisadora deu início à captação das participantes e, por conseguinte, a produção dos dados. Como estratégia de captação optou-se por convidar as gestantes que estavam aguardando atendimento na consulta médica, consulta de enfermagem, vacinação ou outras atividades disponibilizadas no serviço, em diversos dias. A produção dos dados foi realizada no mesmo dia da captação de cada gestante, no próprio serviço, em uma sala disponibilizada pela equipe. O primeiro momento da produção dos dados envolveu a apresentação da pesquisadora, da participante, do objetivo e da temática central do estudo. A seguir, a pesquisadora explicou a técnica de coleta de dados e sua organização. Para produção de dados, foi utilizada a Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS) denominada “Almanaque”, conjugada a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado (APENDICE A).

A TCS Almanaque, escolhida para realização desse estudo consiste no recorte de gravuras diversificadas para a confecção de um “Almanaque”, abrangendo um tema ou uma questão central apresentada pela pesquisadora (MAGALHAES; ALVIM, 2013). Para realização do Almanaque, foi disponibilizado a cada participante, folhas de ofício e aproximadamente 100 gravuras, provenientes de revista e outros meios impressos. Estas imagens foram mantidas durante a produção de dados de todas as participantes, como forma de propiciar a uniformidade no processo. A construção do almanaque foi desenvolvida independente e individualmente por cada participante. A entrevista semiestruturada aconteceu à medida que as figuras eram escolhidas para a construção do Almanaque e se mantinha enquanto ele era apresentado e discutido com a pesquisadora.

Ao iniciar a produção dos dados, as gravuras eram colocadas em uma mesa (FIGURA 01). Esta disponibilidade das gravuras, em uma mesa, permitiu que as participantes tivessem fácil acesso e visão a todas as imagens disponíveis.

Foi esclarecido que as gravuras deveriam ser escolhidas, visando responder a questão central “Qual o significado da humanização da atenção pré-natal para



mim?”. Dessa forma, na folha de ofício A4, as participantes foram convidadas a construir o seu próprio Almanaque, conforme sua criatividade e significações. A partir das gravuras escolhidas, as participantes apresentavam e discutiam acerca do tema. Ao final, a pesquisadora realizava uma fotografia de cada almanaque.

FIGURA 01 - IMAGEM DA ORGANIZAÇÃO DA MESA PARA TCS ALMANAQUE



Fonte: Próprio autor (2016).

Tendo em vista a complexidade do tema abordado, acredita-se que o Almanaque permitiu à participante revelar sua subjetividade, estimular sua memória, refletir acerca de suas vivências e, assim, discorrer melhor acerca da questão de pesquisa desse estudo. Além disso, depreende-se que a técnica auxiliou na relação entre a pesquisadora e a participante, tendo em vista que também foi um momento de descontração, vínculo e aproximação.

O TCS Almanaque representa uma alternativa para produção dos dados e possibilita a associação com outras técnicas de pesquisa, como a entrevista. Conforme identificado em alguns estudos, que utilizaram a Técnica em associação com entrevista individual (SILVA; ALVIM; FIGUEIREDO, 2008; FONTES; ALVIM, 2008).

A entrevista semiestruturada contou com questões fechadas, que tiveram como objetivo identificar e caracterizar as participantes; e questões abertas, que permitiram que as participantes discorressem livremente acerca da temática em estudo. A entrevista semiestruturada aconteceu na medida em que o Almanaque era construído, apresentado e discutido, sendo abordadas as questões relativas à humanização na atenção pré-natal. A produção de dados foi audiogravada, com

autorização prévia das entrevistadas, e após, transcrita para análise e interpretação da pesquisadora.

### 3.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados teve como referência a proposta operativa (MINAYO, 2014). Essa é dividida em dois momentos operacionais: **exploratório** e **interpretativo**.

A **fase exploratória** diz respeito às determinações fundamentais do estudo e incluiu o conhecimento do contexto sócio histórico das participantes estudadas. A **fase interpretativa** constituiu o momento de interpretação dos dados. Essa fase foi dividida em dois momentos: a ordenação dos dados, a qual representou o momento de transcrição e organização dos depoimentos das participantes; e o outro momento foi a classificação de dados, a qual foi subdividida em quatro etapas: leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal, análise final e relatório (MINAYO, 2014).

Minayo (2014) destaca que a **leitura horizontal e exaustiva dos textos** (neste caso, das entrevistas e análise da TCS Almanaque), envolveu a leitura de todo o material produzido em campo e o registro das primeiras impressões, com o intuito de destacar os conteúdos de relevância e as ideias centrais. **A leitura transversal** envolveu o recorte de cada fala em “unidade de sentido” ou “tema”. Nesse momento, foram identificadas as temáticas afins e essas foram agrupadas para que, a seguir, fosse possível interpretar os dados mais relevantes, os quais formaram as categorias centrais. Na **análise final**, os dados foram confrontados com a literatura acerca do tema. Por fim, o **relatório** consistiu na apresentação dos resultados da pesquisa em forma de manuscritos reunidos na dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da UFSM.

### 3.6 ASPECTOS ÉTICOS

O presente estudo respeitou os aspectos éticos da pesquisa com seres humanos, conforme Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Atendendo aos seus princípios norteadores: autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade (BRASIL, 2012).

O projeto foi registrado no Sistema de Informações para o Ensino (SIE) da UFSM e no Gabinete de Apoio à Pesquisa (GAP) do Centro de Ciências da Saúde (CCS). Após, foi encaminhado à SMS, e após o aceite nessa instância, o projeto foi submetido por meio da Plataforma Brasil ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM, sendo aceito em abril de 2016, sob CAAE 53941616.7.0000.5346 e parecer 1.499.235. Assim que houve a aprovação do CEP, a produção dos dados foi iniciada.

No momento do contato com as participantes, foi informado o objetivo do estudo; a relevância do estudo e de sua participação voluntária; o anonimato e sigilo da identidade. A produção dos dados aconteceu nos dias em que as participantes estavam disponíveis, em uma sala disponibilizada no serviço de saúde.

Os **benefícios** da pesquisa para as participantes serão indiretos, visto que essa pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática da humanização do pré-natal, visando a sua qualificação. No que se refere aos **riscos**, a participação poderia refletir em risco mínimo, tendo em vista que, durante a realização do estudo, poderiam ser desencadeados nas participantes alguns sentimentos ao refletirem acerca de suas experiências na atenção pré-natal. Nesse caso, receberiam atenção e espaço de escuta, sendo possibilitada a elas a opção de continuar ou não participando da pesquisa. Todavia, tal situação não foi vivenciada durante a produção dos dados.

As participantes do estudo foram informadas que a produção dos dados da pesquisa seria audiogravada, conforme concordância destas, assegurando os direitos de sigilo e anonimato das participantes. Foi lido e explicado de forma clara, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), o qual foi apresentado em duas vias e assinado pelas participantes maiores de 18 anos e pelos responsáveis das participantes menores de 18 anos. A participante menor de 18 anos recebeu um Termo de Assentimento (APÊNDICE C), o qual também foi assinado, e seu responsável ainda assinou o TCLE.

No Termo de Confidencialidade (TC) (APÊNDICE D), foi garantido a confidencialidade e o anonimato das participantes. As participantes tiveram sua privacidade assegurada pelas pesquisadoras responsáveis em todas as etapas da pesquisa. No que se refere ao anonimato das participantes, essas foram identificadas pela letra E (de entrevista), seguida de um numeral cardinal (1, 2, 3, sucessivamente), conforme a ordem das entrevistas.

No que se refere aos dados produzidos, esses foram utilizados para realização desta dissertação e serão publicados em forma de artigo científico, sendo que o material transcrito, a partir da coleta de dados, será mantido por cinco anos em uma sala no Centro de Ciências da Saúde da UFSM, sob responsabilidade da pesquisadora responsável por esse estudo. Passado esse período, os dados serão destruídos.

Prevê-se que o retorno dos dados aos serviços de saúde poderá ocorrer mediante um encontro no Núcleo de Educação Permanente em Saúde (NEPeS) da Secretaria de Saúde do Município, onde serão expostos os resultados desse estudo aos representantes de dos quatro serviços de saúde participantes da pesquisa; ou, poderá ser retornado por meio da exposição de banners, destacando a humanização do PN na perspectiva das gestantes, nos serviços de saúde que sediaram a coleta dos dados.

## 4 RESULTADOS

Os resultados desse estudo abarcam dois momentos distintos, o primeiro envolve a caracterização das participantes do estudo e o segundo a apresentação dos resultados em forma de dois artigos (Quadro 1). Um dos artigos refere-se aos **elementos que caracterizam a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes** e o segundo vislumbra os **entraves para a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes**. A apresentação dos resultados em forma de artigos fundamenta-se de acordo com as normas de elaboração de trabalhos científicos, vigentes na UFSM.

### 4.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

As participantes do estudo foram 14 gestantes, com idades que variaram entre 17 e 33 anos. Considerando a classificação internacional de idades (10 a 14 anos; 15 a 19 anos; 20 a 29 anos; 30 a 49 anos e assim por diante), considera-se que, nesse estudo, houve a predominância 78,57%, (n=11) da faixa etária dos 20 a 29 anos. O que se assemelha a outro estudo realizado com gestantes, onde predominou a mesma faixa etária 85,71% (n=6) desse estudo (MARTINS et al., 2015).

No que se refere à escolaridade, a maioria 28,57% (n=4) apresentava o ensino médio completo, seguido do ensino superior incompleto 21,42% (n=3), fundamental incompleto 21,42% (n=3), fundamental completo 14,28% (n=2), superior completo 7,14% (n=1), médio incompleto 7,14% (n=1). Pondera-se que as participantes do estudo apresentam uma escolaridade boa, sendo que a maioria 69,23% (n=9) possuía, no mínimo, o ensino fundamental completo. Esses achados corroboram com os encontrados em outro estudo (MARTINS et al., 2015) onde 71,42% (n=5) das gestantes possuía o ensino fundamental completo ou mais.

Quanto à situação conjugal, a maioria 92,85% (n=13) apresentava relacionamento estável, da mesma forma que as gestantes de outro estudo (VIELLAS et al., 2014) que evidenciou que (81,4%) tinham companheiro. Quando questionadas acerca da ocupação, a maioria 38,46% (n=5) declarou ser “do lar”, seguido de estudante 14,28% (n=2), do comércio 14,28% (n=2) e manicure, doceira, auxiliar de produção, empresária, enfermeira 7,14% (n=1) cada. Outro estudo com

gestantes (MARTINS et al., 2015) também identificaram a predominância de ocupações relacionadas ao “lar”, representando (57,14%) das entrevistadas.

Ao serem questionadas acerca de com quem residiam, seis (42,85%) afirmaram morar com o companheiro e os filhos, quatro (28,57%) com o companheiro apenas, uma 7,14% (n=1) com o companheiro e sogro, uma 7,14% (n=1) com os pais, uma 7,14% (n=1) com a irmã e uma 7,14% (n=1) sozinha. Esse fato nos mostra que a maioria 78,57% (n=11) das gestantes reside com seus companheiros, esses achados convergem com os encontrados nos estudos de (SILVEIRA et al., 2008; MEIRELLES et al., 2015), onde (83,9%) e (76,6%) das gestantes vivia com o companheiro.

Quanto ao início do pré-natal, a maioria 71,42% (n=10) iniciou no 1º trimestre, e as demais 28,57% (n=4) no 2º. Tais achados demonstram que as gestantes apresentaram início precoce da assistência pré-natal, o que corrobora com outros estudos (SILVA et al., 2013b; DOMINGUES et al., 2012) desenvolvidos com gestantes, que também evidenciaram esses achados. No primeiro estudo, 83,6% das participantes iniciou o acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre, enquanto que, no segundo, 74,4% das gestantes iniciaram nesse período. Esses dados corroboram com as recomendações do MS, que sugere que a primeira consulta seja realizada ainda no primeiro trimestre de gestação (BRASIL, 2013b)

No que se refere aos profissionais que realizaram o pré-natal, a maior parte das gestantes 85,71% (n=12) foram atendidas pelo médico e pelo enfermeiro e apenas 14,28% (n=2) foram atendidas apenas pelo médico. Esses resultados se assemelham ao estudo de Silva et al (2013b), que afirmou que a maioria das gestantes (77,3%) teve a participação de mais de um profissional no pré-natal.

#### Quadro 1 - Caracterização dos artigos da dissertação.

Título do artigo	Objetivo	Periódico de divulgação
Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes	Conhecer os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde.	Revista Brasileira de Enfermagem
Atenção pré-natal: entraves para a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes	Conhecer os entraves para a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde.	Saúde e Sociedade

## 4.2 ARTIGO 1

### HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA ÓTICA DE GESTANTES

#### Resumo

**Objetivo:** conhecer os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde. **Método:** estudo qualitativo, do tipo descritivo, realizado com 14 gestantes em acompanhamento pré-natal vinculadas a quatro serviços de saúde da atenção primária à saúde, do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Os dados foram produzidos no período de junho a setembro de 2016, por meio da Técnica de Criatividade e Sensibilidade denominada “Almanaque”, conjugada a entrevista semiestruturada e, após, transcritos e submetidos à proposta operativa. **Resultados:** para as gestantes, a humanização da atenção pré-natal abrange serem bem acolhidas, o diálogo e a escuta qualificada, o cuidado integral, o esclarecimento de dúvidas e as orientações, a corresponsabilização de todos os envolvidos na atenção pré-natal, e a inclusão da família na atenção pré-natal. **Considerações finais:** as significações acerca do tema convergem com os pressupostos dos programas, das políticas e das condutas sugeridas pelo Ministério da Saúde no que tange à Humanização do pré-natal. Todavia, esses elementos ainda não estão presentes de maneira efetiva na realidade pré-natal, representando um desafio, especialmente, para os profissionais de saúde.

**Descritores:** Humanização da assistência; Cuidado pré-natal; Gravidez; Atenção primária à saúde; Enfermagem.

#### Abstract

**Objective:** know the elements tied to the humanization of prenatal care for pregnant women seen in the primary health care. **Method:** qualitative study, descriptive type, performed with 14 pregnant women in prenatal monitoring linked to four basic health services, a municipality in the South of the country. The data were produced in the period from June to September 2016, by means of the technique of Creativity and sensitivity called "Almanac", combined the semi-structured interview and, after, transcribed and submitted to operative proposal. **Results:** for pregnant women, the

humanization of prenatal care covers reception, dialogue and listening, the care, the clarification of doubts and the guidelines, the bailout provisions of all involved in prenatal care, and the inclusion of family in prenatal care. **Final thoughts:** the meanings about the theme converge with the assumptions of the programs, policies and of conduct suggested by the Ministry of health in terms of humanization of prenatal care. However, these elements are not yet effectively present in prenatal, representing reality a challenge, especially for health care professionals.

**Descriptors:** Humanization of Assistance; Prenatal Care; Pregnancy; Primary Health Care; Nursing.

## INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal é considerado um facilitador para o desenvolvimento de uma gestação saudável, ao possibilitar à gestante a apropriação das suas condições de saúde e garantir o nascimento de uma criança saudável<sup>(1)</sup>. Quando esse cuidado é realizado de maneira humanizada proporciona um olhar além das condições clínicas, voltado para as necessidades sociais, culturais, emocionais e econômicas da gestante<sup>(2)</sup>.

A humanização da atenção pré-natal acontece por meio de uma relação acolhedora, sem intervenções desnecessárias, de modo a considerar as diversas dimensões que permeiam o contexto de vida da gestante. Além disso, envolve atitudes como, o pré-natalista se apresentar, chamar a gestante pelo nome, disponibilizar informações acerca das condutas a serem realizadas; ouvir e valorizar o que é dito no diálogo; incentivar a presença do acompanhante; criar vínculo com a gestante e sua família, facilitando o acesso ao serviço de saúde<sup>(2,1)</sup>.

Iniciativas de qualificação e humanização da atenção à saúde da mulher vêm sendo criadas pelo Ministério da Saúde. Dentre elas, o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que preconiza condutas para se alcançar um pré-natal adequado, ampliando a qualidade e reduzindo as taxas de morbimortalidade materna e neonatal<sup>(3)</sup>. A Política Nacional de Humanização, que possui o intuito de propagar práticas de saúde humanizadas para usuários, trabalhadores e gestores<sup>(4)</sup>, por meio de uma relação balizada no acolhimento, vínculo, dignidade e respeito<sup>(5)</sup>.



A rede cegonha que visa implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e da criança por meio do acesso, do acolhimento e da resolutividade, colaborando para a redução da mortalidade materna e infantil<sup>(6)</sup>. E o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco foi instituído com a intenção de orientar a prática profissional de acordo com as evidências atualizadas, objetivando um cuidado humanizado, integral e de qualidade<sup>(1)</sup>. Percebe-se que a atenção à saúde da mulher vem refletindo em diversas modificações e sendo foco de diversas políticas públicas e programas que visam humanizar o cuidado às gestantes. Todavia, isso ainda é considerado um desafio para o SUS e para os profissionais de saúde.

