

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

**HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA
PRÁXIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Camila Nunes Barreto

Santa Maria, RS, Brasil

2015

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA PRÁXIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Camila Nunes Barreto

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

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS, Brasil

2015

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

Nunes Barreto, Camila
HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA PRÁTICA DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE / Camila Nunes Barreto.-2015.
129 p.; 30cm

Orientador: Lúcia Beatriz Ressel
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2015

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

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-graduação em Enfermagem**

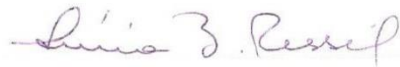
**A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado**

**HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA PRÁXIS DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

elaborada por
Camila Nunes Barreto

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:



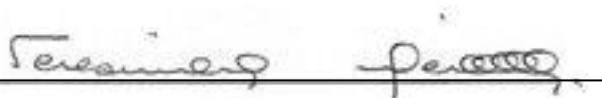
Lúcia Beatriz Ressel, Dra. (Presidente/Orientadora)



Débora Fernandes Coelho, Dra. (UFCSPA)



Maria de Lourdes Denardin Budó, Dra. (UFSM)



Teresinha Heck Weiller, Dra. (UFSM)

Santa Maria, 16 de Janeiro de 2015

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a **Deus**, pelas oportunidades maravilhosas que tenho vivenciado ao longo de minha trajetória. Obrigada por manter-me firme em busca de meus objetivos e rodeada de anjos (amigos) durante a minha caminhada.

Aos meus pais, **Geovana e Geraldo**, por acreditarem neste sonho e investirem nele. Sei o quanto lutaram para que este dia chegasse. Neste momento irão faltar palavras para agradecer o apoio, confiança e amor recebidos. Ao meu irmão, **Joel**, por também fazer parte desta conquista e sempre me incentivar nos estudos.

Meus agradecimentos especiais a minha orientadora e amiga, professora **Dra. Lúcia Beatriz Ressel**, pela oportunidade de crescimento pessoal e profissional que obtive ao trilhar meus primeiros passos ao seu lado. Obrigada por acreditar em meu potencial e lapidá-lo de uma maneira tão delicada, sensível e competente. Espero espalhar a semente que plantastes na Camilinha, em outras pessoas, para que novos sonhos, histórias e conquistas se concretizem.

Aos meus irmãos de coração, **Géssica, Guilherme e Taís**, esta trajetória sem dúvida tornou-se mais leve, doce e divertida com vocês ao meu lado. Os anos de convivência diária me mostraram o quanto é maravilhoso dividir com as pessoas que amamos nossos desafios, conquistas e a melhor parte, a diversão. Guardo vocês em meu coração.

As minhas amigas, **Bruna Costa, Silvana Cruz e Cristiane Trivisiol**, os grandes presentes que a UFSM me proporcionou, de colegas a grandes amigas. Agradeço as palavras de apoio, as ajudas técnicas, as boas histórias e o prazer de conhecer pessoas tão iluminadas quanto vocês. Independente de qualquer tempo ou distância levo vocês comigo.

Aos **amigos**, os de longa jornada e aos que chegaram pelos novos caminhos que a vida me proporcionou, agradeço os conselhos, o convívio nos momentos de alegria e de tristeza, sem vocês não haveriam histórias para contar.

MUITO OBRIGADA!

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA PRÁXIS DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

AUTORA: CAMILA NUNES BARRETO

ORIENTADORA: PROF^a DR^a LÚCIA BEATRIZ RESSEL

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 16 de janeiro de 2015.

A gestação repercute numa gama de novos sentimentos para mulher e sua família. As mudanças que são consideráveis implicam a importância de maior apoio e construção compartilhada de conhecimentos neste período. Nesse sentido, entende-se o pré-natal como o primeiro passo na busca de um atendimento integral à gestante. Porém, a realidade dos serviços de saúde apresenta a hegemonia de um modelo de atenção fragmentado, e principalmente burocratizado que promove o distanciamento da humanização. O Ministério da Saúde (MS) com o intuito de propor mudanças nas ações ofertadas, orienta, por meio das políticas públicas e programas de saúde, transformações e renovações na assistência à mulher no período gravídico-puerperal, buscando uma atenção integral. Nessa ótica, esta dissertação possui como objeto de estudo a humanização da atenção pré-natal e como questão norteadora da pesquisa "como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde, na atenção pré-natal de risco habitual, na práxis dos profissionais de saúde de unidades de saúde da família de um município do Sul do Brasil?" Para isso, o objetivo do estudo foi conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual. A trajetória metodológica percorreu um estudo de campo, de caráter descritivo e com abordagem qualitativa. O cenário do estudo foi composto por quatro Unidades de Saúde da Família (ESF) da rede básica de saúde de um município do Sul do Brasil. Os sujeitos dos estudos foram cinco enfermeiros e três médicos que desenvolviam ações na abrangência da atenção pré-natal. Os métodos de coleta de dados foram a observação participante e a entrevista semiestruturada, no período de fevereiro a junho de 2014. Quanto à análise dos dados, optou-se pela proposta operativa de Minayo. Foram respeitados os aspectos éticos das pesquisas com seres humanos, seguindo a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, conforme parecer nº 513.040, sob o número do CAAE 26467413.9.0000.5346. A realização deste estudo permitiu conhecer as significações acerca da humanização na atenção pré-natal, os fatores que distanciam as legislações da prática cotidiana e os que aproximam e fortalecem o "SUS que dá certo". A compreensão da humanização no cuidado à gestante perpassou a importância da aproximação com a usuária e da valorização do seu contexto sociocultural. As tecnologias relacionais foram elencadas como potencializadoras para aproximação de uma atenção humanizada. O pré-natal ainda esbarra em aspectos que promovem o distanciamento da humanização. Entende-se que a mudança deste cenário, não se formaliza de maneira isolada, percorre a responsabilização de quem indiretamente ou diretamente produz saúde. Os resultados deste estudo são apresentados em formato de três artigos: Humanização da atenção pré-natal na voz dos profissionais de saúde; Um olhar sob as tensões e dificuldades para humanização da atenção pré-natal e "O SUS que dá certo": ações de aproximação com a humanização da atenção pré-natal.

Descritores: Cuidado pré-natal. Humanização da assistência. Atenção Primária à Saúde. Enfermagem. Cultura.

ABSTRACT

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

HUMANIZATION OF PRENATAL CARE IN THE PRAXIS OF PROFESSIONALS HEALTH

AUTORA: CAMILA NUNES BARRETO

ORIENTADORA: PROF^a DR^a LÚCIA BEATRIZ RESSEL

Data e Local da Defesa: Santa Maria, 16 de janeiro de 2015.

Pregnancy affects a range of new feelings for women and their families. The changes that are considerable imply the importance of greater support and shared construction of knowledge in this period. In this sense, it is understood that the prenatal care is the first step in finding a comprehensive care to pregnant women. However, the reality of health services has the hegemony of a fragmented care model, and mostly bureaucratic, promoting a distancing of humanization of prenatal care. The Ministry of Health (MOH) in order to propose changes in the offered shares, guides through public health policies and programs, changes and renovations for the care of women during pregnancy and puerperal period, seeking a differentiated and comprehensive care. From this perspective, this dissertation has as object of study the humanization of prenatal care and as guiding research question "how does occurs the approach of humanization assumptions of public policies and health programs proposed by the Ministry of Health, in prenatal care of low risk in practice of health professionals in healthcare facilities of family of a city in Southern Brazil?" For this, the aim of the study was to know how does occurs the approach of humanization assumptions of public policies and health programs proposed by the Ministry of Health in the practice of prenatal care usual risk. The methodology trajectory come a field study, descriptive and qualitative approach. The study setting consisted of four Family Health Unit (FHU) of primary health care in of municipality in Southern of Brazil. The studies subjects were five nurses and three doctors who developed activities in the coverage of prenatal care. The data collection methods were participant observation and semi-structured interviews, in the period from February to June 2014. The analysis of the data, it was opted for the operative proposal of Minayo. The ethical aspects of research with human beings were respected, following the Resolution 466/12 of the National Health Council. The research was approved by the Research Ethics Committee of UFSM, as opinion No. 513 040, under number of CAAE 26467413.9.0000.5346. This study allowed to identify the meanings about the humanization of prenatal care, the factors that separate the laws of everyday practice and the factors that approaching and strengthen the "SUS that works". Understanding of the humanization of care to pregnant women pervaded the importance of approximation with the user and the appreciation of their sociocultural context. The relational technologies were listed as potentiating tool for approach of a humanized care. Prenatal still faces aspects that promote the distancing of humanization. It is understood that the changing of this scenario, there is not formalized in isolation, runs the co-responsibility of those who indirectly or directly produces health. The results of this study are presented in format of three articles: Humanization of prenatal care in the voice of health professionals; A look under the stresses and difficulties for humanization of prenatal care and "The SUS that works": Approaching actions with the humanization of prenatal care.

Keywords: Prenatal care. Humanization of assistance. Primary Health Care. Nursing. Culture.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO 1 - PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA	115
--	------------

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A: Roteiro da observação participante.....	119
Apêndice B: Roteiro da entrevista.....	121
Apêndice C: Termo de consentimento livre e esclarecido.....	123
Apêndice D: Termo de confidencialidade.....	127

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 REFERENCIAL TEÓRICO	23
2.1 Políticas públicas e programas de saúde direcionados a humanização da atenção pré-natal	23
2.2 Profissionais de saúde e seu papel frente ao processo de humanização na atenção pré-natal	28
2.3 Humanização da atenção pré-natal e a antropologia cultural	30
3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	33
3.1 Delineamento da pesquisa	33
3.2 Cenário do estudo	35
3.3 Participantes do estudo	34
3.4 Procedimentos e técnicas de coleta e registro dos dados	35
3.5 Procedimentos e técnicas de análise e interpretação dos dados	38
3.6 Aspectos éticos	40
4 RESULTADOS	43
Artigo 1	47
Artigo 2	65
Artigo 3	83
5 DISCUSSÃO INTEGRADORA	101
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	105
REFERÊNCIAS	109
ANEXOS	113
APÊNDICES	117

1 INTRODUÇÃO

A gestação é representada como fenômeno complexo e ao mesmo tempo singular, pois envolve mudanças em diferentes aspectos humanos como biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Logo, entende-se que os cuidados pré-natais devem ultrapassar a dimensão unilateral voltada apenas aos aspectos biológicos (SHIMIZU e LIMA, 2009).

Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, valorização dos sujeitos e sua cultura, do fácil acesso aos serviços de saúde, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (BRASIL, 2006).

Em contraponto, a realidade brasileira apresenta a consulta de pré-natal na atenção básica, caracterizada como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medições (ZAMPIERI e ERDMANN, 2010). Observa-se na prática cotidiana um desencontro, em que os profissionais de saúde ditam as normas e regras, sem considerar o protagonismo e a autonomia do usuário, especialmente nas questões que dizem respeito à herança cultural e a sua forma e percepção de cuidar (MULLER, ARAÚJO e BONILHA, 2007).

Segundo Baruffi (2004), o cenário revelado na atenção pré-natal é marcado pela assistência fragmentada, despersonalizada, centrada no modelo biomédico, no qual se prioriza o aparelho reprodutor, o feto e o ultrassom. Ainda, ressalta-se que a formação pautada numa visão centralizada emerge de uma construção cultural enraizada nas ações dos profissionais de saúde que ao atender a mulher visa a quantidade em detrimento da qualidade.

A cultura biomédica perpassa uma construção histórica refletida na atuação dos profissionais de saúde e no modelo verticalizado vigente. A valorização dos aspectos biológicos sobrepõe os demais fatores determinantes no cuidado desta gestante, como a influência de seu contexto social e familiar. Esta perpetuação biologicista vem ao encontro da compreensão de Geertz (1989) acerca da cultura, a qual entende que esta se reforça nos espaços de atenção, gestão e formação dos profissionais de saúde, visto que a atuação destes é pautada nos significados adquiridos ao longo de suas vivências, alicerçados na sua experiência de vida e na influência da sua formação acadêmica, a qual refletirá na sua práxis assistencial.

O modelo verticalizado, construído culturalmente, e impregnado nas ações dos profissionais, é focado em aspectos clínicos, sendo um dos principais entraves para o atendimento integral à gestante. Destacado pelo Ministério da Saúde (MS), um dos fatores que mais tem chamado à atenção quanto à avaliação dos serviços, é o despreparo dos profissionais para lidar com a dimensão subjetiva dos usuários (BRASIL, 2003).

Com o intuito de propor mudanças a esse contexto, as políticas públicas e os programas de saúde nacionais almejam transformações e renovações na assistência à mulher no período gravídico-puerperal, buscando uma atenção diferenciada e de qualidade. Destaca-se, no contexto deste estudo, o termo humanização. Este traça um novo olhar sobre o cuidado prestado e indica novas diretrizes na atenção e gestão em saúde.

O conceito de humanização é polissêmico. Há uma falta de consenso acerca da definição dos termos “humanização” e “cuidado humanizado”, sendo atribuídos aos mesmos diferentes significados (ZAMPIERI e ERDMANN, 2010). Ainda não há uma concordância quanto aos contornos teóricos e mesmo operacionais referentes à humanização, logo sua abrangência e aplicabilidade não estão demarcadas, dificultando a compreensão e a concretização na prática assistencial (DESLANDES, 2006).

Nesta pesquisa foi utilizada como política norteadora dos pressupostos da humanização na atenção pré-natal, a Política Nacional de Humanização, publicada em 2003, que define a humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção da saúde: usuários, trabalhadores e gestores. Os valores que norteiam esta política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, o estabelecimento de vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão.

O MS reafirma a humanização com uma política transversal que percorre as diferentes ações e instâncias do Sistema Único de Saúde, considerando os distintos níveis e dimensões de atenção e gestão (BRASIL, 2010). A humanização da atenção traduz-se em inclusão, na produção de redes coletivas que busquem consolidar a proposta do SUS. Ao tratar desta temática, é importante compreender os diferentes movimentos que perpassam a humanização dos serviços de saúde e de quem produz saúde, estes são de caráter institucional, político, ético e afetivo. Reforça-se, que os mesmos se configuram na participação e no comprometimento dos sujeitos e coletivos com seu próprio processo de construção (BRASIL, 2010).

Para melhor compreensão dessa proposta, são destacados alguns programas e políticas referentes à humanização, priorizando o enfoque na área de saúde da mulher, específico deste estudo, na atenção pré-natal e na atenção primária à saúde.

Em 1984, o Ministério da Saúde percorre os primeiros alicerces na ampliação da atenção à saúde da mulher com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Este programa possui enfoque nos aspectos da saúde reprodutiva, mas já são visualizadas propostas e ações que visam uma atenção integral à saúde da mulher baseadas em suas necessidades (BRASIL, 1984).

No ano de 2000, destaca-se a criação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) pelo MS. Este programa fundamenta-se nos preceitos de que a humanização da assistência obstétrica e neonatal é condição primeira para o adequado acompanhamento do pré-natal, parto e puerpério (BRASIL, 2002). Em 2001, o programa Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher reforça as diretrizes preconizadas, valorizando a perspectiva cultural das gestantes (BRASIL, 2001).

Em 2003, a Política Nacional de Humanização (PNH) indica uma nova perspectiva no âmbito da humanização da atenção conforme as diretrizes supracitadas. O ano de 2004 foi designado pelo Presidente da República, Luis Inácio Lula da Silva, como o ano da mulher. Neste período ocorreu a I Conferência Nacional de Políticas Públicas para as mulheres e o MS lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM). Esta vem ao encontro dos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), pautados na universalidade, equidade e integralidade da atenção. A PNAISM objetivou consolidar avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, visando melhorar a atenção obstétrica, o acesso ao planejamento familiar, a atenção ao aborto e a violência doméstica e sexual (BRASIL, 2004).

Ainda, o manual técnico proposto pelo MS, atualizado em 2006, denominado Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada contribui nesse contexto, afirmando que para acontecer a humanização no pré-natal, faz-se necessário construir um novo olhar sobre o processo saúde/doença, que compreenda a pessoa em sua totalidade (BRASIL, 2006).

Recentemente, em 2011 foi criada a Rede Cegonha, que possui nos seus princípios de implementação, nos municípios brasileiros, um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança alicerçada na humanização da assistência (BRASIL, 2011). Também destaca-se a publicação em 2014 do Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento, o qual reforça os princípios da humanização na atenção à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Em relação ao PHPN, Andreucci e Cecatti (2011) apontam a fragilidade na sua implantação, revelando que a abrangência esperada está muito aquém do desejado. Reafirmam a existência de uma dicotomia entre as legislações e as ações dos profissionais de saúde, cuja práxis promove um distanciamento dos pressupostos das políticas e programas

acerca da humanização do período gravídico-puerperal. Visualiza-se que o processo de humanização do cuidado pré-natal e o exercício do profissional de saúde estão intensamente associados, a fim de exercer tais princípios que irão proporcionar maior qualidade na assistência, sendo seu papel fundamental para implementação dessa perspectiva de cuidado.

A abordagem cultural pode ser uma estratégia para uma atenção diferenciada, que aproxime o discurso de humanização e a prática. Porém, percebe-se pouca prioridade na formação e nas ações dos profissionais de saúde, visto o paradigma culturalmente construído alicerçado no modelo biomédico. Para tanto, o profissional de saúde necessita superar a visão reducionista e compreender a construção de significados e os valores dos usuários. Trata-se do reconhecimento do outro e sua singularidade, sendo esses inseridos em um contexto cultural e histórico. Os profissionais devem atentar as singularidades de cada indivíduo, uma vez que as mesmas definem as significações, os modos de agir e cuidar, as escolhas e as possibilidades dos sujeitos (MULLER, ARAUJO e BONILHA, 2007).

Reforça-se que o cuidado deve envolver um olhar integral ao ser humano, abrangendo o contexto cultural de inserção do indivíduo, ao considerar que cada pessoa possui seus valores, crenças, saberes e práticas de cuidados. Nesta direção, o cuidado engloba a saúde das pessoas como um todo, buscando a humanização da atenção à saúde, sem dicotomizar o cuidado no sentido de voltar-se apenas para aspectos clínicos. Logo, compreende-se nesta esteira de pensamento que o cuidado humanizado é concebido sob uma nova perspectiva, na qual o ser humano é valorizado na sua totalidade (WALDOW, 2004).

Em estudo realizado com profissionais de saúde da atenção básica o significado atribuído ao cuidado integral perpassou a visão ampliada do ser humano considerando a sua cultura, os anseios, os valores e as crenças. Entende-se que para a concretização de um atendimento integral é necessária a articulação das políticas públicas à política de formação dos profissionais de saúde, para que estes pautem sua práxis na integralidade do cuidado (PIRES, RODRIGUES e NASCIMENTO, 2010).

Em estudo quantitativo, realizado num município do Sul do Brasil, na qual se verificou a qualidade no processo da assistência pré-natal a partir de dois modelos de atenção a saúde, em unidades básicas de saúde e estratégias de saúde da família constatou-se a insatisfação na assistência ofertada na atenção pré-natal. Foi ressaltada a necessidade de promover a sensibilização e a capacitação dos profissionais de saúde para melhorar os registros nos cartões das gestantes, implantar e estimular a adesão aos protocolos, realizar avaliações e monitoramentos sistemáticos dos serviços pelos próprios profissionais e buscar

alternativas de promoção em saúde, continuidade e adesão ao pré-natal (ANVERSA et al., 2012).

Concorda-se com Baruffi (2004), ao relacionar a adesão das mulheres ao pré-natal com o processo de humanização, que segundo ela, demanda em acolhimento, qualidade no atendimento e preparo dos profissionais de saúde. Neste sentido, percebe-se a importância de compreender o contexto da humanização na atenção pré-natal e como os profissionais de saúde buscam aliar sua prática assistencial aos pressupostos preconizados pelo MS.

A pesquisadora ao optar pelo aprofundamento do estudo acerca da humanização da atenção pré-natal na atenção básica (AB) considerou as singularidades que envolvem o cuidado nesta área. A atenção básica compreende um conjunto de tecnologias relacionais de significativa complexidade, pois lida com o cotidiano das pessoas, que diz respeito aos modos de gerar, nascer, viver, cuidar, adoecer e morrer no mundo contemporâneo (BRASIL, 2010).

As diversas práticas e saberes na atenção básica são compartilhados de maneira mais próxima ao usuário e sua história de vida. O serviço proporciona encontros produtivos entre os profissionais de saúde, e entre estes e a população usuária do SUS, para tanto, é necessário considerar o diálogo, a convivência e a interação que cada um traz por meio das diversas formas de comunicação, dos costumes, dos saberes, dos corpos, das crenças, dos afetos, das expectativas e necessidades (BRASIL, 2010).