Embora os dados referentes à cobertura pré-natal no Brasil tenham melhorado, aumentando de 92,26%( n=4.662.132) de gestantes assistidas no ano 2000 para 95,11%( n=6.794.267) em 2014. A mortalidade materna, ainda, mantém-se aquém do desejado, apresentando um índice de 1734 casos no país em 2014, sendo 610 no sudeste, 594 no nordeste, 253 no norte, 149 no sul e 133 no centro-oeste<sup>(3)</sup>. O que mostra ainda uma deficiência na qualidade pré-natal, e conseqüentemente uma fragilidade no alcance do quinto objetivo de saúde para o desenvolvimento do milênio. O qual previa para 2015 melhorar a saúde da gestante e assim, reduzir a mortalidade materna em três quartos do índice apresentado em 1990<sup>(7)</sup>.

Diante desse fato, estudos com esse enfoque poderão servir para reflexão e mudança na prática profissional, possibilitando assim, a qualificação da saúde das gestantes e a redução da morbimortalidade materna e neonatal. Entende-se que ao conhecer os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal, na perspectiva de gestantes, é possível desenvolver um cuidado humanizado e direcionado às suas reais necessidades.

Nessa direção, esse estudo propõe como questão de pesquisa: quais os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde?

## **OBJETIVO**

Conhecer os elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde.

## **MÉTODO**

### **Aspectos éticos**

O estudo respeitou os aspectos éticos a que se refere a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, que define as diretrizes e normas regulamentadoras para pesquisas envolvendo seres humanos<sup>(8)</sup>. O projeto de pesquisa foi aprovado em abril de 2016, sob número do CAAE 53941616.7.0000.5346. No que se refere ao anonimato das participantes, essas foram identificadas pela letra E (de entrevistada), seguida de um número, conforme a ordem das entrevistas (E1, E2, E3, sucessivamente).

### **Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, de campo, do tipo descritivo.

### **Cenário do estudo**

O estudo foi realizado em quatro serviços de saúde da atenção primária à saúde do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul. Desses, três eram Unidades de Saúde da Família e um era Unidade Básica de Saúde.

### **População, critérios de inclusão e exclusão**

As participantes do estudo foram 14 gestantes em acompanhamento pré-natal. O número de participantes foi determinado a partir do critério de saturação dos dados, o que aconteceu quando os dados começaram a ser redundantes, e também quando o objetivo proposto pelo estudo foi alcançado<sup>(9)</sup>. Os critérios de seleção do estudo foram: ser gestante e estar em acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde definidos para coleta de dados. .

### **Produção e organização dos dados**

Os dados foram produzidos entre os meses de junho e setembro de 2016. Na produção dos dados, foi utilizada a Técnica de Criatividade e Sensibilidade

denominada “Almanaque”, conjugada a entrevista semiestruturada, com roteiro previamente elaborado.

O almanaque foi construído individualmente pelas participantes, em uma sala disponibilizada pelo serviço. A construção foi motivada por um tema central apresentado pela pesquisadora, que envolveu a humanização da atenção pré-natal. Foi disponibilizado à cada participante folhas de ofício e aproximadamente 100 gravuras. Essas eram provenientes de revista e outros meios impressos, e foram mantidas na produção dos dados com todas as participantes, com o intuito de manter a uniformidade na produção dos dados. A entrevista semiestruturada aconteceu à medida que as figuras eram escolhidas para a construção do Almanaque e se mantinha enquanto ele era apresentado e discutido com a pesquisadora. A produção dos dados foi audiogravada, com autorização das participantes, e após, transcrita para análise e interpretação.

### **Análise dos dados**

Os dados produzidos no estudo foram analisados por meio da proposta operativa<sup>(9)</sup>.

## **RESULTADOS**

Os elementos acerca da humanização na atenção pré-natal, expressos pelas gestantes, envolveram serem bem acolhidas, o diálogo e a escuta qualificada, o cuidado integral, o esclarecimento de dúvidas e as orientações, a corresponsabilização de todos os envolvidos no cuidado pré-natal e a inclusão da família na atenção pré-natal, sendo considerados importantes e imprescindíveis para a qualidade do pré-natal.

### **Ser bem acolhida**

A humanização da atenção pré-natal é vinculada pelas gestantes como o fato de **serem bem acolhidas** no serviço de saúde. Esse foi representado nos depoimentos como o bom atendimento profissional, permeado por uma relação de carinho, gentileza, confiança, amizade, cuidado, expressões faciais positivas, valorização da gestante, estabelecimento de vínculo e de um ambiente confortável.

Essa (figura) também que mostra a médica com uma expressão bem aceitável, porque tem gente que chega com uma cara horrível para a gente. Então, acho que isso qualifica um pouco a mãe, deixa a gente mais calma, porque, às vezes, tu se fecha com o médico pelo jeito que ele te atende. Eu acho que tem que tratar todo mundo bem. (E3)

Se eu não for bem atendida, se a doutora não me atender bem, eu não vou fazer questão de vir na próxima consulta. Se ela não está nem ai para mim, se ela não me tratasse bem, eu procuraria outro posto, mas tem muitas mães que já não iam nem fazer Pré-natal. (E4)

Puxa conversa, seja amigo do paciente. Tem mulheres que chegam e não vão dizer se o profissional não perguntar [...]. Tratar bem é chegar e conversar, fazer com que ela entenda que aqui também é um lugar para ela, como chegar numa casa de um parente e sentar para conversar [...] Quando o paciente entrou ele é meu amigo, tratar como se fosse um amigo, conhecido, quando a pessoa entra já está mais tranquila, mais confortável. (E7)

Acolhimento. Essa (figura) aqui da mão, porque eles acolhem bastante a gente. Imagina, eu engravidei com 16 anos, fui muito bem atendida, teve um acolhimento. Então, isso foi muito importante para mim [...] eles (profissionais de saúde) estão ali, eles me deram a mão, continuaram junto comigo, caminharam junto comigo até os finais da gestação. Para mim foi importante. (E8)

É a forma como o profissional vai te receber e fazer a criação do vínculo, fazer com que você fique mais próxima da equipe [...] como o profissional vai abordar a gestante, como ele vai receber. É muito importante. É a própria humanização. Tanto o médico quanto a enfermeira é uma recepção bem calorosa, tem abraço, beijo. Então, isso de ser acolhida é olhar no rosto [...]. (E14)

Os depoimentos evidenciam que o fato das gestantes serem acolhidas com um sorriso, um abraço e um beijo, mediante um diálogo afetivo, olhando nos olhos, com uma expressão facial cortês e simpática de um profissional atencioso, condicionam uma relação de confiança, conforto e vínculo entre os indivíduos que fazem parte do pré-natal. Essa realidade possibilita que a longitudinalidade do cuidado seja efetiva na APS, conforme pode ser vislumbrando em um dos relatos, em que o acolhimento foi destacado e relacionado ao caminhar dos profissionais de saúde junto às gestantes até o final da gestação, o que pode ser entendido como estar próximo e atento às necessidades.

O fato de serem bem acolhidas é percebido, ainda, como um elemento decisivo para a adesão e permanência das gestantes no pré-natal, visto que ao serem acolhidas sentem-se valorizadas e motivadas a continuarem os cuidados.

Ademais, pondera-se que ao serem acolhidas, as gestantes têm abertura e sentem-se à vontade para questionar, responder e protagonizar a relação de cuidado.

Figura 1 – IMAGEM INTEGRANTE DO ALMANAQUE DA PARTICIPANTE E8



Fonte: Próprio autor (2016).

Na compreensão das gestantes, para que a relação acolhedora seja efetiva na humanização do pré-natal são necessárias determinadas qualidades. Essas incluem o carisma, a gentileza, a sinceridade, a disponibilidade de tempo, o respeito, a compreensão, a calma e a atenção.

Tem que ter um pouco de carisma, é profissional, mas tem que ser gentil com a pessoa, não tratar mal, tratar da melhor forma possível. Às vezes, tem que ser simpático e explicar mais, sentar e dizer: olha é assim [...] Tem muitos que nem tocam direito na gente, nem procuram direito o bebê, eu acho que teria que melhorar isso, os médicos precisam ter mais paciência e tempo. (E2)

É importante o respeito com a gente. (E5)

Uma pessoa que passe tranquilidade para o paciente também é bem importante [...] Uma pessoa calma, atenciosa, compreensiva, porque às vezes a gente pode chegar e falar alguma bobagem ou ter medo de falar alguma bobagem, uma pessoa que seja bem receptiva, acho que envolve isso. (E14)

Os depoimentos apontam que o carisma, a receptividade, a gentileza e a comunicação adequada, com explicação clara e condizente com o entendimento da gestante, a proximidade e o toque necessário para realizar a avaliação correta com respeito e delicadeza, são qualidades necessárias para serem bem acolhidas. Essas possibilitam a abertura, o diálogo e o vínculo entre a gestante e o profissional que a atende. Elas, ainda, destacaram como elementos essenciais para serem acolhidas a orientação acerca das condições que estão sendo avaliadas, a calma, a paciência, a disponibilidade de tempo para estabelecer a interação durante a consulta e a empatia por meio da compreensão de suas necessidades.

## O diálogo e a escuta qualificada

As gestantes reportaram **o diálogo e a escuta qualificada** como outros elementos associados à humanização na atenção pré-natal. Esses foram vislumbrados como uma maneira de tornar a conversa mais agradável e tranquila.

Eu gosto da conversa, do diálogo, da preocupação que tu vê que as pessoas têm contigo e com o teu bebe, isso te deixa mais confiante [...] Eu acho que a humanização é isso, tem que conversar [...] Eu acho legal a conversa, torna a consulta mais agradável, tua cabeça fica mais tranquila. (E3)

Elas (médica e enfermeira) também ouviram bastante a gente, isso é muito bom, falar, mas também ouvirem a gente [...] Ela (médica) me escuta, depois eu pergunto para ela, ela me explica, ela é muito de me ouvir e me explicar se eu posso ou se eu não posso [...] Eu gosto disso, elas (médica e enfermeira) passam para gente o que a gente estava precisando mesmo ouvir. (E8)

Eu estou me sentindo super à vontade para falar, perguntar, questionar e, até, para ouvir as coisas que os médicos e os enfermeiros têm para me dizer sobre a gestação. Então, o que significa mesmo a humanização é a liberdade para perguntar as coisas que eu quero e ouvir também as respostas. (E11)

Daí vem essa que é a escuta, tu ter uma pessoa para ouvir, tem que ter toda essa escuta qualificada, eu acho que os profissionais têm que estar preparados e dispor desse momento para o paciente falar. Mesmo que, às vezes, não seja uma coisa que o profissional considere tão relevante, mas para a gestante pode ser, para a gestante ela tem que chegar e se sentir segura [...] A partir do momento que começa a conversa, uma conversa simples, no mesmo linguajar, horizontal, nada muito verticalizado. (E14)

As gestantes inferem que a humanização é vista como a liberdade para perguntar e ouvir as respostas. Nessa relação, os profissionais de saúde precisam estar preparados para estabelecer o diálogo e a escuta, mesmo que o discurso possa não ser relevante para eles.

Ainda, identificou-se afirmações de que, no diálogo, precisa ser estabelecida uma relação horizontal e simples, na mesma linguagem das gestantes, que possibilite a sua participação nos cuidados. Os depoimentos apontam que o diálogo se estabelece à medida que a gestante tem a oportunidade de escutar e também ser escutada, pelo profissional de saúde, e que essa relação deve ser direcionada às suas reais necessidades e singularidades. Esses aspectos possibilitam uma

consulta mais agradável, na qual elas sentem-se mais confiantes, seguras e à vontade para participar.

Figura 2 – IMAGEM INTEGRANTE DO ALMANAQUE DA PARTICIPANTE E14



Fonte: Próprio autor (2016).

### O cuidado integral

Além das representações já mencionadas, outro significado atribuído à humanização da atenção pré-natal foi o **cuidado integral**. Percebido como a atenção holística, igualitária e singular ao binômio gestante e bebê.

Depois que tu passas a ser mãe, tu se preocupas mais com o bebê. Então, uma pessoa que olha para ti e te enxerga só como mais uma gestante, já te deixa mal. Precisa ter preocupação com o teu bebê, como vocês estão [...] Uma pessoa que olhar para mim e me ver como mãe, gestando uma criança que é a coisa mais incrível na vida de uma mulher, é tudo. (E3)

Vocês (enfermeiras) mostram atenção não só com a gestação, mas com a nossa vida pessoal, de perguntar como a gente está, se a gente precisa de alguma coisa [...] Examinar, conversar, procurar saber o que realmente sente, onde está a dor, mostrar interesse pelo paciente. (E9)

Uma das primeiras coisas que vem na minha cabeça quando fala em humanização é que para realmente tratar as pessoas como humanas, como um todo, não só por um motivo ou por outro, mas por vários aspectos, acho que seria isso, tratar todos iguais [...] Cuidar bem da vida que está vindo e a que já tem, não cuidar só do bebê e nem só da mãe, cuidar dos dois [...] Tratar como pessoa, lembrar que tem família, que talvez tenha problema e queira falar, talvez tenha dia que não queira falar e não esteja muito aberta para falar das coisas, saber entender (E12)

Nas falas, a humanização é abordada como o cuidado integral, que é representado na preocupação e atenção do profissional com a gestação e com seu contexto pessoal e familiar, bem como com suas singularidades, subjetividades e escolhas individuais. As gestantes do estudo definiram o cuidado integral como o cuidado centrado na gestante e no bebê, compreendendo-os como dois seres interligados, que não podem ser cuidados isoladamente. As gestantes também

visualizam a importância de serem cuidadas integralmente, sendo tratadas de maneira humana e valorizadas em sua multidimensionalidade.

Figura 3 - IMAGEM QUE COMPÕE O ALMANAQUE DAS PARTICIPANTES E3, E9, E14.



Fonte: Próprio autor (2016).

### O esclarecimento de dúvidas e as orientações

O esclarecimento de dúvidas e as orientações realizadas durante o pré-natal também foram relacionadas à humanização da atenção pré-natal. Sendo vislumbrados como elementos que propulsionam a construção do conhecimento, e assim, permitem a sensação de felicidade e satisfação após as consultas.

Eu gosto quando tiram todas as minhas dúvidas, porque, às vezes, tenho dúvidas e elas (enfermeiras) me explicam bem direitinho [...] eu já saio mais aliviada, saio melhor, tirando minhas dúvidas, sei que está tudo bem (E1)

Eu gosto de conversar bastante com vocês (enfermeiras), tirar minhas dúvidas. A gente sempre tem dúvida, por mais que a gente seja mulher, estando ou não estando grávida, a gente sempre tem dúvida (E2).

Essa (figura) também eu acho que tem a ver, porque passa muitas perguntas na cabeça, principalmente, durante as consultas, e é interessante porque quanto mais a gente pergunta, mais a gente tem direito de saber. Então, tu tens que ser curioso [...] eu sei que tem muitas pessoas que precisam buscar coisas na internet, porque não tiveram um atendimento qualificado (E3).

As orientações, principalmente, porque claro, examinar elas vão ter que me examinar, mas falar para mim, que eu tenho que descansar, que nem eu disse: “bah eu não aguento mais”, ela disse: “um pouco é porque tu estás ansiosa, tu tens que te acalmar, relaxar” [...] Para mim é isso, é eu chegar ali e eu poder despejar tudo que eu tenho e eu sair feliz e com a certeza de que está tudo bem [...] para mim isso é importante, é elas estarem me orientando em tudo [...] e para melhorar, elas têm que estar bem atualizadas [...] para mim é nessa área, delas estarem bem qualificadas (E8).



Conforme os depoimentos, durante as consultas de pré-natal, emergem inúmeras dúvidas e questionamentos. Nesse contexto, as orientações servem como uma maneira de esclarecê-las, proporcionando sensação de alívio, felicidade e bem-estar.

As participantes consideram que o esclarecimento de dúvidas e as orientações representam um direito. Ao mesmo tempo, percebe-se que, para serem efetivas, é necessário que os profissionais de saúde estejam em constante qualificação e atualização.

Figura 4 - IMAGEM QUE COMPÕS O ALMANAQUE DA PARTICIPANTE E3.



Fonte: Próprio autor (2016).

### **A corresponsabilização de todos os envolvidos no cuidado pré-natal**

A humanização da atenção pré-natal também foi vista pelas participantes do estudo como a corresponsabilização da gestante, profissionais de saúde e sociedade no processo de cuidado.

Esse aqui, eu vou mostrar assim no sentido aqui no posto, uma pessoa não move tudo, mas todo mundo unido move tudo, desde a enfermagem até a doutora. Acho que a sociedade se manifesta, se une e a gente consegue fazer um bom trabalho (E4).

Talvez essa aqui, várias mãos juntas. Vários formam, tanto paciente, quanto profissionais, família, todos ajudam a formar [...] Todos juntos, cada mão é um paciente, bebezinho, família, a equipe, todos (E12).

Aqui todo mundo junto, humanização, porque parece o mundo, aqui o globo, e as pessoas todas juntas de mãos dadas, tem que se unir [...] No caso do pré-natal, a gestante e os profissionais que estão em roda dela, se todo mundo se unir, cada vez, cada ano, cada consulta, cada vez que vocês fizerem mais pesquisas, vai ser melhor (E13).

As participantes referem que um indivíduo isolado não move tudo, mas que a união e a corresponsabilização de todos os envolvidos no processo de cuidar, alcançam os objetivos da humanização. Ainda é possível perceber que a Figura 5,

representou para algumas gestantes, a humanização como a união entre as pessoas envolvidas no pré-natal, todas juntas, de mãos dadas em busca de um bem comum. Ainda foi salientado que pesquisas com esse enfoque qualificam a atenção pré-natal.

Figura 5 - IMAGEM QUE INTEGROU O ALMANAQUE DAS PARTICIPANTES E4, E12 E E13



Fonte: Próprio autor (2016).

### **A inclusão da família na atenção pré-natal**

Dentre os múltiplos elementos relacionados à humanização do pré-natal, ainda destacou-se, nos relatos, a **inclusão da família na atenção pré-natal**. Esse elemento representou o apoio e a união da família no cuidado, seja durante as consultas, como em todo o processo que envolve o pré-natal.

O que significa a humanização no pré-natal? Seria o apoio da família, a família estar sempre unida, junto com a gente [...] Para mim, é o que significa essa imagem das mãos [...] Nas consultas, acredito que quando vai alguém da família, tu te sentes mais segura, eu acredito que seja isso, de tu poder compartilhar tua alegria [...] É isso, a família estar sempre do teu lado no pré-natal (E1).

Pode ser essa (figura) aí. Família, o acompanhamento da família, até porque não tem aqui, o esposo não veio, seria bom, que ele também viesse [...] Eu acho importante o esposo acompanhar, ou a família, porque tem família que não acompanha e quando vê, já estão ganhando [...] Incluir a família, a família é muito importante. (E8)

Essa (figura) daqui, porque eu acho que o pré-natal não engloba só a mãe, engloba a criança também depois que nasce, e englobando a criança e a mãe, está englobando toda a família, toda a sociedade porque o pai se obriga a vir também, precisa, e eu acho que é um grande acolhimento [...] É muito importante, uma estrutura familiar no pré-natal (E9).

Nos depoimentos, o pré-natal é destacado como um processo que não engloba apenas a mulher mãe, abrangendo também a criança, a família e a sociedade. Nesse ínterim, pondera-se que a inclusão da família pode auxiliar as gestantes a compartilhem suas alegrias e proporciona maior segurança durante

essa vivência. Portanto, a família é considerada uma estrutura importante para o pré-natal.

Figura 6 - IMAGENS QUE COMPUSERAM O ALMANAQUE DA PARTICIPANTE E8.



Fonte: Próprio autor (2016).

## DISCUSSÃO

A humanização da atenção pré-natal para as gestantes do estudo engloba serem bem acolhidas, a escuta qualificada e o diálogo, o cuidado integral, o esclarecimento de dúvidas e as orientações, a corresponsabilização dos indivíduos que integram o pré-natal e a inclusão da família no pré-natal. Esses elementos se inter-relacionam e convergem com os pressupostos dos programas, das políticas e das condutas sugeridas pelo Ministério da Saúde no que tange à humanização na atenção pré-natal<sup>(10-12)</sup>.

Nos depoimentos, é possível apreender a satisfação das participantes com a qualidade do cuidado prestado durante o pré-natal, mostrando que os elementos considerados humanizadores estão sendo aplicados, em parte, no atendimento. A efetivação da humanização na atenção pré-natal é um desejo constante das gestantes.

Ao relacionarem o acolhimento com a humanização, as gestantes afirmam ser o bom atendimento, permeado pela confiança, gentileza, vínculo e um ambiente confortável. Desse modo, ao serem acolhidas sentem-se à vontade e, assim, estabelecem uma relação de proximidade e abertura para os questionamentos, adesão e continuidade do pré-natal. Esse elemento possibilita o vínculo entre as gestantes e os profissionais e, conseqüentemente, é visualizado como a oportunidade de estabelecerem uma relação de horizontalidade, na qual o diálogo e a escuta qualificada prevalecem.

Na consolidação e reorganização do modelo de atenção à saúde, o acolhimento tem se estabelecido como um dispositivo positivo que inter-relaciona os diferentes indivíduos. Não é um elemento isolado, faz parte de um conjunto de boas

práticas estabelecidas no serviço de saúde, que envolvem o bom relacionamento, o vínculo, a escuta seguida de orientação, o diálogo, a postura e a reorganização do serviço de saúde<sup>(13)</sup>.

Conforme a Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento objetiva a construção de relações de confiança, compromisso e vínculo entre os sujeitos. Nessa perspectiva, o usuário possui singularidades e necessidades individuais de saúde que precisam ser consideradas durante processo<sup>(12)</sup>. Logo, quando o profissional adota o acolhimento em suas condutas, passa a visualizar a gestante de maneira individual em sua realidade, possibilitando sua escuta e fortalecendo a integralidade da mulher<sup>(14)</sup>.

Pondera-se, que ao acolher a gestante, o profissional favorece seu conforto e segurança, estabelecendo um ambiente aconchegante e acolhedor. Com isso, proporciona-se o vínculo e possibilita-se que o pré-natal aconteça de maneira segura e resolutiva para a gestante. O vínculo entre os profissionais e a gestante favorece o diálogo e a confiança, além de facilitar a adesão ao serviço e melhorias na saúde<sup>(14)</sup>.

Para o acolhimento ser efetivo no pré-natal, são necessárias algumas qualidades profissionais, como gentileza, respeito, compreensão e atenção, os quais podem possibilitar a abertura, diálogo e vínculo entre a gestante e o profissional de saúde. Essa perspectiva também esteve presente em um estudo que buscou a representação da humanização para profissionais e usuários, o qual identificou qualidades semelhantes às encontradas, também consideradas importantes nesse processo. Ademais, no estudo, visualizou-se a humanização como a valorização interpessoal, balizada no diálogo e na subjetividade, que permitem o vínculo entre os envolvidos no cuidado<sup>(15)</sup>.

Pondera-se que o diálogo e a escuta qualificada também fizeram parte do significado de humanização na atenção pré-natal para as gestantes. Por meio desse elemento, a gestante tem a oportunidade de ouvir e ser ouvida, em suas reais necessidades. Assim, sente-se mais confiante e à vontade para participar do cuidado.

Esse resultado se assemelha aos apresentados em outro estudo<sup>(16)</sup>, no qual constatou-se que o diálogo e a escuta sem julgamentos proporcionam segurança à gestante, permitindo que ela se sinta confortável para falar acerca de sua intimidade, o que contribui para vivência de uma gestação saudável. Autores<sup>(17)</sup> corroboram com

esse estudo ao afirmar que as gestantes sentem necessidade de serem ouvidas e estabelecerem uma relação de diálogo com os profissionais de saúde no pré-natal. Não apenas para esclarecerem suas dúvidas, mas também para se sentirem cuidadas e valorizadas.

A valorização do diálogo e da escuta possibilita que dúvidas sejam esclarecidas, que o cuidado seja aprimorado e que a gestante continue o acompanhamento. Todavia, a conversa deve ter um objetivo e uma importância singular e útil para os indivíduos que compõem essa conversa<sup>(17)</sup>. De modo a atender as necessidades individuais, promovendo o bem estar e reduzindo as preocupações<sup>(18)</sup>.

Uma conversa simples, com sorriso, boas vindas, permeada por confiança e escuta permite que a gestante sintase respeitada e valorizada, refletindo em abertura e melhor comunicação entre os sujeitos. Por meio do diálogo e da escuta qualificada, é possível identificar soluções conjuntas para qualificar e humanizar o cuidado pré-natal<sup>(19)</sup>.

A compreensão do acolhimento e diálogo/escuta qualificada como elementos que compõem a humanização da atenção pré-natal também converge com os pressupostos da PNH, a qual afirma que o acolhimento é o reconhecimento da singularidade e das reais necessidades do usuário. Portanto, representa um alicerce para a relação entre os profissionais e usuários, movido pelo acolhimento, compromisso e vínculo entre eles. Ademais, a PNH infere que, para existir acolhimento, é necessário o diálogo e a escuta qualificada às necessidades do usuário, com vistas à efetividade do cuidado em saúde<sup>(12)</sup>.

No que concerne ao cuidado integral, as gestantes evidenciaram a importância de serem cuidadas de forma integral, considerando suas singularidades e multidimensões, o que pode possibilitar o cuidado de si e também do bebê. Um estudo<sup>(20)</sup> corrobora com esses resultados, ao evidenciar a importância do profissional de saúde planejar suas ações pensando em efetivar o cuidado integral à gestante e seu bebê. Reconhecendo que por trás de uma gestante existem dois indivíduos com distintas necessidades<sup>(21)</sup>.

Um dos grandes desafios impostos no cuidado é o rompimento da sua fragmentação. O profissional de saúde precisa cuidar de maneira integral, repensando as práticas em saúde a partir da realidade de vida dos usuários, possibilitando que as condutas aconteçam de acordo com as singularidades<sup>(22)</sup>. Um

estudo realizado com gestantes apontou que, para elas, é necessário que o pré-natal seja envolto pelo cuidado integral. Esse cuidado deve considerar suas necessidades, vislumbrando os aspectos relevantes para elas<sup>(23)</sup>. Outro estudo<sup>(21)</sup> realizado com profissionais mostrou que o cuidado humanizado deve ser direcionado à integralidade da mulher, considerando sua multidimensão, singularidade, contexto, em âmbito individual e coletivo.

Conforme a PNH, humanizar a atenção em saúde é também considerar o cuidado integral nas relações estabelecidas, nas quais o usuário passa a ser percebido de forma holística, indissociando questões físicas e emocionais, presentes em um contexto familiar e social. Logo, no contexto da saúde da mulher, o pré-natal precisa ser organizado de modo a atender às reais necessidades das gestantes, mediante à utilização de conhecimento técnico-científico e dos recursos disponíveis e adequados para cada situação<sup>(12)</sup>.

As dúvidas na gestação são comuns e, ao esclarecer e orientar as gestantes permite-se que essas tenham a sensação de bem-estar. Todavia, para que isso seja efetivo, é necessária a constante qualificação e atualização dos profissionais de saúde, indo ao encontro de alguns autores<sup>(24)</sup>, que afirmam que a preparação e a constante atualização dos profissionais que atendem as gestantes são fatores essenciais para qualificação do cuidado prestado.

Estudo<sup>(25)</sup> demonstra que o Brasil tem investido na qualificação e humanização da atenção pré-natal, a partir do desenvolvimento de ações que visam o esclarecimento de dúvidas e orientações entre as gestantes. Estas atividades contribuem para a sua promoção da saúde, conhecimento e bem-estar. Nesse ínterim, a qualificação e atualização dos profissionais de saúde são fundamentais para a efetividade das orientações e da humanização do pré-natal.

O esclarecimento de dúvidas e as orientações acerca das diferentes modificações e adaptações vivenciadas na gestação precisam ser estimuladas entre as gestantes e os profissionais de saúde. Desde o início do pré-natal, é preciso investir nas orientações, que colaboram para um bom acompanhamento. Ao mesmo tempo, é necessário evitar o fornecimento de informações excessivas, direcionando a prática para orientações simples e claras, de acordo com a compreensão de cada gestante e suas necessidades. Assim, é possível que a gestante diminua sua ansiedade frente às dúvidas existentes<sup>(1)</sup>.

Conforme o caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco, ao partilhar dúvidas e vivências, as gestantes buscam a obtenção de auxílio. Desse modo, o pré-natal torna-se um momento oportuno para orientar e esclarecer dúvidas, sendo um momento singular até para àquelas que já tiveram filhos. A maioria dos questionamentos, embora pareçam simples para quem ouve, pode representar um problema para quem os vivencia. Desse modo, orientações claras e seguras são importantes para o bem-estar da gestante e sua família<sup>(1)</sup>.

Um indivíduo sozinho não consegue mover tudo, mas a união e a corresponsabilização dos indivíduos que fazem parte do pré-natal podem efetivar os pressupostos da humanização. Essa ideia vai ao encontro da PNH, a qual afirma que “humanizar o SUS requer estratégias que são construídas entre os profissionais, usuários e gestores dos serviços de saúde”<sup>(12)</sup>.

A união desses três atores do SUS proporciona movimentos de desacomodação e inquietação, os quais podem ser considerados propulsores de mudanças em saúde. Ainda, destaca-se que essas alterações não podem ser idealizadas por uma pessoa ou um único grupo, mas por movimentos coletivos e compartilhados, incluindo diferentes sujeitos na produção de novos modos de cuidar e organizar o serviço. Humanizar é, portanto, unir as diferenças no processo de cuidado e gestão<sup>(12)</sup>.

Por fim, verificou-se que a inclusão da família no cuidado pré-natal também faz parte da humanização na ótica das gestantes. Os familiares permitem que as gestantes se sintam mais seguras ao dividir suas alegrias. Esses resultados se assemelham aos encontrados em outro estudo realizado com profissionais e gestantes, no qual a humanização do pré-natal foi vista como o envolvimento da família, como uma rede de apoio no pré-natal<sup>(21)</sup>. Reforça-se que a família, nesse estudo, é compreendida de maneira abrangente, considerando as diferentes formas de organização, de acordo com a significação de cada gestante.

Entende-se que a gestação é uma vivência familiar. Logo, o cuidado desenvolvido no pré-natal precisa englobar toda a família e respeitar cada contexto sociocultural. Para o Ministério da Saúde, a inclusão da família é um fator positivo e benéfico, que precisa ser encorajado no pré-natal. É preciso considerar que as gestantes que possuem um acompanhante se sentem mais seguras e confiantes<sup>(1)</sup>.

As limitações do estudo guardam relação com o número limitado de serviços estudados, o qual se restringiu à realidade de gestantes de quatro serviços de saúde

da APS. Desse modo, sugere-se o desenvolvimento de estudos que contemplem outras questões não abordadas e um maior número de cenários, abrangendo todas as regiões de saúde. O estudo apresenta contribuições para à área da enfermagem e políticas públicas, uma vez que vislumbra elementos importantes para reflexão de estratégias e mudanças na realidade da atenção pré-natal e políticas públicas de saúde.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados desse estudo possibilitaram o conhecimento acerca dos elementos vinculados à humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes. A humanização foi representada por termos, como ser bem acolhida, diálogo e escuta qualificada, cuidado integral, esclarecimento de dúvidas e orientações, corresponsabilização dos envolvidos no cuidado pré-natal e inclusão da família na atenção pré-natal.

As gestantes do estudo compreenderam a humanização em sua essência, mesmo que, muitas vezes, tenham utilizado de outras nomenclaturas para se referir aos elementos. Estes elementos, sob a ótica das gestantes, são importantes e condicionantes para um pré-natal de qualidade.

Assim, o estudo demonstra que o significado de humanização para as gestantes converge com os programas, políticas e condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde, no que tange à humanização da atenção pré-natal. Todavia, o sentido que as gestantes atribuem à prática profissional evidencia algumas fragilidades a serem superadas.

Espera-se que os elementos representados pelas participantes embasem a construção do conhecimento na temática. Ainda, almeja-se que os achados fomentem discussões e reflexões aos profissionais de saúde para que se tornem agentes de mudança na realidade da humanização da atenção pré-natal.

## **REFERÊNCIAS**

1. Brasil. Ministério da saúde. Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 1ª edição revista. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.



2. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf).
3. Datasus. Ministério da Saúde. Sis prenatal, Sistema de Acompanhamento da Gestante. Brasília, DF, 2017. <http://datasus.saude.gov.br/sistemas-e-aplicativos/epidemiologicos/sis prenatal>. Acesso em dezembro de 2017.
4. Moreira MADM, Lustosa AM, Dutra F, Barros EO, Batista JBV, Duarte MCS. Public humanization policies: integrative literature review. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2016 dez 20];20(10):3231-42. Available from: [http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en\\_1413-8123-csc-20-10-3231.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/en_1413-8123-csc-20-10-3231.pdf)
5. Santos HFL, Araújo MM. Políticas de humanização ao pré-natal e parto: uma revisão de literatura. *Revista Científica Fac Mais* [Internet]. 2016 [cited 2016 dez 20]; 6(2). Available from: <http://revistacientifica.facmais.com.br/wp-content/uploads/2016/07/Artigo-6-POL%C3%8DTICAS-DE-HUMANIZA%C3%87%C3%83O-AO-PR%C3%89-NATAL-E-PARTO.pdf>
6. Brasil. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.
7. ONU. Organização das Nações Unidas. Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milénio 2014. Nova Iorque, 2014. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>>. Acesso em 20 nov 2016.
8. Brasil. Ministério da Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Brasília: Ministério da Saúde; 2012. Available from: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em 20 de outubro 2015.
9. Minayo MC. O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde. 14. ed. São Paulo: Hucitec; 2014.
10. Brasil. Ministério da Saúde. PORTARIA Nº 569, DE 1º DE JUNHO DE 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2000. [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)
11. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. Brasília: Ministério da Saúde; 2003.
12. Brasil. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização. 1ª edição 1ª reimpressão. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. Available from: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)
13. Guerrero P, Mello ALSF, Andrade SR, Erdmann AL. User embracement as a good practice in primary health Care. *Text Context Nursing* [Internet]. 2013 [cited 2016 dez 20]; 22(1): 132-40. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n1/16.pdf>.
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 [cited 2016 dez 21]; 14(3):620-9. Available from: <http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/3503/2744>.
15. Chernicharol IM, Freitas FDS, Ferreira MA. Humanização no cuidado de enfermagem: contribuição ao debate sobre a Política Nacional de Humanização. *Rev. bras. Enferm* [internet]. 2013 [cited 2016 dez 22]; 66(4) 564-70. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672013000400015](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000400015)

16. Souza ES, Nazareth IV, Gonçalves APO, Santos IMM. A look of women-mothers about prenatal care. J Nurs UFPE on line [internet]. 2013 [cited 2016 dez 22]; 7(8):5135-42. Available from:  
[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4562/pdf\\_3171](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4562/pdf_3171)
17. Pilz AF, Somavilla VEC. Concepção do pré-natal realizado pela enfermeira na óptica das usuárias. Vitale Revista de Ciências da Saúde [internet]. 2015[cited 2016 dez 23]; 27(1). Available from:  
<https://www.seer.furg.br/vittalle/article/viewFile/6081/3754>.
18. Evangelista VC, Domingos TS, Siqueira FPC, Braga EM. Multidisciplinary team of intensive therapy: humanization and fragmentation of the work process. Rev Bras Enferm [Internet]. 2016[cited 2017 jan 02]; 69(6):1037-44. Available from:  
[http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en\\_0034-7167-reben-69-06-1099.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reben/v69n6/en_0034-7167-reben-69-06-1099.pdf)
19. Silva MSN, Andrade AB, Bosi MLM. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção. Saúde Debate [Internet]. 2014 [cited 2017 jan 02]; 38(103): 805-816. Available from:  
<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>
20. Alfing CE, Stumm EMF, Boff ET. Art stat on the nursing action during the prenatal: integrative revision. J Nurs UFPE on line [Internet]. 2016 [cited 2017 jan 03]; 10(5):2669-8.
21. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saude Mater Infant [Internet]. 2010 [Cited 2017 jan 03]; 10(3):359-67. Available from:  
<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
22. Bonfada D, Cavalcante JRLP, Araújo DP, Guimarães J. A integralidade da atenção à saúde como eixo da organização tecnológica nos serviços. Cienc & Saude Colet [Internet]. 2012 [cited 2017 jan 03];17(2):555-60. Available from:  
<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n2/a28v17n2.pdf>
23. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros Prenatal. Rev Min Enferm [Internet]. 2012[cited 2017 jan 03];16(3): 315-23. Available from:  
<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>
24. Bonilha ALL, Gonçalves AC, Moretto VL, Lipinski JM, Schmalfluss JM, Teles JM. Evaluation of pre-natal care after participative training of prenatalists: before and after research. Online braz j nurs [Internet]. 2012[cited 2017 jan 03]; 11(3): 583-94. Available from:  
[http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3764/pdf\\_1](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3764/pdf_1)
25. Carvalho CM, Almeida DR, Aguilar VD, Garcia EC, Tomazelli R, Campos FMC. Orientações no pré-natal: o que deve ser trabalhado pelos profissionais de saúde e a realidade encontrada. Rev Eletrônica Gestão Saúde [Internet], 2013[cited 2017 jan 05];4(2):1988-2000. Available from:  
[http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/387/pdf\\_1](http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/387/pdf_1)

#### 4.3 ARTIGO 2

### ATENÇÃO PRÉ-NATAL: ENTRAVES PARA A HUMANIZAÇÃO NA PERSPECTIVA DE GESTANTES

#### RESUMO

**Objetivo:** conhecer os entraves para humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde. **Método:** estudo qualitativo, de campo, do tipo descritivo, realizado com 14 gestantes vinculadas a quatro serviços da atenção primária à saúde do município de Santa Maria, RS. Os dados foram produzidos por meio da utilização da Técnica de Criatividade e Sensibilidade Almanaque, integrada à entrevista semiestruturada. Os dados foram submetidos à proposta operativa. **Resultados:** a imposição, o preconceito, o julgamento dos profissionais de saúde, o cuidado técnico e fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos, a pouca assiduidade dos profissionais de saúde e as consultas de curta duração, foram considerados entraves que distanciam a humanização da atenção pré-natal. As gestantes consideraram que estes elementos não têm congruência com um cuidado humanizado. **Considerações finais:** o conhecimento destes entraves para a humanização do pré-natal confere visibilidade às lacunas existentes durante o cuidado prestado. A partir destes achados, espera-se que os profissionais da saúde possam refletir, reconstruir e qualificar suas práticas, alicerçando-as nos pressupostos da humanização.

**Palavras-chave:** Humanização da assistência; Cuidado pré-natal; Gravidez; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

#### ABSTRACT

**Objective:** to know the factors that alienated the humanization of prenatal care for pregnant women seen in the basic attention. **Method:** qualitative study, descriptive type, performed with 14 pregnant women vinculadas four of the basic attention services of a city in the South of the country. The data were produced through the use of Creativity and sensitivity Almanac, associated with the semi-structured interview. And undergoing operative proposal. **Results:** the imposing, prejudice and judgement of healthcare professionals; technical care, focused on medicalization and procedures; Quick consultations and the lack of attendance and punctuality are seen by pregnant

women as distancing the humanization of prenatal care. Visualize these precepts as wrong and feel the need to be understood, embraced and cared for with humanization in prenatal care. **Final considerations:** the knowledge of the distancing elements the humanization of prenatal care from the perspective of pregnant women gives visibility to gaps exist for the care provided. Enabling health professionals reflect, rebuild and qualify their practices, consolidating them in the assumptions of humanization.

**Keywords:** Humanization of Assistance; Prenatal Care; Pregnancy; Primary Health Care; Nursing.

## INTRODUÇÃO

No Brasil, 5.660.211 gestantes foram cadastradas na APS em 2015. Destas, 5.432.739 foram acompanhadas no pré-natal e 1.655 vieram a óbito materno. No Rio Grande do Sul, no mesmo ano, havia 105.922 gestantes, sendo que 97.697 foram acompanhadas no pré-natal e 55 foram os óbitos maternos (DATASUS, 2015).

Sabe-se que a adesão das gestantes ao pré-natal está relacionada diretamente com a humanização e a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde, constituindo-se um fator importante para redução dos índices de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2013a). O pré-natal é considerado um espaço de construção singular, influenciado pela prática profissional e pelo contexto familiar e social em que a gestante está inserida (BARRETO et al., 2013). O comprometimento da gestante com o pré-natal se constitui a partir do momento em que ela recebe uma assistência adequada e se sente integrada e responsável por seu cuidado (MARTINELLI et al., 2014). Todavia, essa realidade ainda não foi alcançada e revela-se como uma fragilidade na atenção pré-natal desenvolvida na APS.

Na maioria dos serviços de saúde, o cuidado às gestantes continua sendo realizado de maneira fragmentada, impessoal e sem diálogo. São priorizados procedimentos e rotinas em detrimento do protagonismo e da troca de conhecimentos e experiências com as gestantes (MARTINELLI et al., 2014; BARRETO et al., 2015). A mudança dessa realidade pode acontecer por meio da inclusão de ações visando a humanização no pré-natal, o que pode garantir a qualidade do cuidado e o protagonismo da mulher (TIMM et al., 2016).

A humanização está relacionada à ruptura do modelo hegemônico de visão fragmentada do ser humano, relação de igualdade, compartilhamento de decisões e responsabilidades entre profissionais de saúde e usuários, além da participação destes nos cuidados em saúde (DESLANDES, 2006; ZAMPIERI, 2006). Envolve, ainda, o acolhimento ao usuário e a construção de uma relação de confiança, compromisso e vínculo (BRASIL, 2013b).

Entende-se que estudar a humanização da atenção pré-natal, na ótica de gestantes, representa um passo necessário e importante para o conhecimento das limitações e dificuldades que impossibilitam sua efetividade. Pressupõe-se que esse conhecimento pode contribuir significativamente para a mudança da prática assistencial, trazendo melhorias para a saúde das gestantes e redução da morbimortalidade materna e neonatal.

Diante do exposto, esse artigo apresenta os resultados oriundos de uma dissertação de mestrado, cujo recorte originou a questão de pesquisa: quais os fatores que distanciam a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde?. E o objetivo: conhecer os entraves para a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na Atenção Primária à Saúde.

## **MÉTODOS**

Trata-se de um estudo qualitativo, de campo, do tipo descritivo. Foi realizado com 14 gestantes em acompanhamento pré-natal, vinculadas a quatro serviços de saúde da APS do município de Santa Maria, RS. Desses, três eram Unidades de Saúde da Família e um era Unidade Básica de Saúde.

O quantitativo de participantes foi condicionado ao critério de saturação dos dados, o que para Minayo (2014) acontece quando a seleção conta com um conjunto diversificado, em número suficiente para que as informações reincidam e o objetivo do estudo seja alcançado. Os critérios de seleção do estudo foram: ser gestante e estar em acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde definidos para produção dos dados.

A produção dos dados aconteceu entre os meses de junho a setembro de 2016, por meio da utilização da Técnica de Criatividade e Sensibilidade “Almanaque”, conjugada à entrevista semiestruturada. O Almanaque foi construído

de maneira individual por cada participante, sendo orientado pelo tema central que envolveu a humanização da atenção pré-natal. Disponibilizou-se à cada participante folhas de ofício e aproximadamente 100 gravuras, oriundas de revista e meios impressos, que foram mantidas na produção dos dados das demais participantes, a fim de propiciar a uniformidade dos dados.

A entrevista semiestruturada aconteceu concomitante à construção, apresentação e discussão do Almanaque. Os dados produzidos foram audiogravados, com autorização das participantes e, após, transcritos e submetidos à proposta operativa (MINAYO, 2014).

O estudo seguiu os preceitos éticos e legais da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, tendo seu projeto de pesquisa aprovado por Comitê de Ética em Pesquisa, em 14 de abril de 2016, sob o CAAE 53941616.7.0000.5346 e parecer 1.499.235. As participantes foram identificadas pela letra E (de entrevistada), seguida de um número cardinal, conforme a ordem das entrevistas (E1, E2, E3...) para preservar o seu anonimato.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os entraves que distanciam a humanização da atenção pré-natal envolveram a **imposição**, o **preconceito**, o **julgamento dos profissionais de saúde**, o **cuidado técnico e fragmentado**, **centrado na medicalização e em procedimentos**, o **longo tempo de espera**, a **pouca assiduidade dos profissionais da saúde** e as **consultas de curta duração**.

### Imposição, preconceito e julgamento dos profissionais de saúde

No discurso das gestantes, constata-se a imposição, o preconceito e o julgamento dos profissionais de saúde como entraves para a humanização da atenção pré-natal. Verificou-se que essas atitudes apesar de negativas, são comuns na prática de alguns profissionais de saúde.

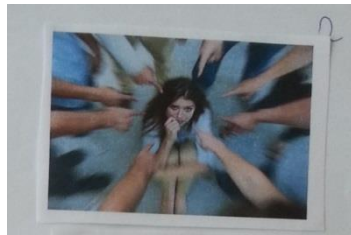
*Isso aqui (Figura 01) não é humanizado, as pessoas criticam muito, elas te impõem coisas [...] eu penso no pré-natal, porque eu vejo muitas pessoas julgando e a mulher se sentindo inferior, incapaz e isso é errado, ou quando dizem “tu não podes fazer isso” [...]. Sendo que você pode fazer o que quiser, você é mãe. (E3)*

*Essa aqui (Figura 01) acontece bastante comigo, “grávida de novo, mais um”. Quem sustenta sou eu e meu marido, ele não reclama, não é ninguém que vai reclamar [...] como é que vai nascer essa criança, se no pré-natal está sendo rejeitada, já tem julgamento [...] as pessoas que têm bastante filho, têm preconceito, eu vejo, eu sinto. (E4)*

*O que eu acho desumano é que, muitas vezes, a gente, não no meu caso, mas tem muitos casos que sofrem preconceito, se mãe jovem, ou por não ter a presença do pai ajudando, eu acho desumano. (E9)*

*Essa (figura 01) é ruim, todo mundo te apontando os erros [...] Tem pessoas que não é planejado, então vem os outros e querem julgar, não sabem o que se passa com a pessoa, não procuram saber o que está acontecendo [...] As pessoas deveriam ajudar, procurar saber antes de falar. (E10)*

Figura 01- IMAGEM QUE COMPÔS O ALMANAQUE DAS PARTICIPANTES E3, E4, E9, E10, E14.



Fonte: Próprio autor (2016).

Os depoimentos revelam um conjunto de atitudes e condutas profissionais que verticalizam o cuidado e estão aquém dos pressupostos da humanização. Estas foram reportadas como práticas erradas e desumanas, que geram sensação de inferioridade e incapacidade nas gestantes.

Elas destacam que, em algumas situações, são apontadas, julgadas e tornam-se alvo de preconceito por possuírem muitos filhos, engravidarem cedo, não planejarem a gravidez ou não terem um relacionamento estável. Referem que seu contexto sociocultural não é avaliado e considerado durante as condutas, embora sintam necessidade disso, assim como de serem compreendidas e auxiliadas pelos profissionais de saúde.

Um estudo realizado com gestantes identificou que a postura profissional caracterizada pelo julgamento de valores, discriminação quanto ao estado civil e as condições socioeconômicas são entendidos como fatores importantes a serem avaliados no pré-natal. Muitas gestantes não são atendidas da maneira como

gostariam, recebendo um atendimento que não permite o vínculo e a confiança. O acompanhamento pré-natal é marcado por um cuidado impessoal e impaciente, que é considerado incongruente com os preceitos da humanização (TSUNECHIRO; BONADIO; OLIVEIRA, 2002).

Pondera-se que, uma relação sem julgamentos e preconceitos, que permita à gestante proferir sua intimidade com segurança a fortalece durante o processo gestacional. Na escuta, o profissional pode conhecer uma realidade distante das suas vivências, o que requer esforço deste para que possa compreender e ser capaz de oferecer auxílio e trocar experiências. A gestação é um momento permeado por vivências e sentimentos e, por isso, necessita de atitudes de compreensão e valorização das necessidades da usuária (BRASIL, 2013a).

É necessário que os profissionais de saúde mantenham uma relação de respeito e dignidade, com condutas humanizadas e isentas de preconceitos. Nessa relação é fundamental que o profissional demonstre empatia e interesse em ajudar à gestante (BRITO et al., 2015). Um estudo realizado com gestantes evidenciou que a relação livre de preconceitos e julgamentos, gera segurança e conforto nestas, permitindo que falem acerca de suas intimidades e dúvidas (SOUZA et al., 2013).

Assim, evidencia-se a importância do investimento na formação profissional e pessoal e nas condições de trabalho dos profissionais de saúde, motivando-os para a humanização do cuidado. É preciso considerar, ainda, que estes podem ser responsáveis por aproximarem ou afastarem os usuários do serviço de saúde (TSUNECHIRO; BONADIO; OLIVEIRA, 2002).

As gestantes do estudo ainda revelaram que, durante o acompanhamento pré-natal, os profissionais tentam impor condutas a serem tomadas, tentando fazer com que predomine o seu discurso e o seu saber. Por meio desta conduta, eles não promovem a autonomia, o protagonismo e a tomada de decisão da mulher.

*Se impor uma coisa para alguém, comigo já não vai dar certo. Eu já me imponho nisso, eu estou bem ciente do que eu devo e não devo fazer. Tu sabes os exames que tem que fazer, só que não tem como te obrigar a fazer, tu comer alguma coisa, tu fazer alguma coisa que tu não queira. (E3)*

*Essa imagem (Figura 01) que eu peguei de apontar dedo, uma pessoa estar gritando com a outra, eu acho que isso acontece, de muita gente chegar e dizer “ah, tu tens que fazer isso”, eu acho chato. [...] Principalmente com o profissional que chega e, às vezes, quer dar só aquela opinião dele e pronto. (E14)*



Os depoimentos revelam que a relação estabelecida precisa ser permeada pela empatia entre o profissional e a gestante, pois à medida que existe a compreensão e a valorização da usuária, se oportuniza uma relação dialógica e horizontal. Já a imposição reflete no distanciamento entre os sujeitos envolvidos no pré-natal.

Nesse ínterim, percebe-se que, muitas vezes, durante o acompanhamento pré-natal, prevalece a impossibilidade de decisão da mulher acerca do cuidado de sua saúde, na medida em que as condutas profissionais são alicerçadas pelo modelo biomédico, desconsidera a autonomia e o protagonismo da mulher enquanto sujeito ativo desse processo (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013). Verifica-se a predominância de práticas tradicionais, nas quais os usuários ocupam lugar passivo nas decisões relativas à sua saúde (GRANJA; ZOBOLI, 2012).

Habitualmente, não são considerados o desejo, o interesse e a compreensão do indivíduo no cuidado. Todavia, sabe-se que o encontro entre o usuário e o profissional balizado em uma escuta compreensiva é capaz de diminuir a distância entre o que é indicado pelos profissionais e o que é seguido pelos usuários (BRASIL, 2010a).

### **Cuidado técnico e fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos**

O cuidado técnico e fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos também foi percebido como um entrave para a humanização da atenção pré-natal. As gestantes enfatizaram a breve ausculta dos batimentos cardíacos, a leitura superficial dos exames, a prescrição de medicação sem o conhecimento acerca do histórico da gestante e a realização de uma consulta sem diálogo e escuta.