Sendo o pré-natal o primeiro passo para a vivência de uma gestação saudável e a atenção primária em saúde a porta de entrada das mulheres para este atendimento, entende-se a essencialidade de conhecer a aproximação do que se preconiza na humanização com a realidade dos serviços de saúde de gestação de risco habitual. A práxis dos profissionais de saúde necessita de um olhar pautado nas propostas da humanização. Logo, a fim de compreender o contexto e ao destacar fragilidades e potencialidades, possibilita-se compor estratégias para aproximação de um atendimento humanizado.

Baseado nos argumentos apresentados e complementados com o interesse e participação em estudos referentes à saúde da mulher e aos aspectos culturais, aprimorados no Grupo de Pesquisa Cuidado, Saúde e Enfermagem, na linha de pesquisa voltada a atenção à saúde da mulher em todos os ciclos de vida, vislumbra-se a escolha e o interesse pela temática. Também reforçados na vivência do tema instigado na graduação, no desenvolvimento do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), intitulado “O significado do pré-natal para gestantes de uma unidade de saúde da família do interior do Rio Grande do Sul”. Acrescenta-se que, por ocasião do desenvolvimento do TCC, pode-se passar por um processo de amadurecimento e abertura a uma visão crítica sobre a temática que tinha

escolhido para aprofundamento. Ao longo da construção daquele trabalho entrou-se em contato com um modelo verticalizado e balizado na valorização de procedimentos pontuais na atenção pré-natal. Em contraponto, as aulas teóricas da graduação traziam à tona a importância da humanização nas ações em saúde, levando a questionamentos sobre o distanciamento entre a práxis dos profissionais, e o que era preconizado pelo Ministério da Saúde. Percebeu-se o modelo biomédico predominante, sob a forte influência cultural que reflete diretamente nas ações dos profissionais de saúde, construída na formação e vivência dos mesmos. Estas indagações vieram ao encontro da necessidade de aprofundamento da temática, visto a essencialidade da humanização nas ações em saúde.

Espera-se que este estudo promova discussões e reflexões que auxiliem na compreensão do contexto da humanização na atenção pré-natal. Ainda, almejam-se resultados que aproximem a humanização preconizada nas políticas públicas e nos programas de saúde da práxis dos profissionais de saúde e com isso, oferecendo-se subsídios para a qualificação da assistência prestada no cuidado pré-natal.

Ademais, buscou-se fortalecer a linha de pesquisa supracitada, que tem por finalidade desenvolver estudos que vislumbrem a saúde da mulher sob diferentes perspectivas em todos os ciclos de vida. Além disso, almejou-se contribuir na construção de conhecimento no ensino de Enfermagem e das demais profissões que atuam na atenção pré-natal, a fim de possibilitar a compreensão dos pressupostos preconizados pela humanização e sua aplicação na práxis da atenção pré-natal.

Somando-se às motivações citadas, a temática em questão é referenciada na Agenda Nacional de Prioridades em Pesquisa em Saúde, publicada em 2008, pelo Ministério da Saúde. Destaca que são prioridades estudos que visam à qualidade, efetividade e humanização na atenção pré-natal, visto a importância do tema na área de saúde pública (BRASIL, 2008), assim **justifica-se** a relevância e o interesse deste estudo.

Portanto, com base nessas considerações a proposta desta dissertação tem como **objeto** a humanização da atenção pré-natal e a **questão de pesquisa** que norteou este estudo está embasada na seguinte ponderação: *como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde, na atenção pré-natal de risco habitual, na práxis dos profissionais de saúde de Estratégias de Saúde da Família de um município do Sul do Brasil?*

O **objetivo geral do estudo** foi: conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Coerente ao objetivo deste estudo apresenta-se nesta revisão os seguintes enfoques: políticas públicas e programas de saúde direcionados à humanização na atenção pré-natal; profissionais de saúde e seu papel frente ao processo de humanização na atenção pré-natal; humanização da atenção pré-natal e a antropologia cultural.

2.1 Políticas públicas e programas de saúde direcionados à humanização na atenção pré-natal

A humanização da atenção está protagonizando debates no cenário atual. Neles são reforçadas as discussões e as reflexões acerca do tema a partir da contextualização dos pressupostos das políticas públicas e dos programas de saúde propostos pelo MS. Embora seja um tema novo, o termo já era utilizado há mais de 40 anos. Estudos demonstram a existência de produção científica principalmente associada à enfermagem desde 1950 (DESLANDES, 2006).

Diferentes significados são atribuídos ao conceito de humanização, desde uma perspectiva associada à caridade nas ações, no sentido de "doar-se ao próximo", até as discussões mais recentes a partir dos anos 90, ao associar humanização com os direitos do cidadão em ter acesso a uma atenção qualificada, sendo destaque na inserção de um projeto político para a saúde pública (DESLANDES, 2006).

No histórico de ações voltadas à humanização da assistência à saúde da mulher, percebe-se como prioridade a humanização no momento do parto, não sendo conferida a mesma importância às demais etapas do ciclo gravídico-puerperal. Compreende-se a essencialidade do cuidado humanizado no pré-natal, visto que esse período é o primeiro passo para uma gestação tranquila e saudável, além de contribuir para diminuição de indicadores de morbimortalidade materna e fetal, preparação materna e paterna, aquisição de autonomia dos diferentes sujeitos envolvidos e a vivência segura da gestação (ZAMPIERI e ERDMANN, 2010).

A assistência pré-natal tem merecido especial atenção na saúde materno fetal, em vista da persistência de índices desfavoráveis, tais como os coeficientes de mortalidade materna e infantil. Devido a esses indicadores, emergem políticas para qualificação da assistência ao ciclo gestacional e puerperal (DUARTE, 2012).

A evolução das políticas públicas e dos programas de saúde percorre questões históricas e de interesse econômico do Brasil e do mundo. Inicialmente as políticas públicas surgem com a finalidade de garantir o controle social, privilegiando a higienização, a infância e a medicalização. Esta influência está associada ao capitalismo, o qual busca um corpo social produtivo. Uma das medidas implementadas foi a institucionalização do parto, acreditava-se que a intervenção médica poderia indicar melhorias na saúde materno infantil. A partir da década de 70, criam-se programas verticais como o Programa de Saúde Materno Infantil, em 1975, e o Programa de Prevenção à Gravidez de Alto Risco no de 1978 (NETO et al., 2008).

Uma das principais conquistas feministas e resultado do movimento sanitário existente na década de 80, foi a criação do PAISM em 1983, sendo este programa inédito para o período, uma vez que priorizava uma atenção não apenas voltada ao binômio mãe/bebê, mas a atenção à saúde da mulher em sua totalidade. Porém, este programa não se concretizou na prática, deixando lacunas consideráveis nesta área de atenção. (NETO et al., 2008).

Ainda desencadeou-se a Rede de Humanização ao Parto e Nascimento (REHUNA) em 1993, a qual apoiou, promoveu e reivindicou a prática humanizada na atenção ao parto e nascimento em suas diferentes etapas, enfatizando o protagonismo da mulher, da unidade mãe/bebê e da medicina baseada em evidências científicas (RATTNER et al., 2010).

Quanto aos avanços nos programas de saúde nacionais, aponta-se a criação do PHPN, em 2000, com o objetivo primordial de assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania (BRASIL, 2002). O programa buscou contemplar ações em diferentes níveis, nas práticas pré-natais e suas bases conceituais, em consonância com os modelos utilizados em todo o mundo. Na prática, essa proposta prevê a garantia de ações para realização de um pré-natal qualificado, como o número de consultas, a captação precoce das gestantes, a realização de exames laboratoriais, ações de educação em saúde e um atendimento humanizado vislumbrando as demandas e o contexto das gestantes e suas famílias (SILVA, CECATTI e SERRUYA, 2005).

Frente às questões apresentadas, Zampieri e Erdmann (2010) apontam entraves que dificultam a humanização do pré-natal, e apresentam desafios a serem superados ou minimizados para qualificação da assistência humanizada, como a exclusão das gestantes dos serviços de saúde, a negação do seu protagonismo no processo de nascimento, a desatenção e o desrespeito à alteridade das mulheres e a desarticulação entre os serviços de saúde.

Em, 2001, o Programa denominado Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher, reafirma essas diretrizes e ressalta a valorização do contexto cultural, histórico e

antropológico dos indivíduos, pois suas significações e percepções sob a forma de cuidar e ser cuidado são criadas a partir de sua visão de mundo. É por meio dessa abrangência conceitual que é possível identificar estratégias e programas de saúde que possam reduzir o distanciamento entre os vastos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos neste século e sua limitada aplicação na práxis, com uma visão humanística, na promoção da saúde das pessoas (BRASIL, 2001).

Destaca-se ainda, a criação da Política Nacional de Humanização em 2003. Esta se torna um marco histórico, uma vez que a humanização da atenção é pautada como uma política transversal, alicerçada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), ou seja, corresponde às diferentes ações e instâncias gestoras do SUS. Esta política define como humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde, o fomento da autonomia e protagonismo dos usuários, a corresponsabilidade entre os diferentes sujeitos envolvidos, o estabelecimento de vínculos solidários e participação popular no processo de gestão, a identificação das necessidades sociais de saúde, a mudança no modelo de atenção com foco nas necessidades dos usuários e na produção de saúde e também perpassa um compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento (BRASIL, 2003).

Conforme a PNH, a operacionalização da política ocorre por meio da troca e construção de saberes, do trabalho em rede com apoio de equipe multiprofissional, da identificação das necessidades, desejos e interesses dos diferentes sujeitos nos campos de saúde, pelo pacto de gestão entre as distintas esferas (federal, estadual e municipal), pacto entre as instâncias de atenção e gestão, assim como gestores, profissionais de saúde e usuários. Além disso, a humanização resgata as práticas de saúde do SUS reconhecendo os sujeitos como ativos e protagonistas nas ações em saúde. Nesta lógica, estes devem buscar construir redes solidárias e interativas que contribuam para a participação e protagonismo nas ações (BRASIL, 2003).

Ainda, é importante alicerçar as ações dos profissionais de saúde e demais esferas na produção de saúde, nos princípios norteadores da PNH. Estes norteiam os caminhos para aproximação da humanização da atenção, sendo eles: valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão do SUS, fortalecimento do trabalho em equipe, apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde, construção da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS, corresponsabilidade dos sujeitos, fortalecimento do controle social, compromisso com a

democratização das relações de trabalho, valorização dos profissionais de saúde e estímulo à educação permanente (BRASIL 2003).

Ressalta-se que PNH é o eixo norteador para as demais políticas públicas e programas de saúde que perpassam a humanização na atenção pré-natal. Neste estudo, busca-se um olhar pautado nos conceitos, na operacionalização e nos princípios da Política Nacional de Humanização, sobre a atenção pré-natal, associando estes pressupostos com a práxis assistencial. Nesta direção, também são destacadas as propostas do Ministério da Saúde específicas à atenção à saúde da mulher no período gravídico-puerperal reforçadas neste estudo.

Em consonância com os princípios da política de humanização, o momento do pré-natal é propício para uma atenção singular. Neste espaço é possível criar condições para que a gestante participe dos cuidados, atuando de forma compartilhada, na criação de um elo, a fim de que as ações sejam coerentes com o seu modo de vida, valorizem as especificidades, as crenças e os hábitos culturais de cada gestante (BARUFFI, 2004).

O exercício da democratização do saber, ou seja, compartilhar cuidados alicerçados no saber profissional e com a valorização dos conhecimentos populares é um dos principais desafios na atenção pré-natal. Deve-se estimular a busca da autonomia e do protagonismo das gestantes, uma vez que, ao serem informadas sobre sua situação de saúde e serem incentivadas a participar das decisões referentes à sua vida, estará oferecendo uma atenção balizada na saúde como um direito à gestante (RESSEL, 2008).

Destaca-se ainda, que ao considerar 2004 o ano da mulher, foi criada a PNAISM, sendo esta política abrangente na perspectiva de gênero, de integralidade e de promoção da saúde como princípios norteadores. Ademais procura consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, busca melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual contra a mulher. Prevê também ações para prevenção e o tratamento de mulheres portadoras do HIV/Aids, de doenças e agravos não transmissíveis e de câncer ginecológico, ampliando as ações para a população de acordo com suas singularidades e necessidades, sendo uma proposta de construção coletiva da cidadania dos diversos parceiros para a concretização das políticas, reforçando a relevância do empoderamento das usuárias do SUS e sua participação nas instâncias de controle social (NETO et al., 2008).

Cabe citar nesta revisão outra ação que trouxe contribuições à humanização da assistência na área em estudo, que foi a publicação do manual técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada, atualizado no ano de 2006. Nele foram elencados aspectos

aproximadores à humanização da assistência no pré-natal, tais como a provisão dos recursos; organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, para com isso evitar intervenções desnecessárias; estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia; e o compartilhamento com a mulher e sua família das decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2006).

Mais recentemente, em 2011, foi lançada a Rede Cegonha que tem como princípios na atenção à saúde da mulher e do recém-nascido, a defesa dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial e às diferenças regionais e de equidade; o enfoque de gênero; os direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes; a mobilização e a participação popular (BRASIL, 2011). Esta estratégia incentiva os gestores, profissionais de saúde e usuários a refletir sob o modelo engessado de atenção ao parto e ao nascimento predominante, o qual prioriza apenas questões biológicas. Entende-se que a mulher grávida deve ser protagonista neste processo, para que a experiência da gravidez seja vivenciada de maneira saudável e segura (CAVALCANTI et al., 2013).

No município de Santa Maria, cenário deste estudo, a Rede Cegonha encontra-se em processo de implementação. Tendo iniciada a adesão do município pelo componente de pré-natal, entre algumas ações previstas estão: captação precoce das gestantes, qualificação da atenção prestada, acolhimento às intercorrências, acesso ao pré-natal de alto risco, acesso aos exames e seus resultados em tempo oportuno, vinculação da gestante aos serviços, qualificação do sistema de informação, apoio no transporte da gestante, implementação de estratégias de comunicação social e ações educativas e prevenção e tratamento de DST/HIV/AIDS e hepatites (BRASIL, 2011).

Já em 2014 foi publicado pelo MS o Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento, o qual reforça os princípios e diretrizes da PNH buscando dar visibilidade aos direitos das mulheres grávidas. Ainda reforça a importância da ampliação e qualificação do acesso aos serviços de saúde no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2014)

As políticas e programas propostos pelo MS revelam que a atenção pré-natal supera procedimentos pontuais, necessitando aliar a teoria a prática dos profissionais de saúde. É preciso um planejamento de cuidados, a fim de adaptar os mesmos as condições de vida de cada gestante dentro de suas limitações e procurar desenvolver uma assistência eficaz a essas mulheres, sendo a partir de uma visão integral o caminho para aproximação de uma assistência humanizada.

2.2 Profissionais de saúde e seu papel frente ao processo de humanização na atenção pré-natal

A atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde, podendo a intervenção ser realizada pelo profissional médico ou enfermeiro, em equipes de atenção básica e saúde da família. Entretanto, outros profissionais podem e necessitam estar inseridos no cuidado à mulher e seu bebê no período gravídico-puerperal a fim de qualificar e humanizar esta atenção (FIGUEIREDO e ROSSONI, 2008).

Os autores supracitados enfatizam sobre a importância da sensibilização da equipe de saúde para inclusão dos profissionais disponíveis para complementação do pré-natal, por meio de agendamentos ou interconsultas, dado que nutricionistas, psicólogos, dentistas e assistentes sociais, além do médico e do enfermeiro, também apresentam contribuições para manutenção do bem estar materno e fetal. Ainda, além desses profissionais reforça-se a participação dos técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais (BRASIL, 2006).

De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 –, o pré-natal de risco habitual pode ser acompanhado pelo enfermeiro. Na atenção pré-natal o enfermeiro possui autonomia para desenvolver a consulta e realizar as condutas necessárias preconizadas pelas políticas públicas e programas de saúde referentes ao pré-natal e a saúde da mulher. Aos poucos o atendimento nas consultas de enfermagem está tomando novas perspectivas, com uma visão holística e humanista. Com isso, busca-se interpretar a percepção que a gestante tem com relação a sua experiência da maternidade no contexto mais amplo, isto inclui o seu ambiente, sua família, as mudanças físicas, psicológicas e sociais, por ser essa uma experiência única (RIOS e VIERA, 2007).

Aos profissionais de saúde dentro das competências específicas de cada profissão cabe solicitar exames, orientar tratamentos, orientar fatores de risco, identificar gestantes de risco e encaminhar a unidade de referência, realizar coleta de exame citopatológico, atualizar o cartão da gestante, participar de grupo de gestantes e visitas domiciliares e o olhar atento frente às intercorrências gestacionais.

Além das atribuições acima cabe aos profissionais de saúde, outras demandas como a essencialidade de desenvolver ações educativas e de promoção de saúde, a criação de vínculo, o respeito aos valores e à cultura da mulher sendo esses aspectos indispensáveis para acolhimento e adesão da gestante ao pré-natal (LANDERDAHL et al., 2007).

No estudo de Anversa et al. (2012), são apresentados dados que revelam que apenas 20% das gestantes do Município de Santa Maria, RS, Brasil, atendidas nos modelos de atenção de unidade básicas de saúde e estratégias de saúde da família realizaram atividades educativas durante o pré-natal no período da pesquisa, como, grupo de gestantes ou orientações em sala de espera, revelando fragilidades em atividades de prevenção e promoção de saúde.

A humanização da assistência exige uma mudança de comportamento, a fim de romper com a acomodação na práxis e desenvolver a responsabilização com a continuidade no atendimento. É importante uma dinâmica voltada à abertura para questionamentos, ao permitir a expressão de dúvidas e possibilidade de ressignificações de saberes e práticas, sendo as ações educativas uma das estratégias para fortalecer estes espaços de participação ativa das mulheres (MULLER, ARAUJO e BONILHA, 2007).

Martins e Bógus (2004) ressaltam a relação de humanização e promoção em saúde, considerando que promover saúde e humanizar a atenção são trabalhos processuais de longo prazo, dinâmicos e intimamente relacionados entre o si e o contexto em que se desenvolvem, constituindo uma intersecção entre relacionamento humano e tecnologia. Para tanto, os profissionais de saúde na sua práxis necessitam superar a dicotomia existente entre a tecnologia versus o fator humano. É essencial, nesta direção, compreender a inserção das tecnologias leves na prática assistencial, como as tecnologias de escuta e de negociação das regras comportamentais e organizacionais (DESLANDES, 2006).

As tecnologias de cuidado dividem-se em leves, leve-duras e duras. As leves baseiam-se nas relações, no acolhimento dos usuários e no ato vivo de cuidar. A leve-duras correspondem ao saber estruturado e sistematizado, como a clínica em si, a epidemiologia e os diagnósticos e finalmente, as duras, exemplificadas pelas máquinas e equipamentos (CAMURI e DIMENSTEIN, 2010). Concorda-se que para a mudança no modelo de atenção, faz-se necessária uma transição tecnológica, ou seja, produzir saúde por meio de tecnologias leves e relacionais, pautadas nas necessidades das usuárias (MERHY e FRANCO, 2003).

Por outro lado, a visão etnocêntrica perpetuada na racionalidade biomédica é um dos principais pontos de questionamento e necessidade de reconstrução. Entende-se que paradigmas cartesianos e verticalizados são comprovadamente entraves para um atendimento humanizado e conseqüentemente qualificado. Concorda-se com Muller, Araujo e Bonilha (2007) que, ao agregar as crenças, os costumes e o conhecimento popular de forma harmônica com o saber científico e formal, configura-se um passaporte para a viagem ao novo horizonte

voltado à humanização. Essa nova abordagem pode possibilitar aos profissionais uma dimensão criativa e viva em seu processo de trabalho, fortalecendo vínculos e aprofundando relações.

É necessária a compreensão que a mudança de padrões fortalecidos culturalmente, implica o respeito no direito de escolha dos indivíduos, e que isso se concretiza diante da aceitação, da valorização e do entendimento dos sujeitos envolvidos, ou seja, de quem cuida e de quem compartilha desses cuidados (PROGIANTI e COSTA, 2008). Vale destacar que os profissionais de saúde são apenas um dos pilares na pirâmide de construção e aproximação do cuidado humanizado, é essencial que sua prática seja embasada em ações que transbordem uma visão verticalizada e busquem compreender todos os aspectos que envolvem a gestação.

O estudo de Rodrigues, Nascimento e Araújo (2011) assinala investimentos necessários para qualificação profissional, e em consequência disso, a garantia de um atendimento humanizado na assistência pré-natal. Citam como investimentos essenciais as capacitações teóricas e práticas específicas; o fornecimento de informações e esclarecimentos sobre a importância da incorporação e do uso de protocolos assistenciais; e a criação de protocolos que promovam a interação do trabalho médico e de enfermagem com vistas à melhoria da qualidade dos serviços.

Ainda reforça-se a necessidade do desenvolvimento de esforço coletivo reivindicatório entre gestores, profissionais de saúde e comunidade para implantação de políticas públicas de saúde que sustentem seus programas, e que o atendimento à mulher ocorra de forma integral e humanizada, indo ao encontro dos princípios do SUS e, busquem a horizontalidade, aproximando-se das realidades do contexto para implantação de programas como o PHPN (MARTINS, SILVA e SANTOS, 2011).

Nesse sentido, visualiza-se a responsabilidade dos profissionais de saúde na humanização da atenção pré-natal, na qual devem estar articulados com outras esferas de gestão. Ademais, são muitos os desafios lançados nas políticas e programas de saúde que necessitam ser melhor discutidos para sua real implementação e, principalmente, a compreensão e o entendimento dos profissionais acerca desses pressupostos.

2.3 Humanização da atenção pré-natal e a antropologia cultural

Ao tratar das questões culturais relacionando-as à humanização na atenção pré-natal, concorda-se com autoras, que afirmam ser possível perceber que a cultura impregna conceitos e significados na forma de agir e de compreender os grupos sociais. A construção cultural é

um processo ativo em constante transformação e significação, o que possibilita o avanço de práticas, sua validação ou não nas diferentes épocas vivenciadas (MÜLLER, ARAUJO, BONILHA, 2007). A cultura tornou-se um elemento altamente complexo e diversificado, que deve ser concebido sob uma nova perspectiva, que a afasta de um conceito estático e normatizador do comportamento das pessoas, e aponta para a subjetividade e a diversidade cultural (RESSEL, 2003).

Convergindo com as ideias de Geertz (1989) entende-se os indivíduos como seres culturais que conduzem suas vidas por meio de uma construção de produtos culturais, estando sujeitos a diversas influências. Dessa forma, o homem se expressa através de símbolos e se organiza a partir de concepções e conceitos vivenciados em sua trajetória, na busca de significados para a sua existência (GEERTZ, 1989).

Nessa direção, ao entender que a cultura permeia os relacionamentos humanos e define os cuidados em saúde, cria-se um espaço para repensar as práticas profissionais e a interação com as pessoas nos serviços de saúde. Logo, torna-se necessário o encontro entre a cultura dos profissionais de saúde e das pessoas por eles atendidas, o que pode representar a construção de um espaço significativo de trocas e intercâmbios de saberes, informações e ações em saúde (MÜLLER, ARAUJO, BONILHA, 2007).

Assim, entende-se que a humanização da assistência perpassa uma nova construção do modelo de atenção à saúde. Busca-se um modelo centrado na possibilidade de comunicação e diálogo entre usuários, profissionais e gestores, almejando instituir uma "nova cultura de atendimento". Com isso ressalta-se que não se muda um modelo de atendimento verticalizado e enraizado nas ações em saúde somente com capacitações dirigidas aos profissionais. Uma das principais estratégias a essa nova cultura é um investimento significativo na formação, desde a graduação, fortalecendo a construção de novos significados e de práticas humanizadas, uma vez que, as diferentes formas de cuidar e ser cuidado se estabelecem nas vivências de cada indivíduo (DESLANDES, 2006).

Ressalta-se ainda que, no âmbito do processo de humanização no cuidado pré-natal, há diferentes protagonistas e necessidade de responsabilização entre eles. As interações entre os atores são influenciadas por lógicas culturais que as antecedem, sendo a comunicação um elemento primordial para humanização. Nesse sentido devem-se analisar as (im)possibilidades comunicacionais dentro da organização dos serviços de saúde. Compreende-se, nesta esteira de pensamento que para facilitar o processo pautado em diálogo e ações compartilhadas, é fundamental um projeto de gestão que democratize as estruturas de

poder, que fortaleça a comunicação, que desenvolva formas de avaliação e comprometimento nas diferentes esferas (DESLANDES, 2006).

Uma vez que a realidade do modelo biomédico apresenta ações em saúde pautadas em normas, protocolos e de maneira reguladora, observa-se as ofertas de ações com realização de procedimentos rotinizados e com baixa capacidade resolutiva. Prioriza-se, neste contexto, a clínica epidemiológica, que ao negar a subjetividade e a individualidade dos sujeitos, estabelece uma visão unilateral e padroniza o cuidado, distanciando o que se preconiza acerca da humanização da atenção (MÜLLER, ARAUJO e BONILHA, 2007).

Por outro lado, ao conhecer as crenças e as práticas das pessoas em relação a sua saúde permite aos profissionais, não somente, identificar e ressignificar práticas, muitas vezes consideradas como tradições ultrapassadas, se comparadas ao avanço técnico-científico da medicina ocidental, mas estabelece uma ponte de comunicação entre os sistemas de cuidados das pessoas e os conhecimentos técnico-científicos dos profissionais de saúde (BRAVO, 2006).

Aproximando o aspecto cultural com a atenção à mulher no período gravídico puerperal, Spindola, Penna e Proginart (2006) afirmam que os profissionais envolvidos na atenção obstétrica precisam estar qualificados para reconhecer que as características socioeconômicas e culturais influenciam no desenvolvimento e nos cuidados do período gestacional, do parto e do pós-parto. Dessa maneira, faz-se necessário o entendimento do contexto da humanização na atenção pré-natal e a importância dos profissionais distinguirem a dimensão subjetiva das gestantes.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Apresenta-se neste capítulo o delineamento da pesquisa; o cenário do estudo; os participantes do estudo; os procedimentos e as técnicas de coleta e registro de dados; os procedimentos e as técnicas de análise de dados e interpretação dos dados e os aspectos éticos.

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório e com abordagem qualitativa, alicerçado nas políticas públicas e programas de saúde nacionais. O estudo de campo focaliza uma comunidade, não necessariamente geográfica, por meio da observação direta e de entrevistas com informantes para captar suas explicações e interpretações do que ocorre no grupo (GIL, 2007).

Quanto ao estudo descritivo exploratório, este busca conhecer as distintas situações e relações que ocorrem na vida social, política, econômica e nos diferentes aspectos do comportamento humano, tanto isoladamente quanto em grupos e comunidades complexas. Esse tipo de pesquisa trabalha sobre dados ou fatos colhidos da própria realidade, sendo desenvolvido, principalmente nas ciências humanas e sociais, objetivando abordar dados e problemas relevantes cujo registro não consta de documentos (CERVO, BERVIAN, SILVA, 2007).

Ao resgatar a questão norteadora do estudo, percebe-se a necessidade de utilizar o método qualitativo ao trabalhar com a temática de humanização, o qual se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das percepções e opiniões, produtos das interpretações que as pessoas fazem a respeito de como vivem, se relacionam, constroem seus artefatos e a si mesmo, sentem e pensam. Ainda, destaca-se que o método propicia a construção de novas abordagens, revisão e criação de novos conceitos e categorias durante a investigação (MINAYO, 2010).

Este estudo desenhou-se por meio de uma análise das políticas públicas e dos programas de saúde nacionais ao observar/acompanhar a práxis dos profissionais de saúde, a fim de auxiliar no entendimento do contexto da humanização na atenção pré-natal de maneira mais densa e singular. Compreende-se que a práxis na atenção pré-natal deve caminhar conjuntamente com as estratégias brasileiras para efetivação da humanização nas ações em

saúde. Por meio desta pesquisa, buscou-se um olhar crítico possibilitando relevar fatores de aproximação e distanciamento do cuidado humanizado no pré-natal.

3.2 Cenário de pesquisa

A atenção básica (AB) em saúde do município onde se desenvolveu o estudo é composta por 31 unidades, das quais 18 são Unidades básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 são Unidade de Saúde da Família (USF), sendo que três unidades contam com equipe dupla, contabilizando 16 equipes no total (ANVERSA et al., 2012).

Justifica-se a escolha de USF como cenário, em consonância com a proposta da Política Nacional de Atenção Básica aprovada em 2011, que define a Estratégia Saúde da Família na atenção básica como porta de entrada dos usuários e estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica (BRASIL, 2011).

Conforme informações fornecidas por responsável na área da atenção básica – saúde da mulher, da Secretaria Municipal de Saúde do município em estudo, as 16 equipes das AB/USF realizam ações voltadas à saúde da mulher.

O campo para realização do estudo foi composto por quatro Unidades de Saúde da Família da rede básica de saúde de um município do Sul do Brasil. Destas, três apresentavam uma equipe de saúde da família e uma contava com equipe dupla.

A escolha dos cenários ocorreu mediante sorteio. Conforme a ordem das USF sorteadas realizou-se contato prévio por meio dos telefones disponíveis no site da prefeitura com os possíveis campos e participantes do estudo para apresentação da proposta do projeto. Posteriormente de acordo com disponibilidade e interesse na participação do estudo, foi concordado em conjunto com os participantes o cronograma e a organização das atividades. Na captação das equipes, duas USF justificaram a inviabilidade de participação no estudo em virtude da demanda do serviço, visto a sobrecarga de trabalho e falta de recursos humanos. Quando ocorreu a recusa, a pesquisadora continuou seguindo a ordem sorteada a fim de contatar novos participantes.

3.3 Participantes do estudo

Os participantes do estudo foram cinco enfermeiros e três médicos que atuavam nas Unidades de Saúde da Família da atenção básica de saúde do referido município e desenvolviam ações na abrangência da atenção pré-natal. A atuação na atenção pré-natal

compreendeu o acompanhamento de diferentes ações, como: consulta médica, consulta de enfermagem, reuniões de equipe e atividades educativas.

Destaca-se que os enfermeiros (cinco) das quatro USF participaram do estudo, sendo que uma destas contava com equipe dupla. Quanto aos profissionais médicos, num dos serviços de saúde da família a coleta de dados ocorreu concomitante a um processo de troca de profissional médico, respeitando o período de adaptação do mesmo a pesquisadora optou por não convidá-lo. Na USF com equipe dupla um médico prestava o atendimento das duas equipes, correspondendo ao número final de três médicos participantes.

Os critérios de **inclusão** dos sujeitos compreenderam: profissionais enfermeiros e médicos que desenvolvessem ações referentes à atenção pré-natal nas Unidades de Saúde da Família selecionadas para o estudo.

Os critérios de **exclusão** foram: enfermeiros e médicos que estivessem afastados do serviço no momento da pesquisa, ou que estivessem se integrando ao serviço no período de coleta dados.

O número de participantes deste estudo foi baseado em orientações de Minayo (2010), que afirma que o critério norteador para a amostra em pesquisas qualitativas não é o numérico, pois uma amostra em estudo qualitativo baliza-se numa proposta em que os colaboradores componham um conjunto diversificado, detenham os atributos que se pretende investigar e sejam em número suficiente que permita a reincidência das informações, o que ela chama de saturação de dados. Nesta direção, o número de participantes contemplou-se por meio da saturação de dados e ao atingir o objetivo deste estudo.

3.4 Procedimentos e as técnicas de coleta e registro de dados

A coleta de dados percorreu o período de fevereiro a junho de 2014, durante as ações realizadas por enfermeiros e médicos nas USF. Foram utilizadas as técnicas de **observação participante** e **entrevista semiestruturada**.

Para **aproximação com o campo de estudo**, após contato telefônico realizou-se um encontro com os profissionais de saúde das USF selecionadas. A pesquisadora apresentou o estudo e explicou o motivo de sua inserção no campo, os objetivos da pesquisa e a relevância da realização da mesma. Disponibilizou aos participantes cópia do projeto de pesquisa e o tempo necessário para leitura e compreensão da proposta, e colocou-se à disposição para sanar quaisquer dúvidas. Nesse momento foram assegurados a todos os envolvidos, que o estudo respeita os preceitos éticos de pesquisas que envolvem seres humanos.

Após a confirmação da participação na pesquisa juntamente com os participantes do estudo, planejou-se as atividades de atenção pré-natal que a pesquisadora acompanharia; e a mesma informou seu contato pessoal, caso eventualmente, ocorresse uma atividade que estivesse fora deste cronograma, a qual os profissionais considerassem de relevância voltada à atenção pré-natal.

A organização das ações de pré-natal variava entre as USF selecionadas, muitas vezes ocorriam em dias e horários diferenciados, o que possibilitou que a pesquisadora realizasse concomitantemente a coleta de dados em mais de uma USF.

Após as combinações iniciais, deu-se início a técnica de observação participante, na modalidade de participante-como-observador, o qual o pesquisador esclarece para si e para o grupo pesquisado que sua relação com o campo em estudo limita-se ao tempo da pesquisa. A observação tende a ser um processo profundo, pautado na atuação solidária e vivência conjunta dos acontecimentos durante as atividades cotidianas (MINAYO, 2010). Geralmente o observador-como-participante utiliza a entrevista para enriquecer o estudo, devido ao período considerado curto de observação. O tempo de realização da observação participante variou entre um mês a dois meses em cada USF, totalizando 140 horas de observação.

Com o objetivo de auxiliar na coleta dos dados durante a observação foi utilizado um roteiro (Apêndice A) adaptado para este estudo, descrito por Victoria, Knauth e Hassen (2000). São destacados pelas autoras cuidados essenciais que foram realizados pela pesquisadora ao utilizar tal técnica na coleta de dados, na qual se observou minuciosamente o ambiente interno e externo do contexto, principalmente, as relações entre os ambientes, entre as pessoas, a sua localização, as alterações no ambiente durante a observação e a distância com relação ao pesquisador. Além disso, as autoras consideram importante observar a linguagem dos informantes, os comportamentos e os relacionamentos das pessoas entre elas e com a observadora. Observou-se também o tempo de ocorrência em diferentes momentos.

Na observação participante o pesquisador vivencia pessoalmente o evento de sua análise para melhor entendê-lo, percebendo e agindo diligentemente, de acordo com as suas interpretações daquele mundo; participa nas relações sociais e procura entender as ações no contexto da situação observada (PROENÇA, 2008).

A observação auxilia muito o pesquisador e sua maior vantagem está relacionada com a possibilidade de se obter a informação na ocorrência espontânea do fato. Uma atitude de observador consiste em colocar-se sob o ponto de vista do grupo pesquisado, com respeito e empatia. Ressalta-se que não há limite temporal e espacial para realização da observação participante. O tempo determinado para a saída do pesquisador do campo deve ser

estabelecido pelo próprio objetivo do estudo, bem como pela saturação dos dados. (QUEIROZ et al., 2007). Logo, conforme eram acompanhadas as atividades de pré-natal, a pesquisadora resgatava o objetivo do estudo e confirmava o momento em que já poderia afastar-se do campo.

Ainda, Victoria, Knauth e Hassen (2000), descrevem a **observação participante** em três diferentes etapas percorridas pela pesquisadora no desenvolvimento do estudo. Na **primeira fase**, ocorre a aproximação com o cenário do estudo, a fim de atenuar a distância entre os participantes e o pesquisador, assim como a aceitação da realização do estudo. Esta fase exigiu sensibilidade da pesquisadora, pois a mesma era nova naquele espaço de atenção à saúde e necessitava respeitar seu tempo de adaptação e aproximar-se dos profissionais de saúde, a fim de que estes tivessem confiança para compartilhar suas percepções e vivências de atuação profissional.

A **segunda fase**, diz respeito à visão do conjunto da comunidade e dos diferentes fatores que compõem e influenciam as ações dos observados, a fim de compreender o contexto vivenciado. Neste momento a pesquisadora precisou liberta-se de conceitos pré-estabelecidos e conhecer a realidade do serviço que observava. Ainda, reforça-se a compreensão de que humanização em saúde compreende um conjunto que vai além da atuação dos profissionais de saúde e envolve diferentes instâncias que necessitam estar interligadas e devem ser consideradas ao realizar a observação.

A **última e terceira fase** é considerada a mais delicada e nela enfatiza-se a importância da sistematização e da organização dos dados para posterior análise. Os dados devem garantir que na análise o pesquisador conheça a situação real do grupo e suas percepções da temática escolhida. A organização dos dados objetivou clarear aspectos relevantes e que caracterizavam as ações desenvolvidas na atenção pré-natal dentro das singularidades e realidade de cada serviço. O entendimento de cada contexto vivenciado instigava na pesquisadora momentos de reflexão, ao colocar-se no lugar do outro e questionar-se acerca de como intervir frente às distintas possibilidades e impossibilidades nas ações de atenção pré-natal, visando um atendimento humanizado.

Ressalta-se ao acompanhar as ações de atenção pré-natal, que os profissionais de saúde apresentavam a observadora às gestantes e reforçavam a importância de realização do estudo para aprimoramento das ações prestadas na atenção pré-natal. A pesquisadora buscava aproximar-se das gestantes e realizava um primeiro contato já na sala de espera a fim de que se sentissem a vontade enquanto era realizada a observação durante as ações de pré-natal.

Os dados observados foram registrados no diário de campo da pesquisadora que ocorriam no momento da observação e aprofundados posteriormente. O uso do diário de campo objetivou a documentação dos acontecimentos vivenciados de forma mais aprofundada. Segundo Minayo (2010), o diário de campo é um caderno, em que o investigador, vai anotando o que observa e que não é objeto de nenhuma modalidade da entrevista. São descritas nesse espaço impressões pessoais que podem sofrer mudanças com o tempo; observação de comportamento; resultados de conversas informais; entre diferentes aspectos que podem enriquecer o estudo.

Após a observação dos cenários de estudo, optou-se pela finalização com a **entrevista semiestruturada** com os profissionais de saúde observados, por meio de um instrumento previamente elaborado (Apêndice B), a fim de complementar e enriquecer a coleta de dados. A entrevista constitui-se de questões fechadas, relativas à identificação do grupo em estudo, e questões abertas, norteadoras à temática em questão. Ao optar pela entrevista semiestruturada considerou-se a possibilidade de permitir ao entrevistado discorrer sobre o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador, e a este a possibilidade de manter o direcionamento da entrevista no foco do tema estudado (MINAYO, 2010).

Ainda, a grande vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e coerente da informação desejada, praticamente com qualquer tipo de entrevistado e sobre os mais variados tópicos. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações que a tornam eficaz na obtenção das informações desejadas (MARTINS, BÓGUS, 2004).

As entrevistas foram realizadas conforme disponibilidade dos entrevistados. As mesmas eram previamente agendadas, realizadas nas USF, em turnos de menor movimento escolhido pelos participantes. Os dados foram gravados com autorização dos entrevistados, e depois transcritos para análise e interpretação da pesquisadora.

Foi utilizado o sistema alfa numérico para identificação dos sujeitos da pesquisa, com a letra "E" para os enfermeiros e "M" para os médicos e uma numeração de forma aleatória. As observações também seguiram a mesma organização, identificadas pela letra "O" e os serviços numerados aleatoriamente.

3.5 Técnicas de análise e interpretação dos dados

A análise dos dados foi fundamentada na **proposta operativa** de Minayo (2010), caracterizada por dois níveis operacionais. A análise dos dados esteve aliada ao período de

coleta de dados, a qual foi alicerçada no diário de campo e nas entrevistas transcritas buscando um aprofundamento denso na temática da pesquisa.

O **primeiro nível operacional, a fase exploratória**, trata-se das determinações fundamentais, o qual é mapeado na fase exploratória da investigação. Este momento foi marcado pela compreensão do contexto sócio-histórico do grupo social pesquisado, perfazendo a história e caracterização do grupo, os ambientes, aspectos políticos e econômicos, os sistemas de saúde, os profissionais de saúde, ou seja, estabeleceu-se o perfil do contexto em que ocorreu o estudo.

Em seguida, percorre-se o **segundo momento operacional**, denominado de **interpretativo** definido pela autora como o ponto de partida e de chegada de qualquer investigação, nesta etapa há o encontro com os fatos empíricos. Buscou-se encontrar nos relatos e nas observações dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e interpretações acerca do tema investigado. A fase interpretativa é apresentada em duas etapas, respectivamente **ordenação dos dados e classificação dos dados**.

A primeira fase, denominada, **ordenação dos dados** incluiu a transcrição do material obtido, releitura do material, a organização dos relatos e dos dados observados em determinada ordem, estas ações realizadas permitiram supor uma classificação inicial. A fase permitiu ao investigador a visualização de um mapa horizontal das descobertas no campo estudado.