*Eu mal entro na sala dele (médico), ele manda deitar, vê se achou o coração ou não, daí fica por isso mesmo, anota ali na minha carteira de gestante e me manda embora, olha meu exame meio por cima [...] ele só ficou pedindo exames e exames [...] Deu no meu primeiro exame que eu estava com infecção urinária, ele olhou para mim e disse que não tinha dado nada, daí eu fui parar no hospital. (E2)*

*Eu acho que o médico é mais técnico, a parte da enfermagem eu acho mais humana [...] ele (médico) faz o que tem que fazer e não conversa muito e tem coisas que, às vezes, tu tens que expor [...] ele passa um remédio e tchau e benção para ti [...] Uma gestação não é igual a outra, tu precisas de um conforto. Igual eu estava com dor de garganta e falei com as enfermeiras. Agora já sei que não posso ficar tomando remédio, porque no primeiro trimestre é mais sensível. (E3)*

*Acho que não seria legal uma consulta “padrão”, que ao chegar, ele atende e nem olhar direito para gente, porque é isso que muita gente fala que não gosta, também não gostaria [...] Muitas vezes dão remédio e nem olham direito para ver se precisa mesmo daquele remédio, atitude grosseira, não é algo que cuida realmente da gente. (E12)*

*Aqui (figura 02) eu vejo a diferença, a relação médico e enfermeiro, no médico é uma coisa muito mais pontual, uma consulta muito mais de “vamos fazer o exame e ver o resultado” [...] da enfermagem é mais específico, o médico até fala, mas é mais aquela coisa, usa esse creme e prescreve creme. (E14)*

Figura 02- IMAGEM QUE INTEGROU O ALMANAQUE DA PARTICIPANTE E3.



Fonte: Próprio autor (2016).

Ao refletirem acerca dos fatores que distanciam a humanização do pré-natal, as gestantes percebem que essa realidade acontece em seu dia a dia, dependendo do momento e do profissional que a atende. Referem, ainda, que o cuidado técnico, fragmentado e medicalizado que se contrapõe à valorização das necessidades da gestante acontece, normalmente, na consulta realizada pelo médico.

Nessa realidade, predominam as questões mais pontuais que envolvem se posicionar para exame na maca, auscultar os batimentos do bebê, anotar na carteira da gestante, prescrever exames e medicações sem considerar o contexto e interpretar superficialmente os exames. Estas condutas aparecem alicerçadas na falta de conforto, diálogo e escuta e na deficiência de orientações. Esses elementos distanciadores não são bem vistos pelas gestantes, pois elas consideram a gestação um momento singular que necessita de atenção e humanização.

Já a consulta com a enfermagem é vista como humanizada, pois é marcada pelo diálogo, escuta qualificada, preocupação, atenção e orientações coerentes com

a realidade da gestante. Estas atitudes refletem no vínculo e empoderamento das gestantes, aproximando-se dos pressupostos da humanização do pré-natal.

Esses resultados, em parte, corroboram com os achados de outro estudo. Neste, constatou-se que, no pré-natal, houve a predominância de procedimentos técnicos e exames laboratoriais, evidenciando a internalização do modelo biomédico. As práticas pautadas nesse modelo não são as mais eficientes, pois se restringem às questões biológicas, secundarizando outras necessidades, como as orientações (POHLMANN et al., 2016).

Pondera-se que esse cenário de distanciamento requer mudanças significativas no que tange ao modelo biomédico predominante, pois ele reflete um cuidado inadequado que fragiliza a humanização idealizada no pré-natal (BARRETO et al., 2014). É preciso resgatar o significado deste acompanhamento, o qual, muitas vezes, transformou-se em uma atividade mecanizada e descontextualizada. Entende-se que ao atender, tocar e examinar a gestante é necessário compreender que essa prática também é um tipo de escuta do corpo, que necessita de atenção e respeito. Ainda, é fundamental a empatia para perceber a realidade desse público, pois um cuidado sensível permite a construção de confiança, contribuindo para o vínculo e a corresponsabilização (BRASIL, 2013a).

Enquanto um novo modelo de saúde não for compreendido pelos profissionais de saúde, o modelo biomédico baseado em procedimentos, exames e abordagem fragmentada não será modificado (POHLMANN et al., 2016). Desse modo, busca-se uma mudança de paradigma, pautado na humanização da assistência, de modo a modificar o olhar mecanicista e reducionista para uma interpretação holística do indivíduo. O grande desafio é romper com o cuidado verticalizado que se reduz a gestação a um processo biológico (BRASIL, 2010).

É necessário um olhar que ultrapasse a consulta e se propague ao contexto sociocultural da usuária (BRASIL, 2010). Se a humanização está relacionada a valorização dos diferentes indivíduos envolvidos no cuidado à saúde (BRASIL, 2013b), então é fundamental conhecer esses sujeitos, sua cultura e suas histórias para desenvolver um cuidado eficiente (BRASIL, 2010).

Uma estratégia que pode vir a modificar esse cenário e qualificar a atenção. Isso está relacionado à inclusão do enfermeiro no cuidado pré-natal de risco habitual, uma vez que sua formação humanística baliza-se em na educação e promoção da saúde. A humanização da assistência pressupõe o reconhecimento do

usuário como sujeito ativo no cuidado, logo, uma relação eficaz requer o vínculo, diálogo e escuta às demandas de saúde e ainda identificação de necessidades para além de um atendimento padrão (CABRAL et al., 2013).

Um estudo realizado com gestantes e puérperas aponta a satisfação das usuárias com o cuidado desenvolvido pelo enfermeiro no pré-natal. A atuação deste profissional é destacada e entendida como uma forma de atingir uma assistência qualificada e pautada nos pressupostos do Ministério da Saúde. O enfermeiro é percebido como alguém que pauta suas condutas no bem-estar biopsicossocial da gestante, promovendo condições para a sua autonomia, autocuidado e corresponsabilização pela saúde (SILVA et al., 2016).

### **Longo tempo de espera, pouca assiduidade dos profissionais da saúde e consultas de curta duração**

As gestantes do estudo reportaram o longo tempo de espera, a pouca assiduidade dos profissionais da saúde e as consultas de curta duração como elementos que se distanciam da humanização da atenção pré-natal. Essas atitudes podem contextualizar a falta de comprometimento e responsabilidade com a gestante.

*Às vezes, a consulta é um horário e eles chegam outro bem diferente, daí chegam e te atendem bem correndo e te mandam embora. Eu acho que teriam que melhorar também isso, ter assim pontualidade, de chegar e atender a gente com calma [...] com o médico acho que é uns cinco minutos e deu, ele só te pede um exame e quando ficar pronto trazer [...] às vezes, a gente quer desabafar, daí o médico não tem tempo para ti. (E2)*

*Eu acho que tem que ter uma conversa acima de tudo e um atendimento mais tranquilo, e não sei lá, 20 atendimentos em uma hora, tu entras ali sabendo que daqui dois minutos tu vais sair [...] tu tens que ter um espaço maior de tempo para poder conversar. (E3)*

*As pessoas não têm culpa por estar acabando teu horário de trabalho e tu querer ir para casa, todo mundo tem problema [...] porque também, tem médicos que vão ali só para atender número, tipo “eu atendi x e fui embora” [...] ela olhou no relógio, eu acho que estava na hora dela ir embora. (E6)*

*A gente já teve problema, mas foi outra gestão, de tu estar esperando e te mandam embora [...] tu chegar em uma consulta, esperando o médico e ele simplesmente dá uma desculpa de ir*

*embora. Pode ser um problema familiar, urgente, pessoal, mas parte de ti, profissional, chegar e dizer: vou remarcar. (E7)*

*Às vezes, já sou atendida atrasada, então parece que está com um pouco mais de pressa [...] até a própria informação rápida, para mim é bem desumano, é um pouco de descaso com o paciente. (E14)*

Figura 03- IMAGEM QUE FEZ PARTE DO ALMANAQUE DAS PARTICIPANTES E6, E7, E14.



Fonte: Próprio autor (2016).

As gestantes destacaram o longo tempo de espera para o atendimento e mencionaram que, ao entrar no consultório, elas permaneciam poucos minutos, devido à pressa do profissional em terminar a consulta. O tempo é uma condição básica para um bom atendimento, pois, na maior parte das vezes, um maior tempo de consulta está associado a uma melhor qualidade do atendimento. Quando o profissional de saúde despense um tempo maior para realizar a consulta, este possivelmente desenvolveu melhor a anamnese e o histórico, como também esclareceu a usuária sobre as queixas apresentadas e os procedimentos desenvolvidos (BASTOS; FASOLO, 2013).

Durante o pré-natal o profissional precisa se apropriar do contexto e do histórico da paciente. Logo, ele não pode restringir o tempo de duração da consulta, pois, caso contrário, sua conduta pode ser interpretada pela gestante como um descaso.

Algumas participantes ainda mencionaram sua insatisfação com os profissionais, quando estes as deixavam esperando e/ou cancelavam a consulta pré-natal. Estas condutas foram contextualizadas como um entrave para a humanização do pré-natal.

Conforme estudo (SZWARCOWALD et al., 2016), o tempo de espera permanece sendo o principal motivo de insatisfação dos usuários nos atendimentos realizados nos serviços vinculados ao SUS. Nesse sentido, a redução do tempo de

espera pela consulta médica permanece como uma meta importante para promover a humanização da atenção pré-natal.

Além disso, verificou-se que esse resultado se assemelha a outro estudo realizado com gestantes, o qual evidenciou que o longo tempo de espera para o atendimento constituiu uma das principais dificuldades do cuidado pré-natal (MELO; OLIVEIRA; MATHIAS, 2015). Ademais, o descumprimento dos horários e a falta de profissionais de saúde são elementos que geram descontentamento entre as gestantes, visto que interferem no acompanhamento e ferem o seu direito à saúde. Essa realidade também pode ser um fator de ameaça à continuidade do pré-natal (SILVA; ANDRADE; BOSI, 2014).

O Ministério da Saúde afirma que um serviço de saúde de qualidade deve propiciar estratégias que evitem longas esperas no atendimento e priorizem as gestantes. Portanto, além de representar um descaso, a longa espera pode ser um fator negativo para a adesão ou continuidade da gestante nas ações que englobam o cuidado pré-natal (BRASIL, 2006). Uma boa estratégia para solucionar esse problema pode ser o agendamento prévio das consultas de pré-natal. Tal prática organizativa humaniza o cuidado e reduz o tempo de espera da gestante, possibilitando conforto e segurança para gestante (NETO, et al., 2008).

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A humanização emerge no intuito de desenvolver condutas acolhedoras e não intervencionistas, escuta qualificada, respeito, diálogo e valorização da gestante. Os resultados desse estudo mostram algumas fragilidades para concretização da humanização na atenção pré-natal, especialmente na relação estabelecida entre a gestante e o médico. Foram apontadas algumas condutas alicerçadas no modelo biomédico, mecanicista, fragmentado e impessoal durante consultas de curta duração, que, na maioria das vezes, mostraram-se inconsistentes. Ademais, o estudo evidenciou que estes entraves prejudicam o acolhimento, o diálogo e o vínculo da gestante com o profissional da saúde. Destaca-se a figura do enfermeiro como um facilitador para a humanização da atenção pré-natal, haja vista sua formação humanística, voltada para o diálogo, vínculo e responsabilização pelo cuidado em saúde.

Este estudo não teve a pretensão de avaliar o atendimento realizado no pré-natal. Contudo, o conhecimento dos elementos que distanciam a humanização do pré-natal, sob a ótica das gestantes, confere visibilidade às lacunas existentes no cuidado prestado. Pondera-se que a identificação e o reconhecimento destas fragilidades possa permitir que os profissionais da saúde fomentem discussões em seus espaços de trabalho, no sentido de reconstruir e qualificar suas práticas assistenciais, alicerçando-as nos pressupostos da humanização.

Além disso, essas lacunas mostram a necessidade de romper com o modelo biomédico predominante na prática profissional, desenvolvendo um cuidado integral, pautado no diálogo efetivo, que permite despende o tempo necessário para a gestante manifestar suas queixas e dúvidas. Um espaço no qual possa ser valorizado o seu contexto e as suas necessidades, a partir de atitudes isentas de preconceitos e julgamentos.

As limitações deste estudo guardam relação com o número limitado de serviços estudados, o qual se restringiu à realidade de gestantes de quatro serviços de saúde da APS de Santa Maria, RS. Sugere-se novos estudos que contemplem um maior número de cenários, abrangendo todas as regiões de saúde. Todavia, como contribuições destaca-se a construção do conhecimento acerca da humanização da atenção pré-natal, podendo subsidiar no desenvolvimento de estratégias de qualificação do cuidado fornecido às gestantes e suas famílias.

## REFERÊNCIAS

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos . Caderno nº 5. Brasília, DF. 2006.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: atenção básica**. Volume 2, Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de atenção básica. Brasília, DF. 2013a.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. 1ª edição 1ª reimpressão. Brasília – DF 2013b.
- BARRETO, C.N. et al. Prenatal care in the voice of pregnant women. **Journal Nursing UFPE on line**. v.7, n.6, p.4354-4363. 2013.

- BARRETO, C.M. et al. Assistance practices of rapprochement and distancing of humanization in prenatal: an integrative review. **Journal of Nursing UFPE on line**. v.8, n.2, p. 416-423. 2014. Disponível em: <<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/viewArticle/5544>>. Acesso em: 14 jan. 2017.
- BARRETO, CN. et al. The Unified Health System that works”: actions of humanization of prenatal care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.36, n.sup, p.168-176. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/en\\_0102-6933-rngen-36-spe-0168.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rngen/v36nspe/en_0102-6933-rngen-36-spe-0168.pdf)>. Acesso em: 20 dez. 2016.
- BASTOS, G.A.N.; FASOLO, L.R. Factors that influence outpatient service user satisfaction in a low-income population: a population-based study. **Revista Brasileira de Epidemiologia**. v.16, n.1, p.114-124. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/en\\_1415-790X-rbepid-16-01-0114.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v16n1/en_1415-790X-rbepid-16-01-0114.pdf)>. Acesso em 02 de fev. 2016.
- BRITO, J.S. et al. Difficulties faced in the context of adolescent pregnant women registered at the family health strategy. **Journal Nursing UFPE on line**. v.9, n.11, p.9833-9838. 2015. Disponível em: <[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8894/pdf\\_8874](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/8894/pdf_8874)>. Acesso em: 10 jan. 2016.
- CABRAL, F.B. et al. Prenatal care from puerperal women’s point of view: from medicalization to the fragmentation of care. **Revista Escola Enfermagem da USP**. v.47, n.2, p.281-287. 2013. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en\\_02.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/en_02.pdf)>. Acesso em 12 jan. 2017.
- DATASUS. Ministério da Saúde. **Datasus: informações de saúde**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSRS.def>>. 2015. Acesso em: 09 jan. 2017.
- DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006.
- GRANJA, G.F.; ZOBOLI, E.L.C.P. Humanização da Atenção Primária à Saúde: gestão em redes e governança local. **Mundo da Saúde**. v.36, n.3, p. 494-501. 2012. Disponível em: <[http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo\\_saude/humanizacao\\_atencao\\_primaria\\_saude\\_gestao.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/artigos/mundo_saude/humanizacao_atencao_primaria_saude_gestao.pdf)>. Acesso em: 13 jan. 2016.
- MARTINELLI, K.G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento e Rede Cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v.36, n.2, p.56-64. 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v36n2/0100-7203-rbgo-36-02-00056.pdf>> Acesso em: 15 de dez. 2016.
- MELO, E.C.; OLIVEIRA, R.R.; MATHIAS, T.A.F. Factors associated with the quality of prenatal care: an approach to premature birth. **Revista Escola de Enfermagem da USP**. v.49, n.4, p.540-548. 2015. Disponível em: <



<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v49n4/0080-6234-reeusp-49-04-0540.pdf>>. Acesso em: 08 jan. 2016.

NETO, F.R.G.X.N. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista brasileira de enfermagem**. v.61, n.5, p.595-602. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n5/a11v61n5.pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2017.

POHLMANN, F.C. et al. Prenatal care model in the far south of brazil. **Texto & Contexto Enfermagem**, v.25, n.1, p.1-9. 2016. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en\\_0104-0707-tce-25-01-3680013.pdf](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n1/en_0104-0707-tce-25-01-3680013.pdf)>. Acesso em: 15 jan. 2017.

SILVA, M.Z.N.; ANDRADE, A.B.; BOSI, M.L.M. Acesso e acolhimento no cuidado pré-natal à luz de experiências de gestantes na Atenção Básica. **Saúde debate**. v.38, n.103, p.805-816. 2014. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v38n103/0103-1104-sdeb-38-103-0805.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, C.S. et al. Nurse's performance in prenatal consultation: limits and capabilities. **Journal Research: fundamental care online**. v.8, n.2, p. 4087-4098. 2016. Disponível em:< [http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf\\_1839](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2009/pdf_1839)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SOUZA, E.S. et al. A look of women-mothers about prenatal care. **Journal Nursing UFPE on line**. v.7, n.8, p.5135-5142. 2013. Disponível em:< [http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4562/pdf\\_3171](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4562/pdf_3171)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SZWARCWALD, C.L. et al. Percepção da população brasileira sobre a assistência prestada pelo médico. Brasil, 2013. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.21, n.2, p.339-349. 2016. Disponível:< <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v21n2/1413-8123-csc-21-02-0339.pdf>>. Acesso em: 02 fev. 2016.