A **classificação dos dados**, segunda fase, consistiu no processo de construção do conhecimento de maneira mais complexa, o momento classificatório percorreu as seguintes etapas:

- **Leitura horizontal e exaustiva dos textos:** Iniciou-se o primeiro contato com o material do campo, por meio da leitura flutuante, de cada entrevista e das observações. A pesquisadora realizou as anotações de suas primeiras impressões na busca da coerência entre as informações. Permitiu-se conhecer as estruturas de relevância e as ideias centrais.

- **Leitura transversal:** Realizou a leitura transversal, na qual há um processo de recorte do material coletado, no processo classificatório, a pesquisadora separou por temas, categorias ou unidades de sentido, aproximando as partes semelhantes, buscou perceber as conexões existentes entre elas, e guardou-as em códigos. Após, a pesquisadora fez um enxugamento de suas classificações, diminuindo as unidades de sentido, a fim de compreender e interpretar o que foi exposto com mais relevância e representatividade pelo grupo estudado. E por fim, agrupou os códigos analisados, formando as categorias centrais.

- **Análise final:** As etapas de ordenação e classificação demandaram um aprofundamento e compreensão do material empírico, destacando, que este deve ser o ponto de partida e o ponto de chegada da compreensão e interpretação. Estes dados obtidos, na análise final foram associados ao referencial teórico, possibilitando responder a questão que norteava o estudo e atingiu-se o objetivo do mesmo.

- **Relatório final:** O relatório final configurou-se na síntese, na qual o objeto de estudo é o foco central, este deve estar claro durante todo o texto. O relatório deste estudo consiste nesta apresentação dos resultados da pesquisa em forma de manuscrito para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

3.6 Aspectos Éticos

Toda a pesquisa está amparada pela condução ética, tendo sido assegurados e valorizados os aspectos éticos e legais no decorrer do estudo. Por conseguinte, os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, foram seguidos durante todo o estudo (BRASIL, 2012).

Percorreu-se burocrática e eticamente as seguintes etapas: inicialmente o projeto de pesquisa foi registrado no Sistema de Informações Educacionais (SIE/UFSM) e no Gabinete de Apoio à Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde, depois foi encaminhado à Secretaria Municipal de Saúde de Santa Maria (SMSSM). Tendo a aprovação dessa instância, encaminhou-se para apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CEP), por meio da Plataforma Brasil Online, sendo aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, conforme parecer nº 513.040, sob o número do CAAE 26467413.9.0000.5346 (ANEXO A).

Reforça-se que a coleta de dados teve início somente após aprovação das instâncias supracitadas. As questões éticas previstas compreenderam também a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C) em duas vias, sendo uma da pesquisadora e outra do participante do estudo e do Termo de Confidencialidade (APÊNDICE D).

Previamente à coleta de dados, foi disponibilizado aos participantes o TCLE. Após conhecimento e leitura do mesmo, e, se de acordo com o mesmo, ratificou-se com a assinatura dos participantes. Estes estavam informados do objetivo do estudo e da livre participação.

Também foram esclarecidos os benefícios do estudo, enfatizando que os participantes não teriam nenhum benefício de forma direta, porém a pesquisa poderia disponibilizar maior produção de conhecimento acerca da humanização na atenção pré-natal, podendo auxiliar na qualificação da atenção pré-natal no município. Os riscos possíveis aos participantes, referiam-se a algum constrangimento que pudessem sentir ao realizar a entrevista ou no momento em que a pesquisadora fizesse a observação.

No caso de ocorrer algum constrangimento, a pesquisadora suspenderia a coleta de dados e conversaria com o participante do estudo, reagendando e retomando esta etapa conforme preferência e disposição do participante. Neste estudo não ocorreu nenhum constrangimento ou necessidade de reagendamento das atividades. Além disso, enfatizou-se que os participantes podiam desistir de sua participação no estudo, sem nenhuma penalidade.

Ressalta-se que o compromisso ético desta pesquisa, implica ainda, no pesquisador retornar os resultados aos serviços e aos participantes envolvidos no processo, facultando, assim, um momento de ponderação, de reflexão e de discussão acerca da temática em estudo. Para tanto, combinou-se um encontro posterior ao término da pesquisa, junto aos participantes do estudo e representantes da Secretaria de Saúde do Município, para apresentação dos principais resultados desta, assim como a cópia do relatório final a cada serviço de saúde participante.

Ainda, o estudo possibilita o conhecimento das diferentes perspectivas e dimensões acerca do contexto da assistência humanizada na atenção pré-natal de risco habitual, sendo previsto que esses resultados serão compartilhados por meio de publicações científicas, apresentações em eventos da área e discussões junto ao grupo de pesquisa da UFSM, no qual o estudo encontra-se vinculado.

Outro item explicado aos participantes do estudo, foi que as informações desta pesquisa seriam de uso exclusivamente científico e que as gravações seriam transcritas e ficariam sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, professora Dr.^a Lúcia Beatriz Ressel, em forma de CD-ROM, por cinco anos após a apresentação da dissertação, no prédio do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM, na sala 1339. Após este período este material será destruído. Destaca-se que as entrevistas registradas em gravação digital foram deletadas imediatamente após a transcrição para os CDs.

Por fim, foi enfatizado o direito de privacidade dos sujeitos do estudo e de não serem expostos publicamente com qualquer tipo de identificação durante a pesquisa e nas publicações dos resultados, sendo confidencial sua identidade.

4 RESULTADOS

A apresentação dos resultados desta pesquisa envolvem dois momentos, primeiramente releva-se a caracterização dos profissionais de saúde, as peculiaridades observadas no atendimento e organização da atenção pré-natal nas USF selecionadas. O segundo momento compreende a apresentação dos resultados no formato de três artigos, sendo eles: Humanização da atenção pré-natal na voz dos profissionais de saúde; Um olhar sob as tensões e dificuldades para humanização da atenção pré-natal e "O SUS que dá certo": ações de aproximação com a humanização da atenção pré-natal.

A população estudada apresentou a faixa etária entre 25 a 55 anos. A formação dos profissionais de saúde foi de 75% em instituições privadas. O tempo de formação variou entre 5 a 33 anos. Quanto ao tempo de atuação na área de saúde da mulher a variação foi entre 3 a 30 anos.

Visualiza-se a busca por aprimoramento profissional por parte dos participantes, os cinco enfermeiros apresentavam especialização em saúde pública ou saúde da família. Ainda, destes havia um enfermeiro que se formou em um Programa de Residência Multiprofissional Integrada e dois estavam com especializações em andamento. Os três profissionais médicos eram especialistas em áreas específicas, um destes também tinha especialização em saúde da família.

Quanto à organização da atenção pré-natal nas quatro USF cenários deste estudo, em três serviços as consultas de pré-natal eram centralizadas num único dia da semana, ressaltado pelos profissionais a flexibilidade do atendimento quando surge alguma demanda espontânea, sendo a gestante atendida independente do dia. Ainda, um dos serviços disponibilizava a agenda livre, possibilitando a marcação em qualquer dia da semana.

O acompanhamento das marcações era registrado nas agendas, uma para o enfermeiro e outra para o médico. Os serviços de saúde procuram intercalar as consultas entre estes profissionais. Além da consulta, duas USF contavam em sua programação com ações de promoção em saúde e educativas, realizadas por meio de grupo de gestantes ou rodas de conversas. As demais unidades, conforme relato dos profissionais de saúde quando questionadas sobre a realização de ações nesta linha, informaram estar trabalhando em estratégias para viabilidade destas iniciativas. Os profissionais consideravam as mesmas importantes, porém revelam que a falta de recursos humanos, demanda excessiva e falta tempo são fatores que dificultam a efetivação das atividades educativas.

Vale destacar, que os cenários observados durante o estudo apresentavam acadêmicos das universidades do município, e atuação da Residência Multiprofissional Integrada de uma instituição federal. Logo, estes espaços são campos de formação de novos profissionais e possibilita-se o encontro entre a inovação, a experiência, o ensino e a prática.

A seguir apresenta-se um panorama das ações realizadas pelos profissionais de saúde, participantes deste estudo, a partir das observações feitas pela pesquisadora. Estas ações descritas foram acompanhadas ao longo do período de observação, durante consultas de enfermagem, consultas médicas, grupos de gestantes e rodas de conversa. Estas emanaram pelas demandas das próprias gestantes e associadas às prioridades dos profissionais na singularidade de cada situação.

Atividades realizadas pelos enfermeiros

Ações observadas: revisão do prontuário e histórico da gestante, preenchimento do SISPRENATAL, abertura de espaço para questionamentos, verificação da idade gestacional, cálculo da data provável de parto, atualização da carteira de vacinação, questionamento acerca de desconfortos e intercorrências, avaliação da saúde bucal, solicitação/avaliação de exames conforme a fase gestacional, solicitação de exames ao companheiro da gestante, solicitação de ultrassom, realização de exame físico, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, verificação de altura uterina, avaliação/questionamento quanto ao uso de medicações, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso, realização do exame preventivo de câncer de colo uterino e avaliação das mamas, verificação de pressão arterial e peso, avaliação de edema, realização de anotações no prontuário e carteira da gestante, busca identificar, por meio de diálogo: questionamento/investigação quanto a rotina de atividades diárias e de trabalho da gestante, questionamento acerca do suporte familiar e convívio social, questionamento sobre o acompanhamento do agente comunitário de saúde, questionamento sobre uso de álcool ou tabaco, questionamento referente a presença de movimentos fetais. Quanto às orientações: esclarecimento de dúvidas, direitos assistenciais, direito ao acompanhante, cuidados com alimentação e ingestão hídrica, higiene pessoal, repouso quando necessário, atividades físicas leves, participação em ações educativas quando disponibilizadas pelo serviço, amamentação, métodos contraceptivos após a gravidez, consulta de puericultura e puerpério, realização do teste da orelhinha e do pezinho, estímulo à participação do companheiro no momento do parto, alívio de desconfortos fisiológicos, sinais de alerta do parto, crescimento e desenvolvimento fetal, hospital de referência para o atendimento.

Além disto, a coordenação das atividades educativas é realizada pelo enfermeiro, com a participação dos acadêmicos e residentes multiprofissionais nos serviços em que estão presentes.

Atendimento prestado pelos médicos

Ações observadas: revisão do prontuário e histórico da gestante, verificação da idade gestacional e data provável de parto, questionamento de dúvidas e abertura de espaço para outros questionamentos, realização de exame físico, ausculta dos batimentos cardíacos fetais, verificação de altura uterina, orientações quanto ao uso de medicações, prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso, atualização da carteira de vacinação, solicitação/avaliação de exames conforme a fase gestacional, solicitação de exames ao companheiro da gestante, solicitação de ultrassom, avaliação de edema, busca identificar, por meio do diálogo: questionamento acerca de desconfortos, questionamento sobre suporte familiar e apoio do companheiro, questionamento a respeito da presença de movimentos fetais, , orientações como: cuidados com alimentação, repouso, exercícios físicos, relação sexual, como minimizar fatores estressantes, métodos contraceptivos após a gestação, hospital de referência para o atendimento ao parto, cuidados para minimizar estrias, uso de álcool e tabaco. Ainda, anotações no prontuário e carteira da gestante.

Este panorama geral apresenta algumas considerações que merecem ser ressaltadas. O preenchimento do SISPRENATAL é feito apenas pelos enfermeiros, sendo que os médicos não realizam ou possuem dificuldades no preenchimento. Pode-se perceber que há uma maior amplitude de orientações quando o atendimento é realizado pelo enfermeiro observou-se que os profissionais enfermeiros disponibilizavam maior tempo nas orientações e realizam estas de maneira mais detalhada e minuciosa. Acredita-se que esta situação resulta da maior aproximação do enfermeiro com a gestante e o maior tempo disponibilizado nas consultas, visível em todos os serviços observados.

As ações educativas que se estendem além das consultas, em nenhum momento da observação contaram com a presença do profissional médico. Visualiza-se certa resistência na participação deles nestas atividades, justificada pelos mesmos por falta de tempo e alta demanda. Durante o período de observação, num dos serviços o médico não verificava a altura uterina e nem os batimentos cardíacos fetais nas consultas. Estas ações eram apenas realizadas durante a consulta de enfermagem no próximo mês, uma vez que as mesmas eram alternadas mensalmente entre médico e enfermeiro.

Quanto ao tempo de permanência dos profissionais de saúde nas USF, os enfermeiros estavam presentes durante as oito horas diárias nos serviços, salvo saídas para tratar de assuntos da unidade na secretaria de saúde do município. Quanto aos médicos que realizavam as ações de pré-natal, um estava durante todo o período na USF, outro atendia as gestantes no primeiro período da manhã e o terceiro chegava após algumas horas de abertura da ESF e ao finalizar as consultas retirava-se do serviço, independente do horário de fechamento do mesmo.

Os resultados do estudo estão apresentados no formato de três artigos originais. A elaboração sob a forma de artigo conforma-se com as normas estabelecidas pela Universidade Federal de Santa Maria, na construção de trabalhos científico.

A seguir, encontram-se um quadro com a organização dos artigos resultantes deste estudo.

TÍTULO DO ARTIGO	OBJETIVO	CATEGORIA
Artigo 1: Humanização da atenção pré-natal na voz dos profissionais de saúde.	Conhecer os significados atribuídos à humanização da atenção pré-natal a partir das percepções dos profissionais de saúde que atuam em Estratégias de Saúde da Família.	Humanização da atenção pré-natal: significados e desafios.
Artigo 2: Um olhar sob as tensões e dificuldades para humanização da atenção pré-natal.	Conhecer os fatores que promovem o distanciamento dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual.	Tensões e dificuldades para humanização da atenção pré-natal.
Artigo 3: "O SUS que dá certo": ações de aproximação com a humanização da atenção pré-natal.	Conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual.	Ações de aproximação com a humanização da atenção pré-natal.

Quadro 1: identificação dos artigos

Fonte: pesquisa

ARTIGO 1¹

HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA VOZ DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

RESUMO

Objetivou-se conhecer os significados atribuídos à humanização da atenção pré-natal a partir das percepções dos profissionais de saúde que atuam em Unidades de Saúde da Família. Tratou-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório e com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi desenvolvida de fevereiro a junho de 2014, com observação participante e entrevista semiestruturada com enfermeiros e médicos de quatro unidades de saúde de um município do Sul do Brasil. Optou-se pela proposta operativa de Minayo para análise dos dados. Os significados atribuídos a humanização na atenção pré-natal foram: a necessidade de aproximação com a gestante, o cuidado ao acolher a usuária, o planejamento de ações resolutivas, a importância de atender as demandas expressas pela gestante, o cuidado com o trabalhador de saúde, a humanização compreendida como inerente ao ser humano e implícita na formação. Percebe-se nos resultados a valorização de estratégias de aproximação das usuárias pautadas na escuta qualificada, na criação de vínculo e na interação entre profissional e gestante. Embora, este estudo aponte significados atrelados à humanização da atenção pré-natal que se aproximam dos pressupostos da política nacional de humanização, visualiza-se a existência de um longo caminho a ser percorrido. Ainda, é necessário ampliar o olhar sobre a humanização da atenção, entendendo esta como política transversal de atenção e gestão.

DESCRITORES: Cuidado pré-natal. Humanização da assistência. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Cultura.

INTRODUÇÃO

A gestação repercute numa gama de novos sentimentos para a mulher e sua família. As mudanças que são consideráveis no período implicam a importância de maior apoio e construção compartilhada de conhecimentos com os sujeitos envolvidos. Porém, a realidade dos serviços de saúde apresenta a perpetuação de um modelo de atenção fragmentado, e

¹ Artigo para submissão na Escola Anna Nery Revista de Enfermagem.

principalmente burocratizado, que se distancia das ações integradoras e humanizadas preconizadas pelo Ministério da Saúde.¹ Nesta direção, visualiza-se a necessidade de transcender um cuidado verticalizado, e compreender os reais protagonistas desta atenção, ou seja, a gestante e sua rede social.

Historicamente, no Brasil, busca-se evoluir por meio das políticas e programas de saúde com o objetivo de modificar o modelo de atenção vigente e garantir uma atenção integral à mulher. A trajetória perpassa um grande desafio, uma vez que indica a necessidade de uma mudança cultural ao atender à gestante e também na gestão dos processos de trabalho.²

Ao realizar uma análise retrospectiva dos avanços na atenção à saúde da mulher, destaca-se em 1984, a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) sendo um dos primeiros programas que contemplou o olhar sobre a mulher para além da dimensão biológica.³ No ano de 2000, criou-se o Programa de Humanização da Atenção Pré-natal e do Nascimento (PHPN), que trouxe à tona o termo humanização. A tarefa de humanizar a atenção pré-natal, segundo esta proposta, visa garantir a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania.⁴

Em 2003 nasce a grande pauta dos debates atuais, com a Política Nacional de Humanização (PNH). Esta se torna o eixo norteador para alicerçar as ações em saúde e a construção de políticas e estratégias sociais. A política, ao explanar o significado de humanização, traz em seu bojo a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produzir saúde, a garantia da autonomia e do protagonismo dos usuários, a corresponsabilidade entre os usuários, trabalhadores e gestores, da formação de vínculos solidários e participação coletiva na gestão, a identificação das necessidades sociais, a necessidade de mudança no modelo de atenção e gestão e finalmente o compromisso com a ambiência e a melhoria das condições de trabalho e de atendimento.⁵

Nesta esteira de pensamento, a PNH configura-se na defesa do direito à saúde, na defesa da vida e na defesa da democratização das organizações, respondendo a uma demanda social por humanização da atenção e da gestão. A proposta da PNH como política emana uma abordagem ampliada pautada na mobilização social e na transversalidade.⁶

Esta política não é específica de uma área de conhecimento da saúde, ela surge com o objetivo de compor as demais políticas e programas, propostos pelo Ministério da Saúde. Neste estudo, a temática enfocada traz a humanização da atenção voltada ao momento

singular do pré-natal, alicerçando as demais políticas e programas sob o olhar da humanização proposto pela política nacional.

No ano seguinte, em 2004, é lançada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), que objetivou ampliar a abordagem na atenção à mulher. Esta política destaca-se pela perspectiva da saúde como direitos humanos, sendo norteadora para as demais políticas do MS no âmbito da saúde da mulher.⁷ Também, elenca-se a criação do manual técnico proposto pelo MS, atualizado em 2006, denominado, Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada.⁸ E, finalmente, a mais recente estratégia do Ministério da Saúde para colaborar na construção de um novo modelo de atenção ao parto, nascimento e à saúde da criança, também alicerçada na humanização da assistência, é a Rede Cegonha, criada em 2011, e que está em processo de implementação nos municípios brasileiros.⁹ Destaca-se em 2014, a publicação do Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento, reforçando os princípios e diretrizes da PNH no momento singular do nascimento.

Em contraponto, apesar dos significativos avanços percorridos ao longo das últimas décadas, ainda é preocupante a dificuldade de lidar com as questões subjetivas das gestantes. Em estudo aponta-se que quando uma equipe não está sensibilizada e preparada para a importância da criação de vínculo com a gestante e sua família, aumenta-se o risco de desistência ou de menor frequência de acompanhamento pré-natal. Observa-se que, mesmo que o sistema lhe ofereça poucas opções de locais de atendimento, a gestante se esforça por buscar aquelas que lhe transmitam maior segurança, em um movimento natural de obter as melhores condições possíveis para o acompanhamento da gestação.¹⁰

Outro estudo, voltado à atenção pré-natal apontou fragilidades no que tange à integralidade e humanização desta atenção, especialmente quanto ao acolhimento e ao vínculo, uso indiscriminado de tecnologias, intervenções desnecessárias e perpetuação do discurso biomédico.¹¹ Frente a esta realidade visualiza-se o distanciamento do que é preconizado pela PNH e demais propostas brasileiras, e entende-se a necessidade de maior compreensão de como se configura a humanização da atenção pré-natal na realidade dos serviços de saúde.

Concorda-se¹² ao refletir a temática da humanização, não objetiva-se produzir consensos, mas possibilitar um debate rico e intenso, contribuindo no fortalecimento de bases fortes que possam efetivamente trazer resultados na práxis dos profissionais de saúde, a fim de promover cuidados dignos, atentos à intersubjetividade e comprometidos com a vida. Ao debater a humanização, é necessário um aporte indiscutível de ciência e tecnologia, necessita-

se de investimentos financeiros; mas, acima de tudo, precisa contar com uma persistente proposta de sensibilização das pessoas.¹²

A partir destas considerações, apresenta-se o artigo derivado de uma dissertação de mestrado, o qual apresenta a seguinte questão norteadora: quais os significados atribuídos à humanização da atenção pré-natal a partir das percepções dos profissionais de saúde que atuam em Estratégias de Saúde da Família?

Sendo assim o **objetivo** deste artigo é conhecer os significados atribuídos à humanização da atenção pré-natal a partir das percepções dos profissionais de saúde que atuam em Estratégias de Saúde da Família.

MÉTODOS

Tratou-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. A presente pesquisa embasou-se nas políticas públicas e nos programas de saúde nacionais referentes à humanização no ciclo gravídico puerperal.

O campo para realização do estudo foi composto por quatro Unidades de Saúde da Família da rede básica de saúde de um município do Sul do Brasil. Destas, três apresentavam uma equipe de saúde da família e uma contava com equipe dupla. A escolha dos cenários ocorreu mediante sorteio. Conforme a ordem das USF sorteadas realizou-se contato prévio telefônico, após foi agendado encontro para a apresentação do projeto e finalmente com a confirmação da participação combinou-se as atividades que seriam acompanhadas pela pesquisadora. Nestes serviços os profissionais de saúde, enfermeiros e médicos, atuavam diretamente nas ações de atenção pré-natal. A pesquisadora acompanhou, observando, a realização das seguintes atividades: consulta de enfermagem, consulta médica, reuniões de equipe e atividades educativas.

Quanto aos critérios de inclusão compreenderam enfermeiros e médicos que desenvolvessem ações referentes à atenção pré-natal nas Estratégias de Saúde da Família selecionadas para o estudo. E como de exclusão, enfermeiros e médicos que estivessem afastados do serviço no momento da pesquisa ou que estivessem se integrando ao serviço no período de coleta dados.

Para seleção dos participantes utilizou-se o critério de saturação de dados¹³ e o momento em que a pesquisadora confirmou que atingiu os objetivos propostos pelo estudo. Desta maneira, foram cinco enfermeiros e três médicos que atuavam nas Unidades de Saúde da Família e desenvolviam ações na abrangência da atenção pré-natal.

Destaca-se que os enfermeiros (cinco) das quatro USF participaram do estudo, sendo que uma destas contava com equipe dupla. Quanto aos médicos, num dos serviços de saúde da

família a coleta de dados ocorreu concomitante a um processo de troca de profissional médico, respeitando o período de adaptação do mesmo a pesquisadora optou por não convidá-lo. Na ESF com equipe dupla um médico prestava o atendimento das duas equipes, assim correspondendo ao número final de três médicos participantes.

As técnicas utilizadas para o procedimento de coleta de dados foram a observação participante e a entrevista semiestruturada. O período de coleta percorreu fevereiro a junho de 2014, durante as ações realizadas por enfermeiros e médicos nas ESF, perfazendo 140 horas de observação. O tempo de realização da observação participante variou entre um mês a dois meses em cada serviço.

Ao optar pela utilização da observação participante seguiram-se as recomendações dos autores que dividem o percurso trilhado por meio desta técnica em três fases. Na primeira fase, ocorre a aproximação com o cenário do estudo e a busca pela minimização do distanciamento entre participantes e pesquisador. A segunda fase diz respeito à compreensão da visão do conjunto da comunidade e dos diferentes fatores que compõem e influenciam as ações dos participantes, a fim de conhecer o contexto observado. A última e terceira fase é considerada a mais delicada, e nela enfatiza-se a importância da sistematização e da organização dos dados para posterior análise. Buscou-se que os dados garantissem na análise, ao pesquisador, conhecer a situação real do grupo e suas percepções na temática escolhida.¹⁴

Os dados observados foram registrados no diário de campo da pesquisadora. O registro ocorria no momento da observação e eram aprofundados posteriormente com base nas reflexões da observadora. O diário de campo objetivou a documentação dos acontecimentos vivenciados de forma mais aprofundada. Neste espaço, são descritas impressões pessoais que podem sofrer mudanças com o tempo, observação de comportamento, resultados de conversas informais, entre diferentes aspectos que podem enriquecer o estudo.¹³

Além disto, utilizou-se a entrevista semiestruturada a fim de complementar a observação. As entrevistas foram realizadas conforme disponibilidade dos entrevistados. As mesmas eram previamente agendadas, realizadas na ESF, em turnos de menor movimento escolhido pelos participantes. Os dados foram gravados com autorização dos entrevistados, e depois transcritos para análise e interpretação do pesquisador.

A análise dos dados foi fundamentada na proposta operativa¹³, caracterizada por dois níveis operacionais. O primeiro nível, denominada fase exploratória, é marcado pela compreensão do contexto sociocultural e histórico do grupo pesquisado. Em seguida, percorre-se o segundo nível operacional, denominado de interpretativo, definido pela autora

como o ponto de partida e de chegada de qualquer investigação, nesta etapa há o encontro com os fatos empíricos. Busca-se encontrar nos relatos e nas observações dos informantes o sentido, a lógica interna, as projeções e interpretações acerca do tema investigado.

Ainda, a fase interpretativa é apresentada em duas etapas, respectivamente ordenação dos dados e classificação dos dados. A primeira inclui a transcrição do material obtido, releitura do material, organização dos relatos e dos dados observados em determinada ordem, permitindo supor uma classificação inicial, que configura-se como a segunda etapa da interpretação, e consiste no processo de construção do conhecimento de maneira mais complexa, percorrendo as seguintes etapas: leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal com o olhar mais seletivo sobre o material, análise final associada ao referencial teórico a fim de responder a questão que norteia o estudo e finalmente a produção do relatório final que consiste na apresentação dos resultados desta pesquisa em forma de manuscrito para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

Ressalta-se a importância de garantir o anonimato dos participantes e dos serviços de saúde, logo a identificação dos participantes ocorreu por meio do sistema alfa numérico, com a letra “E” para os enfermeiros e “M” para os médicos e a numeração aleatória. As observações também seguiram a mesma organização, identificadas pela letra “O” e os serviços numerados sequencialmente.

Observaram-se os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.¹⁵ O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, conforme parecer nº 513.040, sob o número do CAAE 26467413.9.0000.5346.

RESULTADOS

A seguir apresentam-se os dados discutidos que originaram a categoria, significados atribuídos à humanização da atenção pré-natal. As significações expressas pelos profissionais de saúde quando questionados acerca da compreensão da humanização da atenção pré-natal, denotaram alguns temas principais, como: aproximação com a gestante; acolhimento; resolutividade e atenção às demandas da gestante; cuidar de quem cuida, humanização implícita ao ser humano e na formação.

Significados atribuídos à humanização da atenção pré-natal

Aproximação com a gestante

A humanização da atenção foi traduzida pelos profissionais da saúde por meio da importância da aproximação com a gestante expressa nos seguintes relatos e percebida nas observações descritas no diário de campo:

"Na realidade em primeiro lugar, me colocar no lugar do outro e dar um tratamento mais diferenciado, não aquela coisa mecânica, de ir ali, fazer e resolver, mas tentar interagir com aquela gestante de uma maneira que ela se sinta mais a vontade, mais próxima e mais confiante para o atendimento." (E1)

"É tu te sentires como a outra pessoa [...]. É tu pensar como tu gostaria de ser tratada." (E5)

"A humanização busca trazer os serviços de saúde para mais perto das pessoas. Serviços de saúde mais humanos, mais acolhedores." (M1)

"Na consulta de enfermagem, gestante e enfermeira conversam de maneira descontraída, demonstrando intimidade. Enfermeira conhece a comunidade em que atua, questiona sobre os familiares da gestante." (O1)

A humanização é aliada à aproximação com a usuária, que resulta de uma relação de interação e empatia entre o profissional de saúde e a gestante. O profissional de saúde busca colocar-se no lugar do outro a fim de compreender as demandas da gestante e aproximar-se de seu contexto. Ainda, reforça-se a necessidade de superar um atendimento mecânico, ser mais receptivo, com um cuidado diferenciado, que resulta em maior confiança no atendimento ofertado pelo profissional de saúde.

Além disso, os dados expressam que o profissional de saúde ao atender a gestante reflete sobre a condição de como gostaria de ser tratado, visualiza-se a sensibilização ao prestar o cuidado, mais uma vez colocando-se no lugar da usuária. Outra questão levantada traz a aproximação dos serviços de saúde com as pessoas, mostra-se a essencialidade da gestante conhecer os serviços disponíveis e o acesso aos mesmos, isto resulta do quanto os serviços buscam captar, atrair e informar seu papel à comunidade.

Acolhimento

O acolhimento foi evidenciado nas falas dos profissionais de saúde ligado a humanização da atenção pré-natal. Ressalta-se que o acolhimento é uma das diretrizes da Política Nacional de Humanização, observa-se nos trechos a seguir a compreensão dos profissionais acerca do tema e a importância desta diretriz:

"O acolhimento é necessário, não pode ser tão fragmentado, não é uma triagem porque a escuta vem lá da rua, desde o momento que tu está andando, caminhando na rua tu podes estar acolhendo[...]." (E1)

"Acolhimento se refere a uma escuta mais qualificada, faz parte também de uma ambiência mais qualificada, também é o vínculo com a gestante. Ela saber que tu estejas aqui na ESF e no momento que ela precisar, tu vai estar disponível, para escutar ela, fortalecer o vínculo, a empatia." (E2)

"Durante a consulta de enfermagem, a gestante questiona a enfermeira se o atendimento de pré-natal pode ser apenas com ela. Percebe-se que a gestante possui preferência pelo acompanhamento realizado pela enfermeira pela maior facilidade de diálogo, vínculo e proximidade. A enfermeira ressalta a importância do atendimento médico e a tranquiliza que mesmo com as consultas intercaladas entre médico e enfermeira, ela sempre estará disponível para atendê-la." (02)

Ao tratar da temática de humanização é indissociável discutir a maneira de acolher as usuárias nos serviços de saúde. No cenário deste estudo, a atenção primária transcende os limites físicos da unidade, conforme se percebe nas falas. O acolhimento não se limita ao momento em que a gestante chega aos serviços de saúde, este se inicia em qualquer contato ou conversa informal, e em diferentes espaços de atuação.

Neste sentido, enfatiza-se a importância das visitas domiciliares, não isoladamente como ato de visitar, mas como trajeto percorrido pelos profissionais de saúde, sendo um espaço, o qual pode emanar num novo contato ou demanda. O profissional de saúde deve estar aberto para conversar, sensível para perceber as necessidades e procurar aproximar a gestante ao serviço.

O acolher a gestante neste momento singular de sua vida, também é expresso na escuta qualificada. Esta visa um olhar holístico sob as necessidades da gestante, buscando superar a

fragmentação do cuidado. A escuta e a valorização da gestante como protagonista do cuidado, fortalece o vínculo entre ela e o profissional de saúde. Outro aspecto diz respeito à disponibilidade, ou seja, independente do dia ou horário de atendimento do profissional, saber que ele está no serviço e apresenta-se disponível para atender uma demanda espontânea desta mulher, já cria um movimento de segurança e de confiança.

A partir deste contexto, a atuação dos enfermeiros nas ESF observadas diferenciou-se dos médicos devido ao maior contato e disponibilidade, traduzidos por meio de tecnologias leves, tais como: proximidade e vínculo com as gestantes, disponibilidade para escuta qualificada, liberdade para expressão das gestantes e sensibilização quanto ao contexto social. Estas atitudes detonaram na preferência das gestantes pelo atendimento prestado pelo enfermeiro.

Ademais, a ambiência qualificada foi elencada como uma forma de acolher a gestante. Ao encontro dos objetivos da PNH compreende-se a ambiência em diferentes aspectos como, o ambiente físico, o social, o profissional e as relações interpessoais existentes dentro de um serviço de saúde. Logo, cabe aos profissionais planejar estratégias que qualifiquem as distintas esferas que influenciam o ambiente de recepção e acolhimento da gestante.

Resolutividade e atenção às demandas da gestante

A significação acerca da humanização também foi atrelada a ações resolutivas e voltadas a atender as demandas de cada gestante. Este entendimento articula-se com a PNH, a qual visa estimular práticas resolutivas e busca uma atenção que responda as demandas sociais, coletivas e subjetivas de saúde.

"[...]Tu tens que atender as necessidades da usuária, ver a usuária como um todo e procurar atender todas as demandas, não só as demandas que ela vem te trazer, mas as demandas que a gente acredita ser necessária para garantir um bom pré-natal e uma boa assistência."(E3)

"Tem que ver a gestante como um todo [...]. No contexto geral, então tem que ver como ela está se relacionando com o marido, com o trabalho, como ela está vendo aquela gravidez. E ver quem está acompanhando esta gravidez, se é uma avó, uma tia, se ela tem um amparo além do posto de saúde [...]."(M2)

"Numa conversa informal com a observadora o médico relata que não dará tempo de atender todas as gestantes naquele dia, caso contrário o atendimento será superficial. O

profissional considera essencial a análise da história prévia da gestante e da situação atual, reforça que esta deve ser realizada de forma minuciosa e com o tempo necessário. Relata que como está há pouco tempo no serviço, suas consultas são mais longas, pois precisa conhecer as gestantes que atende, para um atendimento resolutivo. Nesta ESF, as ações de pré-natal eram centralizadas num único dia da semana." (O1)

As falas e anotações no diário de campo permitem visualizar a preocupação em atender as necessidades da gestante na concretização de uma atenção humanizada. Os profissionais de saúde acolhem as demandas trazidas pelas usuárias, mas também a partir de seus conhecimentos avaliam outras situações que necessitam de cuidados.

Nesta linha, torna-se indispensável conhecer o contexto sociocultural de inserção da gestante para inteirar-se de suas necessidades. Compete aos profissionais de saúde, reconhecerem o significado e a aceitação da gravidez para mulher e sua família, o apoio familiar e do companheiro, a rotina de trabalho, ou seja, distintas dimensões e indivíduos que compõe o círculo social da gestante. A influência destes na adesão ao pré-natal e nos cuidados com a gestação é bastante significativa, não podendo ser desconsiderada.

O cenário revelado pelas observações demonstra um impasse entre quantidade e qualidade, percebe-se uma alta demanda e a escassez de tempo, como observado na conversa informal com o médico. Segundo este profissional, um atendimento com capacidade de resolução necessita de tempo para uma análise minuciosa da história da gestante, caso contrário, atingem-se números em detrimento de uma atenção qualificada.

Neste serviço de saúde, as ações de atenção pré-natal são centralizadas num único dia da semana. Em alguns períodos, durante a observação, a demanda do dia não foi contemplada ou tiveram que apressar os atendimentos.

Cuidar de quem cuida

O cuidado com o trabalhador da saúde foi evidenciado pelos profissionais. Consideram que para humanizar as ações em saúde é necessário humanizar os espaços de trabalho e garantir valorização dos trabalhadores, como se visualiza a seguir:

"Não só humanização no sentido de ter mais tempo qualificado com a usuária, mas também ter humanização com a saúde do trabalhador. [...] a ambiência também faz parte dentro do processo de humanização, não só com a usuária, mas também com o trabalhador de saúde." (E2)

"Numa das ESF observadas, a estrutura física contava com instalações precárias. Segundo relato da enfermeira, há 8 anos esta situação estendia-se, embora neste período estivessem sendo providenciadas novas instalações e mais adequadas. A enfermeira sentia-se incomodada com a situação, uma vez que existia apenas um banheiro na ESF destinado para os profissionais e usuários. Reforçava em conversas informais com a observadora que humanizar a atenção ia além do cuidado direto a gestante, mas a humanização com o trabalhador que cuida desta gestante." (02)

Conforme proposto pela PNH, a humanização perpassa um comprometimento que engloba os diferentes níveis de atenção e gestão. A valorização dos profissionais de saúde e da ambiência dos espaços de atuação está enfatizada nos objetivos da política. Os participantes deste estudo corroboram com este entendimento, e percebem-se fragilidades que impõem barreiras ao cuidado humanizado.

O trabalhador de saúde precisa sentir-se amparado neste processo, pode-se traduzir a humanização como uma rede, as quais distintas dimensões devem estar entrelaçadas. Neste caso, os problemas de instalações precárias desarticulam e fragilizam esta rede, uma vez que atrapalha a execução das ações dos profissionais e pode ser desestimuladora na incorporação de novas práticas em saúde.

Humanização implícita ao ser humano e na formação

A humanização associada à condição de ser humano foi referenciada pelos participantes do estudo. Além disso, percebe-se o entendimento como implícito na formação dos profissionais de saúde, expressos nos seguintes depoimentos:

"[...] porque como termo já diz, é humanização, é ser humano." (E5)

"Entendo que a humanização está implícita. Acredito que isto está implícito na formação." (M1)

O termo humanização, quando associado à pessoa humana, infere que a condição humana é entendida como natural para realização de um atendimento humanizado. Esta significação vista de maneira isolada, distancia a compreensão da humanização como política pautada em diretrizes e dispositivos, e pode tornar superficial a concretização desta como política de atenção e gestão à saúde.

Ainda, torna-se essencial desmitificar a humanização como ação natural e implícita na formação. Neste sentido, as instituições formadoras de novos multiplicadores de saúde, devem apresentar a humanização como política de saúde, sua operacionalização e o quanto isto implica na qualificação da atenção prestada.

DISCUSSÃO

A humanização da atenção pré-natal alicerça-se na valorização de práticas relacionais e subjetivas no cuidado à mulher no período gravídico-puerperal. As tecnologias leves apresentam-se como potentes dispositivos que resultam em qualidade na atenção, aproximando os serviços de saúde das pessoas, tornando-os mais receptivos e resolutivos. Esta linha de cuidado busca romper com o paradigma biomédico perpetuado nas ações dos profissionais de saúde, com um olhar além do saber clínico. Isto significa a apropriação de ações que sejam pautadas na escuta, no vínculo e no acolhimento das gestantes.¹¹

Em estudo realizado com profissionais da enfermagem ao caracterizar o termo humanização reafirmam os achados desta pesquisa, ao destacar a relação existente entre usuária e profissional, pautada nas singularidades pessoais, no olhar para as necessidades, escuta ativa, visão holística, empatia, respeito aos valores morais e éticos. Ainda, incluem as questões subjetivas, como: o amor, o pensamento, a valorização do ser, estabelecimento de vínculo, atenção, compreensão e carinho.¹⁶

O desafio na construção de estratégias para aproximação com a gestante e seu contexto social, demandou a reflexão acerca do acolhimento pelos profissionais de saúde. A atitude de acolher a usuária no serviço de saúde apresenta resultados positivos na melhora do atendimento, visto que possibilita a criação de um laço entre usuária e serviço de saúde. Ainda, otimizam-se as ações voltadas à atenção pré-natal priorizando as necessidades da gestante e assegurando um atendimento de qualidade e contínuo.¹⁷

As autoras supracitadas apontam características semelhantes a este estudo quanto à atuação do enfermeiro à prática de acolhimento. Destaca-se que, a enfermagem desenvolve desde a formação, habilidades de comunicação e sensibilidade para lidar com os aspectos subjetivos das usuárias. Logo, o enfermeiro pode possuir mais facilidade para aderir na sua práxis esta diretriz da PNH.¹⁷

Apesar dos resultados apresentarem a compreensão dos profissionais acerca do acolhimento, na maioria das vezes este não se concretiza na práxis. Apresentam-se desafios que necessitam ser superados e constituem-se em barreiras para efetivação desta diretriz. Ressaltam-se os seguintes aspectos: a falta de postura de escuta, a falta de responsabilização com as ações em saúde, a existência de serviços despreparados para receber e acolher uma

grande demanda de usuários. Também, entende-se que o acolhimento não pode ser visto de forma isolada, mas como um processo contínuo e nem privativo de apenas uma profissão, pois envolve toda a estrutura do sistema de saúde e todos os profissionais.¹⁸

Em estudo, o acolhimento foi referenciado como uma das diretrizes de maior distância da relação entre profissional e usuária. Geralmente, ocorrem ações pontuais que possibilitam a escuta, o diálogo, ou seja, os primeiros passos na criação de um vínculo. Porém, a organização e a institucionalização de um acolhimento nas ESF, geralmente, não se materializam, apenas existem condutas adotadas conforme os valores pessoais de cada profissional de saúde.¹⁹ Nas ESF observadas deste estudo, confirmou-se a situação relatada, uma vez que o acolhimento emanava de princípios pessoais dos profissionais em atitudes pontuais. O acolhimento, na maioria das vezes, era equivocadamente entendido como a triagem das usuárias.