TIMM, M.S. et al. Humanization of prenatal care from the point of view of pregnant women: a descriptive study. **Online Brazilian Journal Nursing**. v.15,n.suppl, p.530-533. 2016. Disponível em:< [http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5651/pdf\\_1](http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/5651/pdf_1)>. Acesso em: 10 jan. 2017.

TSUNECHIRO, M.A.; BONADIO, I.C.; OLIVEIRA, V.M. Acolhimento: fator diferencial no cuidado pré-natal. **Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem**. v.2, n.8. 2002. Disponível em:< <http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a092.pdf>>. Acesso em: 13 jan. 2017.

ZAMPIERI, M.F. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

## 5 DISCUSSÃO INTEGRADORA

Esse estudo permitiu conhecer o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes. E a partir dele, desvelaram-se elementos vinculados à humanização e os entraves para a humanização da atenção pré-natal, na perspectiva de gestantes atendidas na APS.

A humanização engloba envolve a valorização do ser humano, sua subjetividade, dignidade, a construção do conhecimento, a participação familiar, a longitudinalidade, a integralidade, a horizontalidade nas relações, a autonomia e o protagonismo da mulher. Ainda, engloba o diálogo e a escuta qualificada, a corresponsabilização entre as gestantes, os profissionais e os serviços de saúde (ZAMPIERI, 2006).

Esses aspectos, somados aos pressupostos do PHPN, da PNH, do Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, da Rede Cegonha e do Caderno de atenção ao pré-natal de baixo risco, se assemelham aos resultados desse estudo. Sendo que nessa pesquisa a humanização da atenção pré-natal foi vinculada a ser bem acolhidas, ao diálogo e a escuta qualificada, ao cuidado integral, ao esclarecimento de dúvidas e orientações, a corresponsabilização dos envolvidos no pré-natal e a inclusão da família no pré-natal. Tais, elementos foram vistos pelas gestantes como importantes e condicionantes para um pré-natal de qualidade.

O acolhimento enquanto elemento da humanização envolveu o bom atendimento, sendo um dispositivo importante para as gestantes se sentirem à vontade, estabelecerem vínculo e assim darem continuidade ao pré-natal. Por meio dele é possível uma relação de igualdade e comprometimento.

Um estudo que buscou o significado da humanização para gestores da APS, também atrelou o significado ao acolhimento, caracterizando-o como o modo de atender bem o usuário (JÚNIOR; SOUZA, 2013). As gestantes idealizam que durante o pré-natal existam ações envoltas pelo acolhimento, haja vista ser um potencializador das relações interpessoais. Pondera-se que ao adotar esse elemento em sua prática, o profissional passa a perceber a gestante individualmente em seu contexto (GONÇALVES et al., 2013). O acolhimento ainda é considerado um dispositivo que inclui o usuário e permite que a integralidade seja efetivada.

Possibilitando o diálogo, a escuta, o vínculo e refletindo em resultados positivos para continuidade do cuidado aos (PENNA; FARIA; REZENDE, 2014).

O diálogo e a escuta qualificada foram vistos como uma oportunidade da gestante ouvir e ser ouvida, de acordo com suas necessidades. Sendo um elemento positivo que auxiliou na confiança e inclusão da gestante no cuidado.

Esse dispositivo tem representado um diferencial na APS, sendo visto como um mediador durante a relação estabelecida entre os sujeitos. (GUERRERO et al., 2013). Nesse contexto, o profissional deve investir na valorização da gestante e no seu modo de vida, ouvindo suas queixas e considerando suas preocupações durante o diálogo (BRASIL, 2013b). Com essa atitude, pode permitir a construção de um plano de cuidado individual, que favoreça a autonomia e a integralidade da gestante (GONÇALVES et al., 2013).

Ao relacionar o cuidado integral com a humanização, as gestantes evidenciam a importância de serem vistas de maneira completa. De acordo com suas singularidades e multifaces, compreendendo o cuidado de si e também do bebê. Cuidar de forma integral é reconhecer que por trás de uma gestação existem pessoas, além da mulher, o bebê e a família destes, com necessidades singulares (ZAMPIERI, 2010).

Frente esse contexto, mostra-se necessário que o profissional de saúde propicie um cuidado integral, que considere as vivências, os sentimentos, a família e o cotidiano da gestante. Firmando uma relação de proximidade e sensibilidade para identificar as possíveis necessidades (BRASIL, 2013b). Ainda, esse cuidado, pode ser visto como um elemento que contrapõe o olhar fragmentado e reducionista dos indivíduos (JÚNIOR; SOUZA, 2013).

Além das representações já citadas, o esclarecimento de dúvidas e as orientações também se relacionam a humanização no pré-natal. Pois, à medida que as gestantes são esclarecidas e orientadas saem satisfeitas da consulta. Para que isso seja efetivo é necessária a constante qualificação e atualização dos profissionais de saúde. Bonilha et al. (2012) afirmam que a preparação e a constante atualização dos profissionais que atendem as gestantes são fatores essenciais para qualificação do cuidado prestado.

Ao partilhar dúvidas e vivências, as gestantes buscam a obtenção de auxílio. Desse modo, o pré-natal torna-se um momento oportuno para orientar e esclarecer, sendo uma vivência singular até para àquelas que já tiveram filhos. Assim,

orientações claras e seguras são importantes para o bem-estar da gestante (BRASIL, 2013b), representando para elas um atendimento eficaz, que reflete em sensação de bem estar (PILZ; SOMAVILLA, 2016).

Outro elemento reportado à humanização do pré-natal envolveu a corresponsabilização dos envolvidos no pré-natal, sendo representado pela união das gestantes/família, profissionais e gestores em busca do bem comum.

A atenção pré-natal humanizada deve ser concretizada por meio da contínua união dos envolvidos no cuidado, utilizando-se de todos os meios disponíveis para melhoria da saúde das gestantes, mediante um cuidado eficaz, integral e igualitário. (GUERRERO et al., 2012). Ademais, o MS compreende que a humanização envolve a ampliação da corresponsabilização entre os profissionais de saúde, gestores e os usuários/família no cuidado em saúde (BRASIL, 2013a).

Por fim, a inclusão da família no pré-natal também se destacou como um elemento que faz parte da humanização nesse contexto. Uma vez que se constitui como um alicerce para que se sintam mais seguras e felizes no pré-natal.

Para as gestantes de outro estudo, a participação da família no pré-natal é fundamental e contextualiza o cuidado humanizado, uma vez que a gestação caracteriza-se como um evento social. Assim, ao participar desse processo, a família propicia segurança e tranquilidade para a gestante, além de contribuir para o fortalecimento dos laços familiares (ZAMPIERI, 2006).

Por outro lado, os entraves para a humanização da atenção pré-natal foram evidenciados por meio da imposição, do preconceito, do julgamento dos profissionais de saúde; do cuidado técnico e fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos e do longo tempo de espera, da pouca assiduidade dos profissionais da saúde e das consultas de curta duração.

A imposição, o preconceito e o julgamento dos profissionais de saúde revelam um conjunto de atitudes e condutas profissionais que verticalizam o cuidado e fogem dos pressupostos da humanização. Sendo reportadas como práticas erradas e desumanas, que geram sensação de inferioridade e incapacidade nas gestantes.

Logo, humanizar envolve o reconhecimento de uma relação horizontal, de ensino e aprendizagem mútua, que busque superar o autoritarismo e a imposição de verdades. Onde se construam espaços de compartilhamento de conhecimentos e experiências, a fim de autonomia e crescimento conjunto. Infere-se que um atendimento livre de julgamentos e preconceitos permite à gestante discorrer de sua

intimidade com segurança, permitindo que se sinta confiante e construa seu conhecimento durante o período gestacional (DESLANDES, 2006).

O cuidado técnico, fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos, também foi percebido como um fator que distancia a humanização da atenção pré-natal, evidenciado, normalmente, na consulta realizada pelo médico. Contudo, a consulta com a enfermagem foi vista como humanizada, pois, baliza-se no diálogo, escuta qualificada, preocupação, atenção e orientações coerentes com a realidade da gestante.

Faz-se importante uma reflexão acerca das ações realizadas rotineiramente pelos profissionais de saúde e que são, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas. Romper com o paradigma puramente biomédico exige que o profissional transcenda a fragmentação do cuidado e resgate o significado e a importância que as ações humanizadas representam no cuidado (BRASIL, 2013b). Um estudo realizado com gestantes evidenciou que o pré-natal ainda é considerado uma prática intervencionista, que prioriza a medicalização em lugar do estímulo, conversa e carinho à gestante que vivencia essa prática (SILVA et al., 2013c).

Nesse contexto, o enfermeiro passa a se destacar como um profissional com atitude holística, capaz de desenvolver vínculo e perceber a gestante como um ser que possui desejos, medos e dúvidas; não centrando seu cuidado em procedimentos técnicos, mas valorizando o diálogo como um elemento fundamental na relação (ARAÚJO et al., 2010). Um estudo realizado com profissionais de saúde evidenciou que o vínculo estabelecido entre a gestante e o enfermeiro esteve relacionado a um cuidado mais humanizado por parte desse profissional, o que refletiu em sentimentos de segurança para a gestante. Neste, o enfermeiro passou a ser visto como referência dentro do serviço de saúde (BARRETO et al., 2015).

O longo tempo de espera, a pouca assiduidade dos profissionais da saúde e as consultas de curta duração também foram identificados como entraves para a humanização da atenção pré-natal. O que contextualiza falta de comprometimento e responsabilidade com a gestante. A espera no atendimento e a assiduidade dos profissionais representa um incômodo para as gestantes que aguardam a consulta. O MS afirma que o cumprimento de horário dos profissionais está inserido nos pressupostos do acolhimento (BRASIL, 2010b), o que inclui o planejamento da organização do serviço com vistas à redução do tempo de espera (PILZ; SOMAVILLA, 2015).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esse estudo buscou conhecer os elementos facilitadores e os entraves para a humanização da atenção pré-natal na perspectiva de gestantes atendidas na atenção primária à saúde. Para a produção dos dados, utilizou-se a Técnica de Criatividade e Sensibilidade Almanaque associada a entrevista semiestrutura. Essa técnica foi uma opção adequada e condizente com o delineamento do estudo, pois possibilitou que as gestantes discorressem acerca do tema, revelando suas subjetividades, memórias e refletissem acerca de suas vivências. Além de ter sido um facilitador na relação com a pesquisadora, uma vez que propiciou a descontração no momento da coleta dos dados e a interação entre elas. A experiência com a produção dos dados possibilitou respostas e também reflexões. De um lado evidenciou os elementos facilitadores da humanização no pré-natal, e de outro, os seus entraves.

Acrescenta-se que, a aproximação com as gestantes do estudo, foi facilitada pela experiência prévia da pesquisadora com esse público, considerando que, durante a graduação e o mestrado, houve a participação intensa desta, na realização de consultas pré-natal e grupos de gestantes, na atenção primária à saúde. Além disso, o conhecimento construído e socializado no grupo de pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, linha de pesquisa Saberes e práticas em saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida reforçou as possibilidades para o desenvolvimento da pesquisa. Destaca-se que durante a construção desse estudo a pesquisadora publicou uma nota prévia intitulada "humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes: um estudo descritivo", na revista Online Brazilian Journal of Nursing (OBJN), no segundo semestre de 2016.

Acredita-se que ao realizar esse estudo a pesquisadora teve a oportunidade de reafirmar sua afinidade pela área da saúde que envolve o processo gestacional, permitindo ampliar seu olhar sobre as gestantes, e ter a sensibilidade de compreender a importância da humanização nessa relação.

Assim, visualizou-se que o conhecimento acerca dos elementos vinculados a humanização da atenção pré-natal e seus entraves, sob a ótica de gestantes, pode ser considerado um caminho para os profissionais de saúde desenvolverem e qualificarem seu cuidado. Destaca-se com isso que esse conhecimento pode

permitir que o profissional compreenda as reais significações e necessidades das gestantes se sensibilizando, no que tange a humanização.

Nesse íterim, acredita-se que a relação estabelecida entre o profissional e a gestante deve ser balizada no acolhimento, no diálogo e na escuta qualificada, no cuidado integral, no esclarecimento de dúvidas e orientações, na corresponsabilização dos envolvidos no pré-natal e na inclusão da família no pré-natal, considerados imprescindíveis para a qualidade do atendimento. É necessário que as gestantes sejam envolvidas por condutas humanizadas, visto que isso possibilita a continuidade do pré-natal, e, por conseguinte, a qualidade da saúde e a diminuição de índices de morbimortalidade materna e neonatal.

Ao contrário, entende-se que os profissionais devem evitar condutas que condizem com entraves para a humanização no pré-natal, como a imposição, o preconceito, o julgamento quanto a vivência e a realidade das gestantes cuidadas, por meio de suas falas e atitudes, o cuidado técnico e fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos, o longo tempo de espera, a assiduidade precária e as consultas de curta duração. Esses elementos, desvelados pelas gestantes deste estudo, representam entraves que ainda se perpetuam na prática profissional, sendo vistos como atitudes erradas e desumanas que descontextualizam um bom atendimento, mostrando uma fragilidade que deve ser superada.

O estudo ainda evidenciou que as significações acerca do objeto de pesquisa convergem com os pressupostos dos programas, políticas e condutas preconizadas pelo Ministério da Saúde. Mostrando que as gestantes do estudo compreenderam a humanização em sua essência, mesmo que, muitas vezes, tenham utilizado de outras nomenclaturas para se referir aos termos.

Os resultados desse estudo mostram algumas fragilidades para concretização da humanização na atenção pré-natal, especialmente na relação estabelecida entre a gestante e o médico. Onde ainda evidencia-se um cuidado técnico e fragmentado, centrado na medicalização e em procedimentos. Percebidos como condutas que prejudicam o acolhimento, o diálogo e o vínculo da gestante com o profissional. Nesse contexto, o enfermeiro foi visto como um potencializador da humanização no pré-natal, pois seu cuidado é permeado pelo diálogo, escuta qualificada, preocupação, atenção e orientações congruentes com a realidade da gestante, o que permite o vínculo e o empoderamento da gestante.

Frente à lacuna apresentada, mostra-se a necessidade de romper com o modelo biomédico predominante na prática profissional, desenvolvendo um cuidado integral, pautado no diálogo efetivo, que permite despende o tempo necessário para a gestante manifestar suas queixas e dúvidas. A atenção quanto as necessidades trazidas pelas gestantes, aproxima o cuidado, no que tange aos pressupostos da humanização. Indica-se ainda que, estratégias de capacitação, reflexão e atualização profissional na área em da saúde materna são sugeridas para romper tais fragilidades.

Destaca-se que o conhecimento dos elementos que aproximam a humanização do pré-natal, bem como seus entraves, sob a ótica das gestantes, confere visibilidade às lacunas existentes durante o cuidado prestado. Espera que a identificação e o reconhecimento dessas significações possa possibilitar que os profissionais da saúde fomentem discussões em seus espaços de trabalho, no sentido de reconstruir e qualificar suas práticas assistenciais, alicerçando-as nos pressupostos da humanização.

As limitações deste estudo guardam relação com o número limitado de serviços estudados, o qual se restringiu à realidade de gestantes de quatro serviços de saúde da APS de Santa Maria, RS. Sugere-se novos estudos que contemplem um maior número de cenários, abrangendo todas as regiões de saúde. Sugerem-se estudos que contemplem um maior número de serviços de saúde, abrangendo todas as regiões de saúde, e avaliem a efetividade da humanização na atenção primária à saúde, fazendo um contraponto entre as unidades saúde da família e as unidades básicas de saúde, a fim de apontar se existem diferenças relativas ao cuidado prestado.