A humanização também foi percebida pelos profissionais de saúde por meio da resolutividade e resposta as demandas das gestantes. Neste sentido, o contexto sociocultural da mulher, não pode ser ignorado. A significação, a adesão e os cuidados com a gestação são influenciados por questões culturais, alicerçadas pelo conjunto de referências e relações da gestante, tendo destaque as seguintes figuras, o companheiro, as amigas, os familiares e os próprios profissionais de saúde. Deve-se valorizar o convívio social da gestante, como elemento cultural, fortemente significativo para a compreensão das reais necessidades da gestante.²⁰

Os profissionais de saúde ao assistir as gestantes necessitam repensar suas práticas, considerando a maneira de organização do processo de trabalho, priorizando a facilidade de acesso das gestantes e o tempo hábil para realização de um atendimento resolutivo. O desafio perpassa a construção de espaços de comunicação por meio do diálogo e escuta das mulheres e seus acompanhantes, buscando analisar a história da gestante e a partir disto, buscar aliar condutas e abordagens de saúde que contemplem as necessidades demandadas.²¹

Os trabalhadores de saúde relatam que para humanizar os cuidados, é necessário humanizar a atenção e a gestão de quem produz saúde. Concorde-se com autoras ao evidenciarem que ao almejar a construção de uma atenção humanizada é necessário modificar aspectos gerenciais e organizacionais dos serviços de saúde, como a estrutura física, a garantia de melhores condições de trabalho e a participação coletiva na gestão.²²

Sem dúvida, um dos primeiros passos para humanizar as ações em saúde parte do cuidado com o sujeito trabalhador. Estudo aponta que a falta de reconhecimento profissional, de comunicação entre as esferas de gestão e de condições de trabalho podem levar a um

cuidado desqualificado às gestantes, uma vez que as condições recebidas pelos profissionais de saúde poderão ser reproduzidas aos usuários do serviço, sendo estas positivas ou negativas.²³

Em outro estudo, as condições precárias de estrutura física e do ambiente de trabalho foram consideradas como não humanizadas, semelhante ao encontrado nesta pesquisa. Reforçam que esta situação solidifica-se devido à falta de planejamento e responsabilização das instituições gestoras com a PNH. Inclusive, o estudo apresentou questionamentos sobre a possibilidade de assistir aos usuários segundo os preceitos da política de humanização, quando seu ambiente de trabalho não é humanizado.²⁴

Outro aspecto evidenciado foi a percepção da humanização como inerente ao ser humano e implícita nos espaços formadores, estas concepções podem minimizar a compreensão acerca da humanização. Torna-se essencial a discussão desta como política transversal pelas instituições formadoras. Ainda, enfatiza-se que a formação profissional não pode ser alicerçada apenas na técnica, mas numa construção crítica reflexiva, ética e promotora de cidadania para que isto reflita diretamente na qualificação e humanização da atenção à gestante.²⁵

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estudo possibilitou a reflexão acerca dos significados atribuídos à humanização da atenção pré-natal pelos profissionais de saúde. O entendimento de uma atenção humanizada perpassa a necessidade de aproximação com a gestante, o cuidado ao acolher a usuária, o planejamento de ações resolutivas, a importância de atender as demandas expressas pela gestante, o cuidado com o trabalhador de saúde, a humanização compreendida como inerente ao ser humano e implícita na formação.

As significações expressas relevaram as tecnologias relacionais como dispositivos potentes para concretização de um atendimento humanizado. Percebe-se nos resultados a valorização de estratégias de aproximação das usuárias pautadas na escuta qualificada, na criação de vínculo e na interação entre profissional de saúde e gestante. Os profissionais de saúde reconhecem estas como potencializadoras do cuidado. Além do reconhecimento, ressalta-se a importância de planejar a inserção das mesmas a fim de que se superem ações pontuais e estejam incluídas de maneira contínua nos serviços de saúde para o acolhimento das gestantes. Ainda, sugere-se a reflexão por parte dos profissionais para um equilíbrio entre a oferta de serviços, tempo disponível e qualidade da atenção.

Destaca-se, a importância de conhecer o contexto sociocultural da gestante, pois a partir deste possibilita-se o conhecimento de suas reais demandas. A gestação não pode ser

compreendida de forma isolada, mas carregada de significados, referências e relações sociais que influenciam nos cuidados e na participação no pré-natal. Ainda, foi reforçada neste estudo a sensibilidade de colocar-se no lugar do outro, num momento singular como a gravidez, possibilitando a reflexão acerca do cuidado prestado.

O trabalhador de saúde requereu um olhar sobre ele, o cuidador, evidencia-se que o cuidado humanizado emerge de uma rede de atenção, a qual todas as partes necessitam estar amparadas. O profissional de saúde, que atende diretamente à mulher, muitas vezes, sente-se impossibilitado frente a questões estruturais, organizacionais e gerenciais. Nesse sentido, a valorização do profissional, com espaços de atuação dignos e ambientados, pode refletir positivamente na evolução do atendimento prestado à gestante.

Embora, este estudo aponte significados atrelados à humanização da atenção pré-natal que se aproximam dos pressupostos da política nacional de humanização, visualiza-se a existência de um longo caminho a ser percorrido. Ainda, é necessário ampliar o olhar sobre a humanização da atenção, entendendo esta como política transversal de atenção e gestão. Quando aprofundada a temática de significados acerca da temática central do estudo nota-se que a política persiste obscura na operacionalização das ações em saúde.

O desafio lançado abarca a atenção dos pesquisadores, trabalhadores de saúde, gestores, usuários, instituições de ensino, ou seja, distintas esferas corresponsáveis pela efetivação da política, evitando a banalização do termo humanização. Visualiza-se a necessidade do fortalecimento da humanização como política social, capaz de transformar o cenário dos serviços de saúde e qualificar a atenção à gestante.

Espera-se que este estudo permita um olhar crítico sobre a política e a práxis dos profissionais de saúde, auxiliando na aproximação com uma atenção humanizada de maneira efetiva. Reforça-se a continuidade de estudos que busquem aliar pressupostos das políticas sociais e a prática dos trabalhadores de saúde, a fim de tornar o que está no papel, uma realidade nas ações e serviços de saúde do Sistema Único de Saúde.

REFERÊNCIAS

1. Guerreiro EM, Rodrigues DP, Silveira MAM, Lucena NBF. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. Rev Min Enferm [Internet]. 2012 [Citado 2014 Ago 5];16(3):315-23. Disponível em : <http://reme.org.br/artigo/detalhes/533>
2. Marin MJS, Stornilo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. Rev LatinoAm Enferm [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 3];18(4):[7 telas]. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_15.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). Assistência Integral à saúde da mulher: base de ação programática. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 1985.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2002.
5. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Humanização. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003.
6. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno HumanizaSUS: atenção básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
7. Ministério da Saúde (Brasil). Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.
8. Ministério da Saúde (Brasil). Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2006.
9. Ministério da Saúde (Brasil). Rede Cegonha. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2011.
10. Almeida CAL, Tanaka OY. Perspectivas das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. Rev Saúde Pública [Internet]. 2009 [Citado 2014 Ago 3];43(1):98-104. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v43n1/7296.pdf>
11. Cabral FB, Hirt LM, Van der Sand ICP. Atendimento pré-natal na ótica de puerperas da medicalização à fragmentação do cuidado. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2013 [Citado 2014 Ago 4];47(2):281-7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v47n2/02.pdf>
12. Deslandes SF. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ; 2006.
13. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
14. Victora CG, Knauth DR, Hassen, MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

15. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2012. [acesso em 2014 Ago 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
16. Chernicharo IM, Silva FD, Ferreira MA. Caracterização do termo humanização na assistência por profissionais de enfermagem. Esc Anna Nery [Internet]. 2014 [Citado 2014 Ago 4];18(1):156-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n1/1414-8145-ean-18-01-0156.pdf>
17. 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 [Citado 2014 Ago 4];14(3):620-9. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/1065/pdf>
18. Oliveira ERA, Fiorin BH, Santos MVF, Gomes MJ. Acolhimento em saúde e desafios em sua implementação: percepção do acadêmico de enfermagem. Rev Bras de Pesquisa em Saúde [Internet] 2010 [Citado 2014 Ago 4];12(2):46-51. Disponível em: <http://publicacoes.ufes.br/index.php/RBPS/article/viewFile/205/117>
19. Albuquerque RA, Jorge MSB, Franco TB, Quinderé PHD. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde família. Interface (Botucatu) [Internet] 2011 [Citado 2014 Ago 4];15(38):677-86. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v15n38/aop4011.pdf>
20. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [Citado 2014 Ago 5];7(6):4354-63. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4355/pdf_2721
21. Hoffmann IC, Ressel LB, Budó MLD. O percurso das mulheres nos cenários de atenção pré-natal. Rev enferm UFPE on line [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 5];4(3):1384-391. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/990/pdf_138
22. Falk MLR, Falk JW, Oliveira FA, Motta MS. Acolhimento como dispositivo de humanização: percepção do usuário e do trabalhador de saúde. Rev APS [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 5];13(1):4-9. Disponível em: <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/350/291>
23. Rosa CMR, Fontana RT. A percepção dos técnicos de enfermagem de uma unidade de terapia intensiva sobre a humanização no seu trabalho. Cienc Cuid Saude [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 5];9(4):752-59. Disponível em: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6654/7194>
24. Reis LS, Silva EF, Waterkemper R, Lorenzini E, Cecchetto FH. Percepção da equipe de enfermagem sobre humanização em unidade de tratamento intensivo neonatal e pediátrica. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [Citado 2014 Ago 5];34(2):118-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n2/v34n2a15.pdf>

25. Casate JC, Corrêa AK. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [Citado 2014 Ago 5];46(1):219-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>

ARTIGO 2²

UM OLHAR SOBRE AS TENSÕES E DIFICULDADES PARA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL³

RESUMO

Pesquisa com o objetivo de conhecer os fatores que promovem o distanciamento dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual. Tratou-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório e com abordagem qualitativa. O estudo foi desenvolvido entre fevereiro e junho de 2014, com os instrumentos de observação participante e entrevista semiestruturada, em quatro unidades de saúde da família de um município do Sul do Brasil. Os sujeitos foram enfermeiros e médicos que atuavam na atenção pré-natal. O distanciamento da humanização se desvelou na práxis dos profissionais de saúde destacando os seguintes empecilhos: a ambiência inadequada, o baixo incentivo à capacitação profissional, a comunicação fragilizada entre os serviços de saúde, a demanda excessiva, as dificuldades na comunicação e no trabalho em equipe, a formação fragmentada, a falta de recursos humanos, as questões burocráticas e a supervalorização do ultrassom. A lógica do determinismo biológico ainda persiste nos serviços de saúde, verifica-se uma forte resistência do profissional médico a ações que superem a consulta. Evidencia-se a inexistência de sistematização da comunicação entre os serviços de saúde. Esta desconexão das práticas de saúde é um dos principais desafios a serem superados para concretização da humanização da atenção. A organização do processo de trabalho, a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e a responsabilização permanente de todos os profissionais pelo cuidado prestado a gestante são essenciais para minimização deste distanciamento.

DESCRITORES: Cuidado pré-natal. Humanização da assistência. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Cultura.

² Artigo para submissão na Revista Latino-Americana de Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A humanização da atenção pré-natal se alicerça no protagonismo da mulher e na promoção de sua saúde. O principal desafio lançado aos profissionais de saúde e as demais esferas envolvidas no cuidado à gestante e sua família, perpassa a necessidade de desmistificar a gravidez como doença, contraste da medicalização do cuidado feminino.¹

A gravidez entendida como um evento natural da vida torna-se obscura frente à hegemonia do modelo hegemônico biomédico. Este modelo de atenção à saúde que centra as decisões apenas no conhecimento técnico científico dos profissionais de saúde, e ignora os valores, as crenças e os costumes dos sujeitos ativos neste evento, é considerado ultrapassado, de baixa resolutividade e está em discordância com as propostas do Ministério da Saúde.²

Neste contexto, ressalta-se a temática da humanização da atenção, que nas últimas décadas se apresenta como prioridade na reformulação das ações prestadas e na busca de mudanças diante das fragilidades e limites a serem transpostos ainda persistentes nos serviços de saúde. Estas barreiras que visam ser superadas, se possível excluídas, compreendem déficits na formação dos profissionais de saúde, na organização fragmentada e burocratizada do processo de trabalho, na valorização do modelo epidemiológico, na falta de democratização das ações e na dificuldade de acesso das usuárias.²

Ao optar pelo estudo da humanização na perspectiva da atenção pré-natal na atenção básica (AB), considerou-se a relevância e o impacto da qualidade deste atendimento nos índices de morbimortalidade materna e infantil, uma vez que o pré-natal qualificado possibilita o nascimento seguro e garantia dos direitos humanos. Sendo a AB caracterizada como porta de entrada das mulheres nos serviços de saúde e o pré-natal um dos primeiros passos para humanização do parto e nascimento, refletindo diretamente na vivência de uma gestação mais segura e tranquila, logo se justifica a importância da ampliação de estudos neste contexto.

Em decorrência de índices desfavoráveis na atenção à saúde da mulher e significativos, quando voltados à atenção pré-natal, historicamente, o Ministério da Saúde busca, por meio de políticas sociais e programas, modificar esta situação.³ Com a finalidade de explanar a evolução destas propostas, as políticas e programas que se sobressaem com seus respectivos anos de criação são: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada atualizado em 2006 e finalmente em 2011 a criação da Rede Cegonha. Esta

propõe a formação de uma rede qualificada de cuidados, na perspectiva da humanização das práticas e da integralidade do cuidado no ciclo gravídico puerperal.

As ações supracitadas levam em consideração os aspectos subjetivos das usuárias; e destacam a humanização como uma atenção balizada nos aspectos culturais e singulares de cada indivíduo. Acrescenta-se que o cuidado, quando pautado no respeito à cultura de uma pessoa ou comunidade, harmoniza a sensibilidade e o conhecimento do profissional de saúde com os valores, crenças e visões de mundo do saber popular. Esta visão multidimensional possibilita a garantia do planejamento de todas as ações de saúde a partir das necessidades da mulher e de sua família.²

O eixo norteador deste estudo é balizado na PNH, a qual é pautada na integralidade e transversalidade. Ao trabalhar com esta política social busca-se reconhecer os avanços, mas também as tensões e as dificuldades, a fim de suscitar novos debates e reflexões, com o objetivo de minimizar o distanciamento do que se produz na legislação e na gestão em saúde e o que realmente ocorre na práxis dos profissionais de saúde.⁴ A presente pesquisa vem ao encontro dos objetivos da PNH ao refletir o contexto da humanização da atenção pré-natal, possibilitando conhecer a realidade dos serviços da atenção básica quanto ao atendimento prestado às mulheres na gestação.⁵ Portanto, procurou-se conhecer os fatores que promovem o distanciamento do que é proposto nos dispositivos legais e científicos, referentes a humanização da atenção pré-natal, e conseqüentemente dificultam a concretização do cuidado humanizado.

Também se reforça a importância de conhecer como estão inseridas as políticas e programas do Ministério da Saúde na prática e como os profissionais de saúde vêm acessando e sendo qualificados para essas propostas. Ao oportunizar este espaço com o olhar voltado à práxis de quem atua de forma direta na produção de saúde, pretende-se conhecer as demandas e auxiliar em proposições que aproximem e/ou minimizem/excluam os fatores promotores do distanciamento do cuidado humanizado no período singular do pré-natal.⁶

Apresenta-se neste artigo resultados derivados de uma dissertação de mestrado, cuja o recorte emanou a seguinte questão norteadora: quais os fatores que promovem o distanciamento dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual.

A partir desta linha norteadora, emanou-se o **objetivo** desta produção, sendo este: conhecer os fatores que promovem o distanciamento dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, alicerçado nas políticas públicas e programas de saúde nacionais voltados à saúde da mulher. A pesquisa foi desenvolvida em quatro Unidades de Saúde da Família da rede básica de saúde de um município do Sul do Brasil. Justifica-se a escolha de USF como cenário, em consonância com a proposta da Política Nacional de Atenção Básica aprovada em 2011, que define a Estratégia Saúde da Família na atenção básica como porta de entrada dos usuários e estratégia prioritária para expansão e consolidação da Atenção Básica.⁷

Do total das quatro USF, três contavam com uma equipe de saúde da família e uma com equipe dupla. A escolha do cenário deu-se mediante sorteio. A partir da ordem estabelecida via sorteio, a pesquisadora entrou em contato telefônico com os serviços de saúde para apresentação da proposta do projeto. Geralmente, ocorria a marcação de um encontro presencial para maiores esclarecimentos do estudo e após o aceite dos participantes, combinava-se em conjunto o cronograma das ações a serem desenvolvidas. Destacando o contexto deste estudo, voltado à atenção pré-natal, as ações acompanhadas na atuação dos profissionais enfermeiros e médicos pela pesquisadora foram: consulta de enfermagem, consulta médica, reuniões de equipe e atividades educativas.

Os critérios de inclusão abrangeram enfermeiros e médicos que desenvolvessem ações referentes à atenção pré-natal nas Unidades de Saúde da Família selecionadas para a pesquisa.

A seleção dos participantes na pesquisa qualitativa a seleção não é pautada no componente numérico, e sim baliza-se numa proposta em que os colaboradores componham um conjunto diversificado, detenham os atributos que se pretende investigar e sejam em número suficiente que permita a reincidência das informações, o que ela chama de saturação de dados.⁸ Ao atingir a saturação dos dados e os objetivos deste estudo a pesquisadora contemplou o número necessário de participantes.

Desta forma, participaram do estudo cinco enfermeiros e três médicos que atuavam nas Estratégias de Saúde da Família da atenção básica de saúde do referido município e desenvolviam ações na abrangência da atenção pré-natal. Os enfermeiros (cinco) das quatro USF participaram do estudo, visto que uma destas contava com equipe dupla. Já referente aos profissionais médicos, numa das USF o período de coleta de dados coincidiu com a troca de profissional médico, contrastando com o critério de inclusão. E em outro serviço, com equipe dupla, um médico prestava o atendimento das duas equipes, assim correspondendo ao número final de três médicos participantes.

A coleta de dados percorreu o período de fevereiro a junho de 2014, durante as ações realizadas por enfermeiros e médicos nas ESF. Foram utilizadas as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada. A técnica de observação participante totalizou 140 horas, sendo que o tempo de observação em cada serviço variou entre um mês a dois meses.

A pesquisadora ao desenvolver a observação participante foi cuidadosa e sensível ao respeitar as fases que envolvem este processo. A observação perpassa o contato com três diferentes fases. Na primeira fase, ocorre o contato inicial, no qual o observador deve utilizar de estratégias para aproximação com os participantes, minimizando o estranhamento. A segunda fase exige um olhar ampliado frente ao conjunto da comunidade e os distintos fatores que compõe e influenciam este grupo, com a finalidade de compreender a realidade observada. E por fim a terceira fase, a qual objetiva-se a sistematização e organização do material para facilitar o procedimento de análise de dados. Este material deve ser cuidadosamente triado a fim de conhecer a realidade e os pontos relevantes do grupo pesquisado.⁹

Ainda, é de extrema importância o registro destas observações, por isso a pesquisadora utilizou o diário de campo para realizar suas anotações e posteriormente aprofundar suas reflexões frente às situações observadas. Sendo assim, com o objetivo de organizar e dinamizar a coleta de dados, optou-se pela utilização do diário de campo. Este espaço possibilita a livre escrita do observador, com suas impressões e reflexões, sendo que estas podem alterar-se com o tempo, também podem resultar de conversar informais ou situações específicas que respondam o objetivo do estudo.⁸

Ademais, a técnica de observação foi complementada com a utilização da entrevista semiestruturada. Ao finalizar o período de observação, a pesquisadora combinava junto aos participantes, conforme sua disponibilidade, o agendamento das entrevistas. Estas ocorreram nos próprios serviços de saúde, em turnos de menor movimento, conforme indicação dos profissionais de saúde. Os dados foram gravados com autorização dos entrevistados e depois transcritos para análise e interpretação do pesquisador.

Quanto à análise dos dados, optou-se pela proposta operativa⁸, esta é dividida em dois níveis operacionais. A fase exploratória, primeiro nível operacional, caracteriza-se pelo conhecimento do contexto em que se realiza o estudo e se estabelece um perfil do grupo pesquisado. Na sequência, o segundo nível operacional, denominado interpretativo, destacado por ser o ponto de partida e de chegada de uma pesquisa, há o encontro com os fatos empíricos. Busca-se encontrar no conteúdo disponível, por meio das observações e

entrevistas, o sentido, a lógica interna, as projeções e as interpretações acerca do tema investigado.

A fase interpretativa ainda é segregada em dois momentos, respectivamente ordenação dos dados e classificação dos dados. Na ordenação dos dados é possível compor uma classificação inicial, trabalha-se neste momento com a transcrição do material obtido, a releitura do material, a organização dos relatos e dos dados observados em determinada ordem. Sequencialmente ocorre a classificação dos dados, que é uma etapa de construção de conhecimento complexa, que percorre as seguintes ações: leitura horizontal e exaustiva dos textos, leitura transversal com o olhar mais seletivo sobre o material, análise final associada ao referencial teórico a fim de responder a questão que norteia o estudo e finalmente a produção do relatório final que consiste na apresentação dos resultados da pesquisa.

Entende-se a essencialidade de garantir o anonimato dos participantes e dos serviços de saúde, logo a identificação dos dados deu-se por meio do sistema alfa numérico, com a letra “E” para os enfermeiros e “M” para os médicos, numerados aleatoriamente. As observações também seguiram a mesma organização, identificadas pela letra "O".

Durante a realização do estudo foram respeitados os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.¹⁰ O estudo foi aprovado no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, conforme parecer nº 513.040, sob o número do CAAE 26467413.9.0000.5346. Destaca-se que todos os procedimentos do estudo se iniciaram após aprovação no comitê de ética e a assinatura em duas vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes do estudo.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os profissionais de saúde entrevistados tinham idade entre 25 e 55 anos. A maioria formou-se em instituições privadas de ensino do Estado do Rio Grande do Sul. O tempo de formação variou entre 5 a 33 anos. Quanto ao tempo de atuação na área de saúde da mulher a variação foi entre 3 a 30 anos. .

Os resultados deste estudo apontaram os fatores que promovem o distanciamento da humanização na atenção pré-natal, sendo destaque: a ambiência inadequada, o baixo incentivo à capacitação profissional, a comunicação fragilizada entre os serviços de saúde, a demanda excessiva, as dificuldades na comunicação e no trabalho em equipe, a formação fragmentada, a falta de recursos humanos, as questões burocráticas e a supervalorização do ultrassom.

A Política Nacional de Humanização (PNH) evidencia o compromisso com a qualificação da ambiência, refletindo na melhora das condições de trabalho e de atendimento

da população. Porém, neste estudo observaram-se dificuldades na concretização desta proposta conforme observado num dos serviços:

"Durante a reunião de equipe o médico realiza um desabafo acerca das condições da estrutura física do serviço. A fala remete o desconforto com a longa espera por um novo espaço. Relata que a casa, onde funciona a USF está caindo, há apenas um banheiro para os usuários e profissionais. Reforça que a informatização dos serviços de saúde é importante, porém não basta realizá-la, se não existem condições básicas para execução do serviço. Refere vontade de trabalhar, mas é necessário oferecer o básico." (O2)

O ambiente de trabalho interfere diretamente na qualidade do atendimento prestado, nas relações sociais e no estímulo a atuação dos profissionais de saúde. Visualiza-se a necessidade de uma estruturação mínima, a fim de amparar e possibilitar um cuidado qualificado à mulher e sua família. Além disto, a ambiência dos serviços de saúde reflete na autoestima dos profissionais, e a desvalorização deste espaço denota fragilidades na atenção à saúde do trabalhador, reforçando o distanciamento do cuidado humanizado preconizado pelo Ministério da Saúde.

Os entraves no ambiente observado instigam a reflexão sobre um cenário profissional com estrutura física precária que desfavorece a promoção de uma ambiência compatível com a humanização. Concorde-se ao relacionar a interdependência entre o ambiente de trabalho e as práticas humanizadoras, sendo o ambiente fragilizado um elemento gerador de insatisfação com as condições de trabalho e desestimulante à promoção de ações humanizadas .¹¹

A construção de conhecimento e a troca de saberes são eixos principais na reformulação da atenção prestada à mulher grávida. Os profissionais de saúde evidenciaram o entendimento da importância do processo contínuo de educação, mas sentem-se solitários nesta busca por novos conhecimentos.

"A educação permanente e a capacitação dos profissionais é necessária. Esta parte também está com muita falta. A gente procura estar adquirindo conhecimento e procurando novidades. Mas também, por falta da gestão falta trazer isto para nós. Esta educação tem que ser contínua, a gente não tem muito isto, daí lá de vez em quando eles fazem uma capacitação." (E2)

A falta de incentivo à educação permanente é referenciada pelos profissionais como desfavorável a efetivação de um atendimento humanizado. O processo educativo, na maioria das vezes, nos serviços de saúde, apresenta-se em ações isoladas e descontínuas que não contemplam a reflexão e a discussão das práticas em saúde, ou seja, fragmenta-se a visão do cuidado à mulher grávida.

Torna-se essencial a familiarização dos profissionais de saúde aos novos conceitos e práticas designados a área da saúde, por meio de ações contínuas para aprimoramento profissional e qualificação da atenção. Alerta-se a necessidade de priorização destas iniciativas por parte da gestão municipal. Devem ser trabalhadas habilidades que desenvolvam e ampliem o olhar sobre a humanização como política, incentivando-se a criatividade, o respeito e a ética, uma vez que estes atributos irão orientar suas práticas e as relações com os distintos sujeitos envolvidos na produção em saúde.¹²

A PNH reforça desafios que persistem e carecem de mudanças para reais avanços na humanização da atenção. Enfatiza-se a necessidade de superação da verticalização dos serviços de saúde, que resulta na baixa comunicação, segmentação do cuidado e dificuldades na continuidade do atendimento. Este estudo apontou como entrave a baixa comunicação entre os diferentes níveis de atenção no cuidado à mulher.

"A comunicação entre os hospitais de referência e as USF é visivelmente fragilizada. Observou-se, casos de gestantes que passaram por observação ou internação hospitalar, onde os profissionais de saúde das USF obtinham conhecimento da situação, apenas pela própria gestante durante conversa na consulta e quando as mesmas traziam a segunda via do atendimento realizado no hospital. O agente comunitário de saúde também é mediador, informando as intercorrências e garantindo a comunicação entre gestante e profissionais de saúde." (O1,O2,O3,O4)

"O retorno não acontece na intercorrência, geralmente ligam quando a mulher ganha o bebê e para agendar a consulta de puerpério e do recém nascido, mas isto não é sempre." (O3)

O contato entre as USF e os hospitais de referência do município é superficial e verifica-se a inexistência de sistematização ao notificar os cuidados prestados às mulheres. O profissional de saúde que se encontra na atenção básica geralmente possui conhecimento de alguma intercorrência por meio da mulher, caso ela retorne ao serviço. O agente comunitário de saúde, por ter maior proximidade com as mulheres, torna-se o mediador do contato entre o serviço e a usuária.

Observa-se, que o retorno do hospital de referência nem sempre ocorre, sendo claro que não há uma responsabilização quanto à continuidade do cuidado prestado à gestante e as ações são desarticuladas. Sem dúvida, isso fragiliza a rede de atenção à gestante e enfraquece a concretização de um cuidado integral.

O processo de ir e vir entre os serviços acontece de maneira assistemática, pautado em elementos informais, como a notificação verbal entre gestantes e profissionais de saúde, apontando a fragmentação do cuidado à saúde da gestante.¹³ Em estudo realizado com enfermeiros apontam-se dificuldades ao colocar em prática uma atenção integral à mulher, devido à quase inexistência de diálogo entre os profissionais e a falta de comunicação entre os serviços de saúde. Ainda, acredita-se que estes fatores somados à desvalorização profissional, às precariedades do sistema e a falta de corresponsabilização são entraves importantes neste contexto de atenção.¹⁴

Além disso, observou-se a intensa demanda na rotina dos profissionais de saúde somada as diferentes ações, as quais são de responsabilidade da equipe de saúde da família. Conforme os depoimentos dos profissionais, nota-se dificuldades ao gerenciar o tempo e a organização do processo de trabalho, como se pode visualizar a seguir:

"É complicado porque às vezes a gente não tem o tempo suficiente para atender por causa da demanda, é muita gente e pouco tempo." (M2)

"Na ESF é realizado apenas o teste rápido de gravidez, os testes rápidos de HIV e Sífilis não estão sendo realizados, embora disponibilizados pelo município. A enfermeira relata que a demanda é muito alta, e o tempo destinado para realização do teste iria atrapalhar o andamento das demais atividades. Apenas o enfermeiro realiza os testes rápidos neste serviço." (03)

A alta demanda é descrita pelos profissionais como barreira para proporcionar um cuidado integral à gestante. O impasse entre tempo e oferta de serviços, sendo estes qualificados, exige reflexão frente à organização do processo de trabalho, redefinições de prioridades e de abordagens das práticas em saúde. Observa-se a prioridade por consultas médicas e de enfermagem nestes serviços, de maneira individualizada. A ampliação de ações de promoção em saúde e ações coletivas pode auxiliar na cobertura das demandas das usuárias.

A implementação dos testes rápidos ocorreu no período das observações, e por ser uma demanda muito recente, os profissionais de saúde enfrentam dificuldades para tornar esta

como rotina do serviço. Visualiza-se a sobrecarga das ações sob a responsabilidade do enfermeiro.

Ressalta-se que os testes podem ser realizados pelos demais profissionais de ensino superior, porém perpetua-se a concentração das atividades nas mãos dos profissionais de enfermagem. Compreende-se a sobrecarga de trabalho dos profissionais de saúde, todavia observa-se a negligência do cuidado à mulher grávida, ao não disponibilizar o teste rápido no serviço, sendo ele ofertado pelo SUS. A responsabilização de todos os membros da equipe de saúde da família facilitaria a inserção dos testes rápidos e o desenvolvimento das ações nas USF.

Em estudo destacam a alta demanda e a sobrecarga de trabalho como fortes obstáculos para garantir um atendimento humanizado, uma vez que é necessário tempo para um cuidado pautado no respeito, na individualidade e nos direitos das usuárias.¹⁵ Salienta-se também que a organização do processo de trabalho e o comprometimento de todos os profissionais de saúde são fundamentais para uma atenção qualificada à mulher, buscando a integralidade.¹⁶

A corresponsabilização entre os diferentes sujeitos nos processos de gestão e saúde, assim como o fortalecimento do trabalho em equipe são evidenciados pela PNH. Em discordância com estes preceitos verifica-se a fragilidade na comunicação e na efetivação do trabalho em equipe.

"Com o profissional médico há uma dificuldade maior de estar melhorando este processo de entrosamento. Hoje, convidei o médico para participar do grupo de gestantes, provavelmente não virá, mas isto é uma coisa que o médico também pode estar participando."
(E2)

"Não me sinto segura de dizer que aqui trabalhamos em equipe, não a gente não trabalha em equipe. Cada um trabalha do jeito que acha que tem trabalhar." (E4)

A equipe de saúde da família objetiva ampliar as ações, além das quatro paredes de um consultório, a fim de modificar o modelo biomédico vigente, o qual medica o corpo feminino. Visualiza-se dificuldade de trabalhar em equipe, isto denota a falta de diálogo entre os profissionais de saúde e a verticalização do cuidado. Além disso a adesão do profissional médico nas ações de educação em saúde é baixa, ocorrendo a exclusiva dedicação às consultas.

Num estudo realizado com equipes de saúde da família constataram-se resultados semelhantes quanto ao processo de trabalho, caracterizado como parcelado, em que cada

profissional realiza sua função de forma individual, sem interações ou articulações. Apesar de os profissionais de saúde terem conhecimento acerca da importância do trabalho em equipe, revelam que este é potencializador na busca de novos mecanismos para qualificação e humanização das ações. No entanto, na práxis, o trabalho em equipe distancia-se dos preceitos das políticas sociais e programas de saúde.¹⁷

O reconhecimento do modelo ideal de atenção à saúde da mulher grávida não necessariamente gera mudanças, é necessário que todas as categorias profissionais estejam sensibilizadas e dispostas a romper com paradigmas engessados. As ações de promoção em saúde corroboram com o novo modelo de atenção, na busca de uma visão holística da gestante e seu contexto social, porém a corresponsabilização deve ser o eixo chave para que a legislação opere na práxis dos profissionais de saúde.¹⁸

Ainda, soma-se a promoção do distanciamento da atenção humanizada à gestante, a formação fragmentada dos profissionais de saúde, a qual contribui para hegemonia de um modelo verticalizado na atenção à saúde.

"A minha formação foi muito voltada para a área hospitalar [...] Então assim, eu não fazia nem ideia dos princípios básicos do SUS, entende. Comecei a me interar do assunto quando iniciei meus estudos para concursos, porque a faculdade foi bem deficiente neste ponto." (E4)

"Questões que envolviam acolhimento eram muito pouco discutidas, a gente tinha uma base do que era acolhimento, mas na prática eu não vi isso, esse acolhimento que a gente fala hoje, esse olhar mais ampliado. Tu sabias que ia ir ali, e atender uma pessoa, mas não tive essa vivência acerca da humanização na graduação." (E1)

"Esta parte de atendimento em USF, como realizar, o que fazer, sobre atuação com a comunidade, isto jamais foi cobrado na minha formação, simplesmente era exigida a parte técnica." (M3)

Nos depoimentos dos profissionais de saúde observa-se o déficit na formação universitária, a qual priorizou a área hospitalar. As instituições na sua maioria são privadas, os participantes destacam que durante a academia não obtiveram aproximação com os princípios do SUS e as diretrizes da PNH. A maneira superficial como são apresentadas algumas diretrizes importantes, como o acolhimento, dificulta a compreensão e aplicação na práxis pelos profissionais destes pressupostos.

As mudanças curriculares exigem estudo em longo prazo e devem evoluir conjuntamente com as legislações e programas de saúde brasileiros. A implementação da PNH, possui alguns eixos estratégicos, um destes, diz respeito à educação permanente, a qual objetiva incluir como conteúdo nos componentes curriculares dos cursos de graduação, pós-graduação e extensão em saúde a humanização como política transversal de atenção e gestão.⁵ Visualiza-se, que embora o SUS seja implementando desde 1988 e a PNH desde 2003, ainda é necessário fortalecer os espaços de formação para que os profissionais estejam preparados para atender e gerenciar os serviços de saúde alicerçados nas políticas sociais.

Neste contexto, a universidade possui relevância na contribuição para consolidação do SUS. Torna-se indispensável o investimento numa formação crítica e de acordo com a realidade, para que isto aconteça é necessária a reconstrução dos currículos contemplando conteúdos que superem o campo das ciências biológicas. Além disto, enfatiza-se a importância da inserção de estratégias que garantam a autonomia e a participação ativa do aluno no processo de ensino e aprendizagem.¹⁹

Num estudo realizado com enfermeiros, o qual tratou a temática de humanização e as discussões da mesma nos espaços de formação revelou que o entendimento da atenção humanizada ainda limita-se ao cuidado embasado em um saber técnico e científico, somado a cordialidade no atendimento. Esta limitação fortalece o distanciamento dos pressupostos propostos pelo Ministério da Saúde ao priorizar apenas a técnica e compreender a humanização com gestos cordiais.²⁰

A falta de recursos humanos também se somou às barreiras na efetivação de um cuidado humanizado, como se pode visualizar a seguir:

"Falta recursos humanos, tem que ter um profissional ali na frente (recepção) para ajudar, dar conta daquele atendimento que não tem recepcionista. [...] teria que ter o profissional auxiliar administrativo e isto não tem, acaba sobrecarregando as tarefas do teu dia a dia e tu acabas não tendo tempo suficiente para dedicar-se a outras atividades." (E2)

"Na recepção de três ESF observadas havia um cartaz, o qual informava a falta de recepcionista, solicitando a compreensão dos usuários. A falta de um auxiliar administrativo gera dificuldades na organização do processo de trabalho e desvio de funções dos funcionários. Durante as observações inúmeras vezes esta situação prejudicou o fluxo dos atendimentos e também o foco na atenção integral das mulheres grávidas." (O1, O2,O4)

As USF possuem uma alta demanda, dos quatro estabelecimentos de saúde observados, três não possuem recepcionista. Consta-se o quanto esta situação reflete na desorganização do processo de trabalho e prejudica a atenção prestada às gestantes. Durante a observação, inúmeras vezes a recepção foi assumida pelo enfermeiro ou técnico de enfermagem e também por acadêmicos e residentes multiprofissionais. Frente às distintas ações que devem ser desempenhadas pela equipe de saúde da família, a falta de recepcionista contribui na diminuição do tempo da atenção prestada as usuárias e sobrecarrega os profissionais de saúde.

Segundo estudo, os principais fatores que contribuem para o insucesso das ações desempenhadas pelas equipes de saúde da família estão atrelados a falta de recursos humanos e a sobrecarga de atividades.²¹ A precarização das condições de trabalho, como a falta de médico, de ACS ou auxiliar administrativo dificulta a realização de ações direcionadas à produção de saúde integral. Além de estar em discordância com a PNH, quanto à valorização do trabalhador de saúde, gera sobrecarga física e psíquica, desvio de função e pouca possibilidade de desenvolver o trabalho de maneira efetiva e de acordo com as propostas do Ministério da Saúde.²²

As questões burocráticas foram enfatizadas pelos profissionais de saúde como exaustivas, e referenciadas dificuldades no preenchimento e informatização do SISPRENATAL, conforme observação registrada abaixo:

"Geralmente quando os profissionais vão preencher os documentos do SISPRENATAL, reclamam e dizem estar cansados de tanta burocracia. O preenchimento destes documentos em todas as USF observadas eram feitos apenas pelos enfermeiros." (O1,O2,03,04).

"Primeiro, é que temos apenas um computador na unidade, segundo não tem internet. O acompanhamento e o registro é feito por quem realizou o cuidado com a gestante, tem que saber se ela trouxe os exames, a situação da gestante, se teve alguma alteração ou não. Eu acho que o SISPRENATAL vai qualificar, porque realmente vai ver se estão fazendo um acompanhamento certinho, só que o município ainda não estava preparado para aderir a esta demanda." (E5)

Os profissionais entendem a burocracia como empecilho na humanização da atenção e gestão. A quantidade de documentos necessários a serem preenchidos em cada consulta,

geralmente é motivo de reclamação por parte dos profissionais de saúde. A reformulação dos documentos e a informatização do SISPRENATAL, no município cenário deste estudo, está em processo de implementação e necessita de maior aporte tecnológico para que os registros sejam computados e possam ser utilizados na qualificação da atenção à gestante.

Enfatiza-se a importância da retroalimentação das informações em saúde, porém entende-se a necessidade de investimentos para minimizar as barreiras existentes. Estes devem priorizar a disponibilidade de recursos humanos, físicos e materiais, treinamentos para inclusão nos sistemas de informações, aperfeiçoamento de ferramentas mais acessíveis e com menor burocracia para o registro de dados das ações prestadas às gestantes.²³

O distanciamento da humanização perpetuou-se também na supervalorização do ultrassom pelos médicos e na demora da marcação deste exame, como se pode observar:

"O ultrassom é supervalorizado pelas gestantes e principalmente pelo profissional médico que nas consultas sempre ressalta a importância do exame. A conduta dos profissionais de saúde é orientar a realização do exame, e fica por opção da mulher realizar pelo SUS (maior tempo de espera) ou realizar pela rede privada. A maioria das gestantes realiza o mesmo pela rede privada, devido ao tempo de espera e a forte ansiedade das mulheres. A observadora vislumbrou em conversas informais com as gestantes que ao terem o pedido do ultrassom solicitado na ESF, conseguem desconto na rede privada." (O1, O2, O3)

A palavra do médico possui forte influência nas atitudes e cuidados realizados pelas mulheres. Durante o período de observação, acompanhou-se a intensa valorização do ultrassom obstétrico pelo profissional médico, solicitado em número superior ao preconizado pelo Ministério da Saúde. Claramente, nas observações visualiza-se a ansiedade das gestantes em realizar o exame, somado ao valor dado à tecnologia pelo médico. O tempo de espera para marcar o ultrassom, na sua maioria, é considerado longo pelas gestantes, então elas optam por realizar na rede privada com desconto.

Na prática médica, verifica-se a priorização da ecografia obstétrica em detrimento do exame físico no corpo grávido.²⁴ Ainda, a valorização da tecnologia de imagem é velada por alguns profissionais e pela rede privada, estimulando a realização de vários ultrassons na gestação de risco habitual, sem existir indicação. Culturalmente associa-se a realização deste exame nos três trimestres gestacionais, como uma atenção qualificada e segura.²⁵ A produção de saúde, neste contexto, distancia-se dos pressupostos da humanização, pois se mercantiliza

o cuidado com a mulher e o feto, submetendo as mesmas a intervenções e/ou gastos desnecessários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao finalizar o presente estudo, entende-se a necessidade de discutir as prioridades na atenção e gestão dos cuidados à mulher no ciclo gravídico puerperal. O distanciamento da humanização desvelou-se na práxis dos profissionais de saúde destacando os seguintes empecilhos: a ambiência inadequada, o baixo incentivo à capacitação profissional, a comunicação fragilizada entre os serviços de saúde, a demanda excessiva, as dificuldades na comunicação e no trabalho em equipe, a formação fragmentada, a falta de recursos humanos, as questões burocráticas e a supervalorização do ultrassom.