## REFERÊNCIAS

- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Organizadora). **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1. ed. 3 reimpressão 2014. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Cap.2, p.49-83.
- ANDREUCCI, C.B.; CECATTI., J.G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 27, n. 6, p. 1053-1064, 2011.
- ARAÚJO, S.M. et al. Importância do pré-natal e a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Ciências**. v.3, n.2. p.32-67. 2010.
- ARAÚJO, N.M. et al. Body and sexuality during pregnancy. **Revista Escola Enfermagem USP**. v. 46, n. 3, 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en\\_04.pdf](http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n3/en_04.pdf)>. Acesso em: 22 dez. 2016.
- ARTMANN, E.; RIVERA, F. J. U. Humanização no atendimento em saúde e gestão comunicativa. In: DESLANDES, S. (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p.207.
- BARRETO, C.N. et al. Práticas assistenciais de aproximação e distanciamento da humanização no pré-natal: revisão integrativa. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. Recife, v. 8, n. 2, p. 416-23. 2014. Disponível em:<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5544/pdf\\_4600](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5544/pdf_4600)>. Acesso em: 20 nov. 2015.
- BARRETO, CN. et al. The Unified Health System that works”: actions of humanization of prenatal care. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v.36, n.sup, p.168-176. 2015. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en\\_0102-6933-rgenf-36-spe-0168.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v36nspe/en_0102-6933-rgenf-36-spe-0168.pdf)>. Acesso em: 02 fev. 2017.
- BONILHA, A.L.L. et al. Avaliação da atenção pré-natal após capacitação participativa de pré-natalistas: pesquisa tipo antes e depois. **Online brazilian journal nursing**. v.11, n.3, p. 583-594. 2012. Disponível:<<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3764/pdf.>>. Acesso em: 10 fev. 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília, DF, 1985. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia\\_integral\\_saude\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/assistencia_integral_saude_mulher.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2015.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento**. Brasília, DF; 2000. Disponível em:<[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)>. Acesso em: 22 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Documento para discussão. Brasília, DF, 2003. Disponível em:<<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaSus.pdf>>. Acesso em 05 out 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e Diretrizes**. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 22 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério atenção qualificada e humanizada**. Manual técnico. 2006. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 24 nov. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**. Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. 4.<sup>a</sup> edição 4.<sup>o</sup> reimpressão Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília, DF, 2010a. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_documento\\_gestores\\_trabalhadores\\_sus.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf)>. Acesso em 22 de agosto de 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. Brasília, DF, 2010b. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento\\_praticas\\_producao\\_saude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf)>. Acesso em 15 jan 2017.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. 2<sup>a</sup> edição, 3<sup>a</sup> reimpressão, Série B. Textos Básicos em Saúde. Brasília, DF, 2011a. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda\\_nacional\\_prioridades\\_2ed\\_3imp.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf)>. Acesso em: 21 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria MS/GM nº 1.459**, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011b. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em: 15 out. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília, DF, 2011c. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 14 dez. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Disponível em:<[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466\\_12\\_12\\_2012.html](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/cns/2013/res0466_12_12_2012.html)>. Acesso em: 20 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. HumanizaSUS. Folheto. 1. ed. 1 reimpressão. Brasília, DF, 2013a. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Cadernos de atenção básica. Brasília, DF. 2013b. Disponível em :< [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_32.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf)>. Acesso em: 10 ago. 2015.

CAMINHA, N.O. et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. **Revista Gaúcha de Enfermagem**. v. 33, n. 3, p. 81-88, 2012. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v33n3/11.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CARNEIRO, R.G. Dilemas antropológicos de uma agenda de saúde pública: Programa Rede Cegonha, pessoalidade e pluralidade. **Interface Comunicação, Saúde, Educação**. Botucatu, v. 17, n. 44, 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/icse/v17n44/a05v17n44.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CESAR, J.A. et al. Assistência pré-natal nos serviços públicos e privados de saúde: estudo transversal de base populacional em Rio Grande, Rio Grande do Sul, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v. 28, n. 11, p. 2106-2114, 2012. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n11/10.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

CORREA, A.C.P. et al. Análise da atenção pré-natal no município de cuiabá-mato grosso segundo dados do sis prenatal. **Revista pesquisa cuidado é fundamental**. v.5, n.2, p.3740-48. 2013.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Datasus: informações de saúde**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRS.def>>.2012. Acesso em: 15 nov. 2015.

DATASUS. Ministério da Saúde. **Datasus: informações de saúde**. Disponível em: < <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siab/cnv/SIABSRS.def> >. 2015. Acesso em: 09 jan. 2017.

DESLANDES, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fio Cruz, 2006.

DOMINGUES, R.M.S.M. et al. Avaliação da adequação da assistência pré-natal na rede SUS do Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.28, n.3. 2012. Disponível em:<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2012000300003](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2012000300003)>. Acesso em: 10 de nov. 2016.

FILGUEIRAS, S.L. Eu não sou só o HIV que eu tenho: humanização, acolhimento e escuta no atendimento a mulheres que vivem com Aids. In: DESLANDES, S. F. (Organizadora). **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1. ed. 3 reimpressão 2014. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Cap.16, p.389-412..

FONTES, C.A.S.; ALVIM, N.A.T. Importância do diálogo da enfermeira com clientes oncológicos diante do impacto do diagnóstico da doença. **Ciência, Cuidado e Saúde**. v. 7, n.3, p.346-354. 2008. Disponível em:<<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6507/386>>. Acesso em: 17 dez. 2015.

GARUZI, M. et al. Acolhimento na Estratégia Saúde da Família: revisão integrativa. **Revista Panam Salud Publica**. v. 35, n.2. 2014. Disponível em:<<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v35n2/a09v35n2.pdf>>. Acesso em: 20 ago. 2016.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GONÇALVES. I.T.J.P. et al. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Revista Rene**. v.14, n.3. p.620-629. 2013. Disponível em:<<http://www.redalyc.org/pdf/3240/324027991018.pdf>>. Acesso em: 02 jan. 2017.

GOULART, B. M. G. de; CHIARI, B. M. Humanização das práticas do profissional de saúde - contribuições para reflexão. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.1, p.255-68, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n1/a31v15n1.pdf>>. Acesso em: 11 nov. 2015.

GUERRERO, E.M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.16, n.3, p.315-323. 2012. Disponível em:<<http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

JÚNIOR, J.C.O.; SOUZA, M.K.B. The humanization in the basic health care services: conceptions of health professionals. **J Nurs UFPE on line**. v.7, n.6, p.4370-4377. 2013. Disponível em:<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3378/pdf\\_2731](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/3378/pdf_2731)>. Acesso em: 24 jan. 2017.

MAGALHAES, M.G.M.; ALVIM, N.A.T. Complementary and integrative therapies in nursing care: an ethical focus. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v.17, n. 4, p. 646-653. 2013. Disponível em:<[http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en\\_1414-8145-ean-17-04-0646.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ean/v17n4/en_1414-8145-ean-17-04-0646.pdf)>. Acesso em: 15 nov. 2015.

MARIN, M.J.S.; STORNILO, L.V.; MORAVCIK, M.Y. Humanization of Care from the Perspective of the Family Health Strategy Teams in a City in the Interior of São Paulo, Brazil. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 18, n. 4, 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/15.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2015.

MARTINS, L.A. et al. Opinião de profissionais da saúde sobre a humanização no parto e nascimento e sua operacionalização. **Revista de Enfermagem UFPE on line**. v. 5, n. 9, p. 2189-96. 2011.

MARTINS, Q.P.M. Conhecimentos de gestantes no pré-natal: evidências para o cuidado de enfermagem. **Sobral**. v.14, n.02, p.65-71. 2015. Disponível em:< <https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/827/498>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

MEIRELLES, J.F.F. et al. Imagem corporal de gestantes: associação com variáveis sociodemográficas, antropométricas e obstétricas. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetricia**. v.37, n.7, p.319-324. 2015. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v37n7/0100-7203-rbgo-37-07-00319.pdf>>. Acesso em: 12 dez. 2016.

MELNYK, B.M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.

MENDES, K.D.S.; SILVEIRA, R.C.C.P.; GALVÃO, C.M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**. v.17, n.4, p.758-64. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/18.pdf>>. Acesso em: 12 jun. 2015.

MENDOZA-SASSI, R.A. et al. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da Região Sul do Brasil. **Caderno de Saúde Pública**. v.27, n. 4, p. 787-796. 2011. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/18.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2010

MINAYO, M.C. **O desafio do conhecimento pesquisa qualitativa em saúde**. 14. ed. São Paulo: Hucitec, 2014.

OLIVEIRA, R.L.A. et al. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.21, n.2. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v21n2/0104-1169-rlae-21-02-0546.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Relatório sobre os Objectivos de Desenvolvimento do Milênio 2014**. Nova Iorque; 2014. Disponível em:< <http://www.onu.org.br/img/2014/07/relatorioodm2014.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.8, n.1, p.113-124. 2008. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/13.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

PENNA, C.M.M.; FARIA, R.S.R.; REZENDE, G.P. welcoming services: triage or strategy for universal health access?. **Revista Mineira de Enfermagem**. v.18, n.4, p.

823-829. 2014. Disponível em:<<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/965>>. Acesso em: 22 jan. 2017.

PILZ, A.F.; SOMAVILLA, V.E.C. Concepção do pré-natal realizado pela enfermeira na óptica das usuárias. **Vitalle Revista de Ciências da Saúde FURG**. v.27, n.1, 2015. Disponível em:< <https://www.seer.furg.br/vittalle/article/viewFile/6081/3754>>. Acesso em: 20 jan. 2016.

POLIT, D.F.; BECK, C.T. Using research in evidence-based nursing practice. In: Polit DF, Beck CT, editors. **Essentials of nursing research. Methods, appraisal and utilization**. Philadelphia (USA): Lippincott Williams & Wilkins; 2006. p. 457-94.

REHUNA. Rede Nacional pela Humanização do Parto e do Nascimento. Carta de Campinas. In: RATTNER, D.; TRENCH, B. **Humanizando Nascimentos e Partos**. São Paulo: Editora Senac; 2005.

SANTOS, M.P. **A prática da enfermeira no Programa Saúde da Família: um olhar sobre a dimensão subjetiva e relacional**. Dissertação de mestrado, Salvador: Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia; 2005.

SCHIMITH, M.D.; LIMA, M.A.D.S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. **Cadernos de Saúde Pública**. v.20, n.6, p.1487-1494. 2004. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/05.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2016.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. Recife, v. 4, n. 3, p. 269-279. 2004. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v4n3/a07v04n3.pdf>>. Acesso em: 11 jun. 2015.

SILVA, D.C.; ALVIM, N.A.T.; FIGUEIREDO, P.A. Tecnologias leves em saúde e sua relação com o cuidado de enfermagem hospitalar. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 12, n.2, p. 291-298. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/ean/v12n2/v12n2a14.pdf>>. Acesso em 15 nov. 2015.

SILVA, E.P. et al. Desenvolvimento e aplicação de um novo índice para avaliação do pré-natal. **Revista Panamerica Salud Publica**. v. 33, n. 5. 2013a. Disponível em:< <http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v33n5/a07v33n5.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

SILVA, E.P. et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.13, n.1, p. 29-37. 2013b. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v13n1/a04v13n1.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

SILVA, C.O. et al. Significados e expectativas de gestantes em relação ao pré-natal na atenção básica: revisão integrativa. **Saúde & Transformação Social**. v.3, n.4, p.98-104. 2013c. Disponível em:<<http://incubadora.periodicos.ufsc.br/index.php/saudeetransformacao/article/viewFile/1958/2484>>. Acesso em: 20 jan. 2017.

SILVEIRA, M.F. et al. Socioeconomic differentials in performing urinalysis during prenatal care. **Revista de Saúde Pública**. v.42, n.3. 2008. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/en\\_6475.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/en_6475.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

TRAD, L.A.B. et al. Estudo etnográfico de satisfação de usuários do Programa Saúde da Família (PSF) na Bahia. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.7, n.3, p.581-589. 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/csc/v7n3/13034.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2016.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com o usuário no contexto da Atenção Básica. In: DESLANDES, S. F. (Organizadora). **Humanização dos cuidados em Saúde: conceitos, dilemas e práticas**. 1. ed. 3 reimpressão 2014. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2006. Cap. 7, p. 185-203.

TREVISAN, M.R. et al. Perfil da Assistência Pré-Natal entre Usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. v. 24, n. 5, p.293-299. 2002. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v24n5/10650.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2016.

VIELLAS, E.F. et al. Prenatal care in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**. v.30, n.sup, p.1-16. 2014. Disponível em:< [http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en\\_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf](http://www.scielo.br/pdf/csp/v30s1/en_0102-311X-csp-30-s1-0085.pdf)>. Acesso em: 12 dez. 2016.

ZANCHI, M. et al. Concordância entre informações do Cartão da Gestante e do recordatório materno entre puérperas de uma cidade brasileira de médio porte. **Caderno de Saúde Pública**. v.29, n.5, p.1019-1028. 2013. Disponível em:< <http://www.scielo.org/pdf/csp/v29n5/19.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2015.

ZAMPIERI, M.F. **Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências**. Tese de Doutorado. Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2006.

ZAMPIERI, M.F.M.; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**. v.10, n.3. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>>. Acesso em: nov. 2015.

**APÊNDICE A – ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA**  
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**Mestranda:** Enfa. Marcella Simões Timm

**Pesquisadora Responsável/Orientadora:** Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel

**Título do projeto de pesquisa:** Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes

**1. Características socioculturais:**

Abreviatura do nome: \_\_\_\_\_

1.1 Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

1.2 Idade \_\_\_\_\_

1.3 Escolaridade:

( ) Ensino fundamental completo      ( ) Ensino fundamental incompleto

( ) Ensino médio completo              ( ) Ensino médio incompleto

( ) Ensino superior completo              ( ) Ensino superior incompleto

1.4 Estado civil:

( ) Solteira                      ( ) Casada                      ( ) Em relação estável

( ) Divorciada                  ( ) Viúva

1.5 Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

1.6 Reside com: ( ) pais ( ) companheiro(a)      ( ) filho(a)(s) ( ) outros

**2 Características de saúde da participante:**

Menarca: \_\_\_\_\_

Início das relações sexuais: \_\_\_\_\_

Antecedentes obstétricos: Gestações: \_\_ Partos: \_\_ Cesáreas: \_\_ Abortos: \_\_ Prematuros: \_\_\_\_\_

Nº de filhos vivos: \_\_\_\_\_

Quem cuida dos filhos? \_\_\_\_\_

Fez pré-natal nas gestações anteriores? ( ) sim ( ) não

A gravidez atual foi planejada? ( ) sim ( ) não

A gravidez foi bem aceita: ( ) sim ( ) não

Quantas consultas de pré-natal foram realizadas nesta gestação? \_\_\_\_

Início em: \_\_\_\_\_ (semanas/meses/trimestre)

Participou de todas as consultas agendadas? ( ) sim ( ) não. Por quê? \_\_\_\_\_

Qual profissional realizou seu pré-natal: ( ) Médico ( ) Enfermeiro ( ) Outro

Por que procurou esta Unidade de Saúde para o pré-natal? \_\_\_\_\_

Recebeu orientações durante o Pré-natal: ( ) Não ( ) Sim, qual(is) assunto(s)? \_\_\_\_\_

**3. Questões sobre a humanização da atenção pré-natal**

1. Conte-me como é o atendimento realizado no seu pré-natal.

2. O que você gosta neste atendimento?

3. O que você não gosta no atendimento pré-natal?

4. O que você acha que poderia melhorar?

5. Na sua compreensão, quais as qualidades que os profissionais de saúde devem ter para atender às gestantes no pré-natal?

6. O que você acha que poderia facilitar a maior participação das gestantes nas consultas de pré-natal?

7. O que você considera indispensável para que a gestante seja bem atendida no Pré-natal?



## APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Título do Projeto de Pesquisa:** Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes.

**Pesquisadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Beatriz Ressel - Contato: (55) 3220-8263.

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) /Departamento de Enfermagem

**Local de realização da pesquisa:** Serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS.

**Participantes:** Gestantes.

**Prezada:**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes**”, a qual tem como **objetivo** conhecer o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes. Justifica-se a necessidade de investir em estudos envolvendo a humanização na atenção pré-natal, a fim de produzir maior conhecimento acerca da temática e fomentar discussões e reflexões, que possibilitem a qualificação do cuidado pré-natal.

Este estudo é de autoria da enfermeira mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) **Marcella Simões Timm** e orientada pela **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Beatriz Ressel**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa, é importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pessoa que está conversando com você deverá responder todas as suas dúvidas, antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalidade e sem perder os benefícios aos quais tem direito. A produção dos dados da pesquisa será registrada por meio de uma técnica de criatividade e sensibilidade denominada Almanaque associada com entrevista semiestruturada, ambos serão explicados pela pesquisadora. Os dados serão gravados com gravador digital de áudio, e posteriormente, as gravações serão transcritas na íntegra e, então, analisadas.

Os **benefícios** da pesquisa serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática da humanização da atenção pré-natal e a sua qualificação. No que se refere aos **riscos**, a participação neste estudo poderá refletir em um risco mínimo, tendo em vista que você poderá apresentar alguns sentimentos, quando estiver relatando suas experiências no pré-natal.

---

<sup>1</sup> Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria- 7º Andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria- RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Caso isso ocorra, você receberá atenção e espaço de escuta. Nesse caso, você poderá continuar ou não participando da pesquisa.

Neste sentido, fui informada que tenho assegurado o direito de:

- Receber resposta a todas as dúvidas que desejo esclarecer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento da pesquisa;
- A qualquer momento poderei deixar de participar do estudo sem consentimento da pesquisadora e sem sofrer nenhum tipo de represália;
- Não terei minha identidade revelada em nenhum momento da investigação;
- As informações fornecidas pelos participantes serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores. Os materiais ficarão sob guarda do pesquisador responsável, em meio digital, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, depois desse período serão destruídos.
- Os resultados do estudo, em seu conjunto, serão utilizados exclusivamente para este fim e apresentados às participantes do estudo.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM<sup>2</sup>, com a mestrandia Marcella Simões Timm e/ou com a Professora Lúcia Beatriz Ressel (pesquisadora responsável):

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradoras e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria/RS \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Entrevistada ou responsável

\_\_\_\_\_  
Enf. Prof. Dr. Lúcia Beatriz Ressel  
(Pesquisador responsável)

\_\_\_\_\_  
Enf. Marcella Simões Timm

<sup>1</sup> Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria- 7º Andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria- RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

## APÊNDICE C - TERMO DE ASSENTIMENTO

**Título do Projeto de Pesquisa:** Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes.

**Pesquisadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Beatriz Ressel - Contato: (55) 3220-8263.

**Instituição:** Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) /Departamento de Enfermagem.

**Local de realização da pesquisa:** Serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS.

**Participantes:** Gestantes menores de 18 anos.

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “**Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes**”, a qual tem como **objetivo** conhecer o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes. Justifica-se a necessidade de investir em estudos envolvendo a humanização na atenção pré-natal, a fim de produzir maior conhecimento acerca da temática e fomentar discussões e reflexões, que possibilitem a qualificação do cuidado pré-natal.

Este estudo é de autoria da enfermeira mestranda do Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGENf) da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) **Marcella Simões Timm** e orientada pela **Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Lúcia Beatriz Ressel**.

Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder esta entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. A pessoa que está conversando com você deverá responder todas as suas dúvidas, antes que você decida participar. Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhum prejuízo ou penalidade e sem perder os benefícios aos quais tem direito. A produção dos dados da pesquisa será registrada por meio de uma técnica de criatividade e sensibilidade denominada Almanaque associada com entrevista semiestruturada, ambos serão explicados pela pesquisadora. Os dados serão gravados com gravador digital de áudio, e posteriormente, as gravações serão transcritas na íntegra e, então, analisadas.

Os **benefícios** da pesquisa serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática da humanização da atenção pré-natal e a sua qualificação. No que se refere aos **riscos**, a participação neste estudo poderá refletir em um risco mínimo, tendo em vista que você poderá apresentar alguns sentimentos, quando estiver relatando suas experiências na atenção pré-natal. Caso isso ocorra, você receberá atenção e espaço de escuta. Nesse caso, você poderá continuar ou não participando da pesquisa.

---

<sup>1</sup> Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria- 7º Andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria- RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

Neste sentido, fui informada que tenho assegurado o direito de:

- Receber resposta a todas as dúvidas que desejo esclarecer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento da pesquisa;

- Receber resposta a todas as dúvidas que desejo esclarecer acerca de assuntos referentes ao desenvolvimento da pesquisa; A qualquer momento poderei deixar de participar do estudo sem consentimento da pesquisadora e sem sofrer nenhum tipo de represália;

- Não terei minha identidade revelada em nenhum momento da investigação;

- As informações fornecidas pelos participantes serão confidenciais e de conhecimento apenas dos pesquisadores. Os materiais ficarão sob guarda do pesquisador responsável, em meio digital, por um período de 5 anos após o término da pesquisa, depois desse período serão destruídos.

- Os resultados do estudo, em seu conjunto, serão utilizados exclusivamente para este fim e apresentados às participantes do estudo.

Caso haja necessidade de maiores informações ou mesmo interesse pelos resultados obtidos, você poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM<sup>1</sup>, com a mestrandia Marcella Simões Timm e/ou com a Professora Lúcia Beatriz Ressel (pesquisadora responsável):

Nesses termos e considerando-se livre e esclarecida, consinto em participar da pesquisa proposta, resguardando às autoras do projeto a propriedade intelectual das informações geradoras e expressando a concordância com a divulgação pública dos resultados.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu \_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria/RS \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de 2016.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Entrevistada

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. Lúcia Beatriz Ressel

\_\_\_\_\_  
Enf. Marcella Simões Timm

(Pesquisador responsável)

<sup>1</sup> Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria- 7º Andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria- RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

## APÊNDICE D - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**Título do projeto:** Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes

**Pesquisador:** Marcella Simões Timm

**Pesquisador responsável/orientadora:** Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel- contato: (055) 32208263

**Mestranda:** Enfa. Marcella Simões Timm – contato: (055) 96158894.

**Local da coleta de dados:** Serviços da Atenção Primária à Saúde do município de Santa Maria/RS.

As pesquisadoras do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade das participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio da Técnica de Criatividade e Sensibilidade “Almanaque” e entrevista semiestruturada. A produção dos dados será registrada com gravador digital de áudio, com o consentimento prévio das participantes. Posteriormente, as gravações serão transcritas na íntegra e, então, analisadas. O local da produção dos dados será o serviço de saúde onde as participantes realizam o pré-natal, nos casos de impossibilidade será de acordo com a escolha e disponibilidade das participantes da pesquisa. Os pesquisadores declaram, ainda, que estas informações serão utilizadas, única e exclusivamente, para execução deste estudo, apresentação em eventos científicos e produção de artigos científicos.

As informações serão divulgadas de forma anônima e o material redigido das entrevistas, serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, no prédio 26, em Santa Maria – RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Profa. Dra. Lúcia Beatriz Ressel. Após este período, estes dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em 14/04/2016, e recebeu o número CAAE 53941616.7.0000.5346.

Santa Maria,..... de .....de 2016.

---

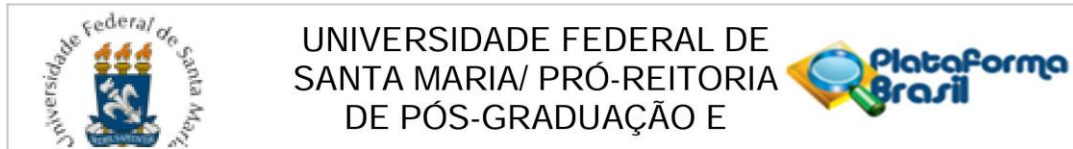
Marcella Simões Timm  
Enfermeira Mestranda  
Matrícula 201560594

---

Profª. Drª Lúcia Beatriz Ressel  
Pesquisadora Responsável  
SIAPE 379225

<sup>1</sup> Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Av. Roraima, 1000 – Prédio da Reitoria- 7º Andar – Campus – 97105-900 – Santa Maria- RS. Telefone: (55) 3220-9362. E-mail: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

## ANEXO A – PARECER SUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes

**Pesquisador:** Lúcia Beatriz Ressel

**Área Temática:**

**Versão:** 1

**CAAE:** 53941616.7.0000.5346

**Instituição Proponente:** Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.499.235

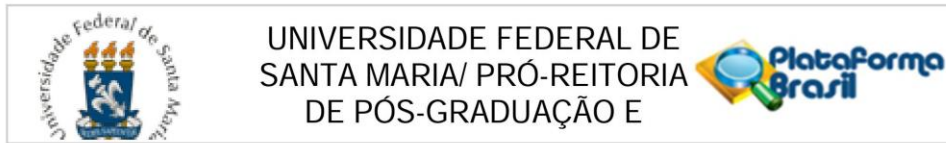
#### Apresentação do Projeto:

A pesquisa consiste em uma dissertação de mestrado que tem como objetivo conhecer o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes.

Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo será realizado em serviços da AB de saúde do município de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. A escolha dos cenários de estudo ocorrerá mediante sorteio de quatro serviços da AB do município de Santa Maria que realizam atendimento Pré-natal. O sorteio será realizado pelas pesquisadoras responsáveis, Profª Drª Lúcia Beatriz Ressel e Enfª Mestranda Marcella Simões Timm, e ocorrerá mediante papéis que conterão os nomes dos serviços de saúde. As participantes do estudo serão gestantes que fazem acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde escolhidos para a produção dos dados. Os critérios de inclusão do estudo serão: ser gestante e estar em acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde sorteados para o desenvolvimento do estudo.

O critério de exclusão será: não ser capaz de compreender os questionamentos do pesquisador. O número de participantes será determinado a partir do critério de saturação dos dados. Assim, considera-se que a realização do estudo contará com a participação de, aproximadamente, 12

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.499.235

gestantes.

A realização da produção dos dados ocorrerá nos meses de abril, maio e junho de 2016, de acordo com os trâmites éticos. Após a definição e o aceite dos serviços, a pesquisadora realizará uma visita às Unidades de Saúde, como forma de aproximação, onde fará contato com o responsável pelo serviço, situando-o acerca do estudo, seu objetivo e sua relevância. Depois desta aproximação com os serviços de saúde, a pesquisadora dará início a captação das participantes. Esta será realizada no próprio serviço, em uma sala disponibilizada pela equipe, enquanto as gestantes esperam consulta médica, consulta de enfermagem, vacinação ou outras atividades.

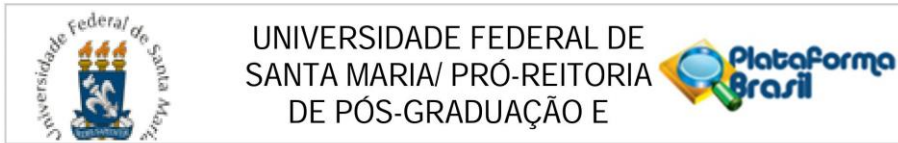
Para coleta de dados, será utilizada a Técnica de Criatividade e Sensibilidade (TCS) denominada "Almanaque". O seu desenvolvimento será de forma individual com cada participante. Como primeiro momento de desenvolvimento do Almanaque haverá a apresentação da pesquisadora, da participante, do objetivo do estudo e da temática central que será desenvolvida. O segundo momento envolverá explicações acerca da técnica e de sua organização. Após este momento, será lida e fixada em uma parede, a questão central a ser discutida: "O que você entende por humanização na atenção pré-natal?". Para realização do Almanaque, será disponibilizado à participante folhas de ofício, cola, tesoura, caneta hidrocor, aproximadamente 50 gravuras, frases e palavras diversificadas. Além disso, também serão fornecidas revistas, para que a participante possa escolher suas próprias gravuras, se julgar necessário. Destaca-se que será oportunizado às participantes, os mesmos materiais, incluindo, as mesmas figuras, frases, palavras e revistas. A participante será esclarecida de que as gravuras deverão ser escolhidas, visando responder a questão central. Dessa forma, na folha de ofício, a participante será convidada a construir o seu próprio Almanaque, conforme sua criatividade. No terceiro momento, será realizada a produção artística e o quarto momento consistirá na apresentação do Almanaque e o quinto momento será de discussão acerca do Almanaque construído, associado à entrevista semiestruturada.

A análise dos dados terá como referência, a análise de conteúdo, modalidade temática, conforme proposta operativa de Minayo.

#### **Objetivo da Pesquisa:**

Conhecer o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes.

<b>Endereço:</b> Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar
<b>Bairro:</b> Camobi <b>CEP:</b> 97.105-970
<b>UF:</b> RS <b>Município:</b> SANTA MARIA
<b>Telefone:</b> (55)3220-9362 <b>E-mail:</b> cep.ufsm@gmail.com



Continuação do Parecer: 1.499.235

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Os benefícios da pesquisa para as participantes serão indiretos, visto que esta pesquisa trará maior conhecimento acerca da temática da humanização do pré-natal, visando a sua qualificação. No que se refere aos riscos, a participação neste estudo poderá refletir em um risco mínimo, tendo em vista que, durante a realização do estudo, poderão ser desencadeados nas participantes alguns sentimentos ao refletirem acerca de suas experiências na atenção pré-natal. Caso isso ocorra, a participante receberá atenção e espaço de escuta, sendo possibilitada à ela a opção de continuar ou não participando da pesquisa.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

São apresentados todos os termos. No entanto, no termo de confidencialidade deve constar o endereço completo do local onde os dados serão mantidos, inclusive sala.

**Recomendações:**

Veja no site do CEP - <http://w3.ufsm.br/nucleodecomites/index.php/cep> - na aba "orientações gerais", modelos e orientações para apresentação dos documentos. ACOMPANHE AS ORIENTAÇÕES DISPONÍVEIS, EVITE PENDÊNCIAS E AGILIZE A TRAMITAÇÃO DO SEU PROJETO.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

No termo de confidencialidade deve constar o endereço completo do local onde os dados serão mantidos, inclusive a sala.

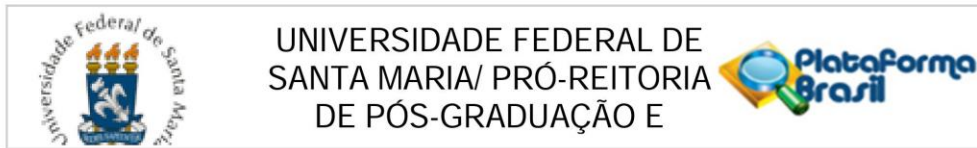
**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_675008.pdf	08/03/2016 14:53:12		Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	08/03/2016 14:44:55	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com





Continuação do Parecer: 1.499.235

Outros	TC.pdf	08/03/2016 14:44:25	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	Roteiro.pdf	08/03/2016 14:43:54	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	RegistroSIE.pdf	08/03/2016 14:43:16	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Outros	AutorizacaoSecretariaMunicipiodaSaude.pdf	08/03/2016 14:42:02	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termoassentimento.pdf	08/03/2016 14:39:43	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	08/03/2016 14:38:27	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	08/03/2016 14:37:47	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projetodepesquisa.pdf	08/03/2016 14:37:26	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito
Folha de Rosto	FolhaderostoCEP.pdf	08/03/2016 14:19:12	Lúcia Beatriz Ressel	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SANTA MARIA, 14 de Abril de 2016

---

**Assinado por:**  
**CLAUDEMIR DE QUADROS**  
(Coordenador)

**Endereço:** Av. Roraima, 1000 - prédio da Reitoria - 2º andar  
**Bairro:** Camobi **CEP:** 97.105-970  
**UF:** RS **Município:** SANTA MARIA  
**Telefone:** (55)3220-9362 **E-mail:** cep.ufsm@gmail.com

## ANEXO B – AUTORIZAÇÃO DO MUNICÍPIO DA SAÚDE



*Prefeitura Municipal de Santa Maria*  
*Secretaria de Município da Saúde*  
*Núcleo de Educação Permanente*  
 e-mail: nepessantamaria@gmail.com – Fone (55) 3921-7201

### AUTORIZAÇÃO

Vimos por meio deste informar que o projeto de dissertação intitulado “**Humanização da atenção pré-natal na ótica de gestantes**” de autoria da discente **Marcella Simões Timm** sob orientação **Profª Drª Lúcia Beatriz Ressel**, curso **Enfermagem (UFSM)**, poderá ser desenvolvido junto ao Serviço de Saúde de Santa Maria-RS, mediante aprovação prévia do Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos – CEP da referida Instituição.

O projeto de pesquisa tem por objetivo conhecer o significado da humanização na atenção pré-natal para as gestantes. Os participantes da pesquisa serão as gestantes que fazem acompanhamento pré-natal nos serviços de saúde escolhidos para a produção dos dados.

*Ressaltamos que a coleta de dados somente poderá ser iniciada mediante apresentação do documento fornecido pelo CEP.*

Na certeza de compartilharmos interesses comuns. Sendo o que tínhamos para o momento.

Santa Maria, 24 de fevereiro de 2016.

Núcleo de Educação Permanente da Saúde  
 Secretaria de Município da Saúde de Santa Maria

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA  
 SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE  
 NUCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE DA SAÚDE  
 PORTARIA 0040/2007 SMS

### ANEXO C – IMAGENS ALMANAQUE



(Almanaque E1)



(Almanaque E2)



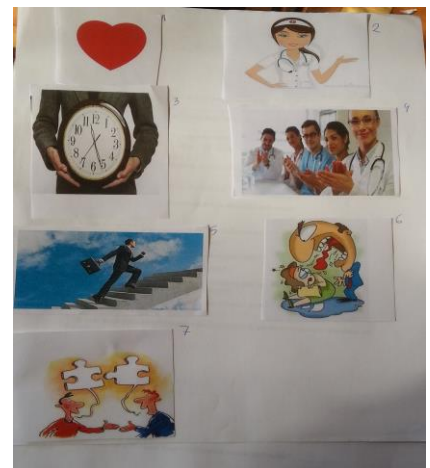
(Almanaque E3)



(Almanaque E4)



(Almanaque E5)



(Almanaque E6)



(Almanaque E7)



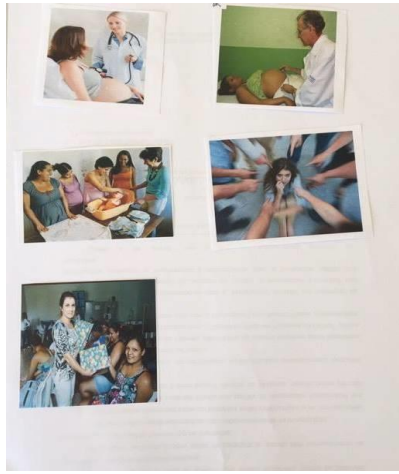
(Almanaque E8)



(Almanaque E9)



(Almanaque E10)



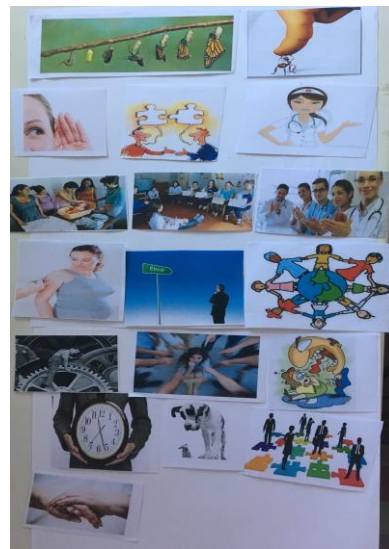
(Almanaque E11)



(Almanaque E12)



(Almanaque E13)



(Almanaque E14)