A humanização da atenção pré-natal na atenção básica esbarra em obstáculos que devem ser discutidos nas diferentes esferas, a nível municipal, estadual e federal. Além disto, exige a corresponsabilização dos distintos sujeitos responsáveis pela produção de saúde e implicam o compromisso dos profissionais de saúde, usuários, gestores, instituições de formação, ou seja, humanizar a atenção exige articulação de todo o sistema de saúde.

A ambiência fragilizada limita as possibilidades de atuação dos profissionais e desestimula a inserção de novas práticas. Evidencia-se a influência do ambiente de trabalho nas relações sociais, no acolhimento das gestantes e no desempenho dos profissionais de saúde.

Ademais, enfatiza-se a importância do investimento na educação permanente, uma vez que a mudança de modelo de atenção apenas ocorre com a reflexão sobre a prática e alicerçada em evidências científicas. Neste contexto, destaca-se a necessidade das mudanças curriculares estarem caminhando conjuntamente com as políticas públicas e programas de saúde brasileiros, a fim de contribuir na aplicação destes pressupostos na práxis profissional.

Outra situação, reconhecida como promotora do distanciamento da humanização perpassou a inexistência de sistematização da comunicação entre os serviços de saúde. Esta desconexão das práticas de saúde é um dos principais desafios a serem superados para concretização da humanização da atenção. A organização do processo de trabalho, a comunicação entre os diferentes níveis de atenção e a responsabilização contínua de todos os profissionais pelo cuidado prestado à mulher são essenciais para minimização deste distanciamento.

A visão biologicista ainda persiste nos serviços de saúde, vislumbra-se uma forte resistência do profissional médico a ações que superem a consulta. Observou-se a

supervalorização da tecnologia de imagem pelas gestantes, também contaminadas culturalmente, ao associar a alta tecnologia com atendimento seguro e humanizado.

Espera-se que o produto deste estudo instigue reflexões e suscite discussões acerca da humanização da atenção e gestão dos cuidados pré-natais. Ao oportunizar um olhar crítico sobre as tensões e dificuldades na implementação da humanização nas ações em saúde, buscase por meio da voz dos profissionais, explicar as prioridades a serem repensadas na consolidação de um cuidado integral.

REFERÊNCIAS

1. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Matern* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 20];10(3):359-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
2. Muller CP, Araújo VE, Bonilha AL. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. *Revista Eletrônica de Enfermagem* [Internet]. 2007 [Citado 2014 Ago 20];9(3):858–865. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/pdf/v9n3a24.pdf>
3. Duarte SJH. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. *Ciênc enferm* [Internet]. 2012 [Citado 2014 Ago 21];18(2):75-82. Disponível em: http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v18n2/art_08.pdf
4. Ministério da Saúde (Brasil). *Caderno HumanizaSUS: atenção básica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
5. Ministério da Saúde (Brasil). *Política Nacional de Humanização*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2003.
6. Barreto CN, Prates LA, Scarton J, Alves CN, Wilhelm LA, Ressel LB. Práticas assistenciais de aproximação e distanciamento da humanização no pré-natal: revisão integrativa. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2014 [Citado 2014 Ago 19];8(2):416-23. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/5544/pdf_4598
7. Ministério da Saúde (Brasil). *Política Nacional da Atenção Básica*. Brasília: Editora Ministério da Saúde, 2012.
8. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
9. Victora CG, Knauth DR, Hassen, MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

10. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2012. [acesso em 2014 Ago 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
11. Fontana RT. Humanização no processo de trabalho em enfermagem: uma reflexão. Rev Rene [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 20];11(1):200-7. Disponível em: <http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/364/pdf>
12. Trevizan MA, Mendes ISA, Mazzo A, Ventura CAA. Investimento em ativos humanos da enfermagem: educação e mentes do futuro. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 21];18(3):[06 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_24.pdf
13. Hoffmann IC, Ressel LB, Budó MLD. O percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 19];4(3):1384-91. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/990/pdf_138
14. Narchi NZ. Atenção pré-natal por enfermeiros na Zona Leste da cidade de São Paulo - Brasil. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 19];44(2):266-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n2/04.pdf>
15. Peres EC, Barbosa IA, Silva MJP. Cuidado humanizado: o agir com respeito na concepção dos aprimorandos de enfermagem. Acta Paul Enfem [Internet]. 2011 [Citado 2014 Ago 20];24(3):334-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/05.pdf>
16. Souza SS, Costa R, Shiroma LMB, Maliska ICA, Amadigi FR, Pires DEP, Ramos FRS. Reflexões de profissionais de saúde acerca de seu processo de trabalho. Rev Eletr Enf [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 21];12(3):449-55. Disponível em: <http://revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/6855/7861>
17. Kell MCG, Shimizu HE. Existe trabalho em equipe no Programa de Saúde da Família? Ciência & Saúde Coletiva [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 21];15(Supl.1):1533-41. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s1/065.pdf>
18. Bessa LF, Mamede MV. Ação educativa: uma perspectiva para humanização do parto? Revista Baiana de Enfermagem [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 21];24(1,2,3):11-22. Disponível em: <http://www.portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/5699/4119>
19. Casate JC, Corrêa AK. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. Rev Esc Enferm USP [Internet]. 2012 [Citado 2014 Ago 20];46(1):219-26. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a29.pdf>
20. Lazzari DD, Jacobs LG, Jung Walnice. Humanização da assistência em enfermagem a partir da formação acadêmica. Rev Enferm UFSM [Internet]. 2010 [Citado 2014 Ago 20];2(1):116-24. Disponível em: <http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/3705/3133>

21. Valeretto FA, Souza MC, Vorpapel MGB. O papel do enfermeiro integrante da equipe de Estratégia de Saúde da Família em um município do interior paulista. *Brazilian Journal of Health* [Internet]. 2011 [Citado 2014 Ago 20];2(2):97-103. Disponível em: <http://inseer.ibict.br/bjh/index.php/bjh/article/viewFile/88/93>
22. Bertoncini JH, Pires DEP, Scherer MDA. Condições de trabalho e renormalização nas atividades das enfermeiras na saúde da família. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2011 [Citado 2014 Ago 21];9(1):157-73. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tes/v9s1/08.pdf>
23. Andreucci CB, Cecatti JG. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [Citado 2014 Ago 20];27(6):1053-64. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n6/03.pdf>
24. Gonçalves CV, Costa JSD, Duarte G, Marcolin AC, Lima LCV, Garlet G, Bianchi MS, Sakai AF. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal. Uma inversão de valores. *Rev Assoc Med Bras* [Internet] 2009 [Citado 2014 Ago 20];55(3):290-5.
25. Zampieri MFM. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Florianópolis. Tese [Doutorado em Enfermagem] - Universidade Federal de Santa Catarina, 2006.

ARTIGO 3⁴

"O SUS QUE DÁ CERTO": AÇÕES DE APROXIMAÇÃO COM A HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL

RESUMO

O objetivo deste estudo é conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual. Tratou-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório e com abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada de fevereiro a junho de 2014, com observação participante e entrevista semiestruturada, em quatro unidades de saúde da família da rede básica de um município do Sul do Brasil. Participaram enfermeiros e médicos que realizavam pré-natal na rede básica. Relevaram-se, no dia a dia dos profissionais de saúde, como promotores de uma atenção humanizada, os seguintes aspectos: a aproximação com a gestante e seu contexto social, a articulação de estratégias com os agentes comunitários de saúde, a atuação da Residência Multiprofissional Integrada, a adesão aos manuais do Ministério da Saúde, a educação permanente, o estímulo à participação do companheiro, a facilidade de acesso aos exames laboratoriais e preventivos, a criação de vínculo entre a gestante e o profissional enfermeiro, e a promoção de atividades de educação em saúde. Compreende-se que para aproximação/concretização de um atendimento humanizado é necessário ampliar a visão para distintas dimensões que englobam o cuidado à gestante, sendo elas, técnicas e científicas, gerenciais, organizacionais, relacionais e principalmente singulares.

DESCRITORES: Cuidado pré-natal. Humanização da assistência. Atenção primária à saúde. Enfermagem. Cultura.

INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é um espaço de construções singulares, influenciadas pelo conjunto familiar e social da gestante e também a partir da atuação dos profissionais de saúde. As referências e relações desta mulher devem ser consideradas, pois refletem diretamente na adesão ao pré-natal, na compreensão da atenção e nos cuidados realizados.¹

⁴ Artigo para submissão na Revista Texto & Contexto.

Em estudo evidenciam-se alguns aspectos indispensáveis na busca de um atendimento qualificado e humanizado à gestante como, a essencialidade de uma visão ampliada para as necessidades da mulher, agir em conformidade com os princípios éticos, respeitar o outro e colocar-se no lugar do mesmo, garantir dignidade e autonomia, buscar estratégias para facilitar o acesso aos serviços de saúde e diminuir o tempo de espera destas usuárias.²

Nesta direção, a humanização da atenção está intimamente ligada à qualificação deste atendimento. No Brasil, sobressaem-se algumas estratégias por meio de políticas sociais e programas de saúde que visam modificar o cenário de atenção à saúde da mulher, buscando um cuidado integral, o qual supera uma visão verticalizada da atenção e considera a multidimensionalidade do ser humano. São destaques as seguintes iniciativas: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003, Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004, Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada atualizado em 2006 e finalmente em 2011 a criação da Rede Cegonha.

A linha norteadora deste estudo é a Política Nacional de Humanização, a qual busca fortalecer as demais estratégias brasileiras na busca da humanização da atenção à saúde da mulher. A PNH, discutida desde 2003, reconhece avanços e reforça a necessidade de superar desafios e problemas ainda persistentes nos serviços de saúde. A atenção básica é considerada um espaço de grande significância para qualificação da humanização como política e consolidação do SUS, devido à aproximação com as usuárias, às trocas solidárias e aos vínculos terapêuticos oportunizados neste contexto.³

Nesta direção, a PNH destaca a importância de reforçar a visibilidade do "SUS que dá certo", sendo tarefa política dos distintos sujeitos responsáveis pela produção em saúde, ou seja, os profissionais de saúde, os gestores e os usuários. Além disto, reforça-se o imprescindível papel dos pesquisadores de cooperarem no reconhecimento dos avanços que contribuem para qualificação do cuidado.⁴

Ademais, observa-se uma lacuna na atenção prestada durante o ciclo gravídico puerperal, focalizada na humanização do parto. Neste contingente é necessário considerar as diferentes etapas do nascimento, como o momento do pré-natal, o qual contribui de maneira significativa para desfechos gestacionais positivos.⁵

Ao optar pelo olhar ampliado sob a humanização do cuidado pré-natal na atenção básica, considerou-se o expressivo reflexo de um pré-natal de qualidade nos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Nesta esteira de pensamento, balizado nas propostas do

Ministério da Saúde voltadas à saúde da mulher e norteadas pela PNH buscou-se conhecer as práticas e abordagens em saúde no cuidado pré-natal que contribuem para qualificação desta atenção.

A partir desta contextualização, apresentam-se os dados derivados de uma dissertação de mestrado, cuja a questão norteadora do artigo abrange: Quais os fatores que promovem a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual.

Sendo assim, o **objetivo** desta produção é conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual.

METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa, pautado nas políticas públicas nacionais e programas de saúde referentes a humanização no ciclo gravídico puerperal. Ao resgatar o objetivo deste estudo visualiza-se que o método qualitativo vem ao encontro da temática central desta pesquisa, a humanização da atenção pré-natal. Visto que, esta temática necessita de maior amplitude de discussões e reflexões. Nesta direção, a abordagem possibilita a construção de novos conhecimentos, revisão e criação de conceitos, compreensão do contexto social estudado, valorizando a história, as relações, as representações, as percepções e opiniões do grupo pesquisado.⁶

O cenário que compôs este estudo compreendeu quatro Unidades de Saúde da Família da rede básica de saúde de um município do Sul do Brasil. Quanto à organização destes serviços, três contavam com uma equipe de saúde da família e uma com equipe dupla. A escolha dos campos de estudo foi realizada por meio de sorteio, de acordo com a ordem sorteada a pesquisadora iniciava o primeiro contato pelos telefones disponíveis no site da prefeitura. Quando positivo este primeiro contato, agendava-se um encontro para apresentação da proposta da pesquisa e finalmente com o aceite em participar, criava-se em conjunto com os profissionais, o cronograma de atividades que seriam acompanhadas.

Ressalta-se que as USF contavam com enfermeiros e médicos atuando nas ações de atenção pré-natal. Durante o período de observação a pesquisadora teve oportunidade de acompanhar as seguintes ações: consulta de enfermagem, consulta médica, reuniões de equipe e atividades educativas.

Os critérios utilizados para inclusão dos participantes corresponderam a enfermeiros e médicos que desenvolvessem ações referentes à atenção pré-natal nas Unidades de Saúde da Família selecionadas para o estudo.

A seleção dos participantes respeitou os preceitos de autora⁶, os quais apontam como determinantes para uma seleção fidedigna dos participantes, o critério de saturação de dados e o momento em que o pesquisador compreende atingir os objetivos propostos pelo estudo. Considerando estas questões, os participantes corresponderam a cinco enfermeiros e três médicos que atuavam nas Unidades de Saúde da Família e desenvolviam ações na abrangência da atenção pré-natal.

Conforme apresentado acima, em razão de uma das USF ter equipe dupla, um médico prestava atendimento às gestantes das duas equipes. Além disto, em um dos quatro serviços de saúde, o período de coleta de dados coincidiu com a troca do profissional médico, a pesquisadora entendeu a necessidade de respeitar o período de adaptação no novo ambiente de trabalho e optou por não convidá-lo, totalizando, no final, três médicos participantes. Quanto aos enfermeiros, (cinco) todos participaram do estudo.

A etapa de coleta de dados ocorreu entre fevereiro e junho de 2014; foram utilizadas as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada. A primeira totalizou 140 horas de observação e o tempo de permanência em cada serviço variou entre um mês a dois meses.

A pesquisadora trilhou na observação participante um caminho minucioso que pode ser traduzido por três fases. Na primeira fase a observação foi pautada a fim de facilitar a aproximação com os participantes, e diminuir a distância entre pesquisador e observado. A segunda fase exigiu que o observador se desfizesse de conceitos pré-estabelecidos e buscasse compreender o conjunto da comunidade pesquisada e dos diferentes fatores que compreendiam e influenciavam as ações e percepções dos participantes, a fim de conhecer a realidade de cada serviço. A última e terceira fase foi caracterizada pela sua complexidade, demanda a sistematização e organização dos dados, onde se respeitou o mais fielmente possível as questões metodológicas, a fim de garantir resultados válidos e confiáveis.⁷

Neste contexto, destaca-se a importância de um instrumento de registro, o diário de campo, este possibilitou as anotações das observações em tempo real e também posteriormente com maior aprofundamento pela observadora. O diário de campo não se prende a apenas um aspecto, considera-se diferentes questões que possam contribuir no enriquecimento e discussão da temática pesquisada. Pode resultar de anotações de conversas informais, consultas observadas, ações educativas, entre outras atividades.⁶

Ainda, a entrevista semiestruturada contribuiu na produção dos dados. Optou-se por realizá-la no final das observações, com caráter complementar. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. O espaço escolhido para realização foi nas próprias USF, em salas específicas, e em turnos de menor movimento escolhido pelos participantes. As entrevistas foram gravadas com autorização dos entrevistados, e depois transcritas para análise e interpretação do pesquisador.

A análise dos dados foi embasada na proposta operativa⁶, caracterizada por dois níveis operacionais. Primeiramente, o pesquisador buscou explorar e compreender o contexto sócio histórico do grupo pesquisado, sendo esta etapa correspondente ao primeiro nível operacional, denominado exploratório. Em seguida, iniciou-se o encontro com os fatos empíricos possibilitados pelo estudo, descrito pela autora como o ponto de partida e de chegada de qualquer pesquisa. Esta caracterização descreve o segundo nível operacional, denominado interpretativo, na qual se busca o sentido, a lógica interna, as projeções e interpretações acerca do tema investigado.

Ademais, a fase interpretativa corresponde a duas etapas, simultaneamente ordenação dos dados e classificação dos dados. A primeira percorre a transcrição do material obtido, releitura do material, a organização dos relatos e dos dados observados em determinada ordem, permitindo uma classificação inicial dos dados produzidos. De maneira mais complexa, a segunda etapa compreende a classificação dos dados, percorrendo um momento de intensa dedicação do pesquisador ao realizar a leitura horizontal e exaustiva dos textos; a leitura transversal com o olhar mais seletivo sobre o material; a análise final associada ao referencial teórico a fim de responder a questão que norteia o estudo; e finalmente a produção do relatório final que consiste na apresentação dos resultados desta pesquisa em forma de manuscrito para o Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM.

Com a finalidade de manter o anonimato dos participantes e dos serviços de saúde, a identificação dos dados se dá por meio do sistema alfa numérico. As observações realizadas em cada USF foram identificadas pela letra "O" e os serviços numerados de forma aleatória. E as falas expressas nas entrevistas com os profissionais de saúde foram apresentadas com a letra "E" para os enfermeiros e "M" para os médicos e a numeração também respeita o critério aleatório.

O presente estudo conduziu-se pelos os preceitos da Resolução nº. 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos.⁸ A pesquisa foi

aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, conforme parecer nº 513.040, sob o número do CAAE 26467413.9.0000.5346.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo corroboram com os objetivos da PNH ao apontar iniciativas na organização e na oferta de práticas em saúde, as quais aproximam a humanização da práxis na atenção pré-natal, fortalecendo o "SUS que dá certo". Os fatores que contribuíram para a aproximação dos pressupostos da política nacional foram a aproximação com a gestante e seu contexto social, a articulação de estratégias com os agentes comunitários de saúde, a atuação da Residência Multiprofissional Integrada, a adesão aos manuais do Ministério da Saúde, a educação permanente, o estímulo a participação do companheiro, a facilidade de acesso aos exames laboratoriais e preventivos, a criação de vínculo entre a gestante e o profissional enfermeiro, e a promoção de atividades de educação em saúde.

A PNH evidencia a importância do reconhecimento do contexto e demandas sociais das usuárias, a valorização da dimensão subjetiva e a construção de vínculos solidários. Percebe-se nos trechos a seguir a aproximação do profissional de saúde com as singularidades das gestantes:

"Acredito que eu consiga manter um vínculo com a gestante que se aproxima da proposta de humanização. A questão de observar as necessidades dela, as demandas que elas acreditam ser importantes e as demandas que eu destaco quanto profissional. Ter um olhar mais para a família, questionar como está a família, os filhos [...]." (E3)

"Na consulta médica, gestante questiona o profissional sobre os tipos de parto. O médico esclarece as dúvidas da gestante e estimula a mesma a conversar com seus familiares, especialmente, a figura materna para saber como foi esta experiência, o tipo de parto realizado e os sentimentos vivenciados". (O2)

O reconhecimento da gestação como um evento singular, familiar, cercado de influências sociais e sentimentos é um dos alicerces iniciais para concretização de um cuidado integral. Ainda, o respeito as crenças e singularidades da gestante, fortalecem o vínculo entre profissional de saúde e usuária, possibilitando que as reais demandas sejam atendidas na atenção pré-natal.

Ao proporcionar um atendimento acolhedor e respeitoso com a gestante, reflete-se de maneira positiva na adesão ao pré-natal. A empatia com a equipe de saúde, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, a valorização da cultura da gestante, o reconhecimento do

contexto social, especialmente, o familiar e a oferta de serviços de acordo com as demandas das gestantes auxiliam na participação ativa da mulher no cuidado prestado.⁹

Outro aspecto relevado no estudo diz respeito à articulação de ações voltadas ao cuidado à gestante junto aos agentes comunitários de saúde. Devido a maior proximidade com a comunidade, a influência da atuação deste profissional contrasta na cobertura de atenção pré-natal, como se visualiza a seguir:

"A enfermeira relata que o aumento da cobertura das ações de pré-natal também é reflexo da realização de capacitações com os agentes comunitários de saúde (ACS), no final de 2013. Esta estratégia objetivou instrumentar estes profissionais para realização de uma busca ativa adequada e o reconhecimento das prioridades quando se trata do atendimento à gestante. Observa-se nesta ESF a autonomia e o conhecimento acerca das orientações prestadas às gestantes pelos ACS." (02)

O ACS por estar inserido na própria comunidade, pode ser considerado o primeiro contato de aproximação com os serviços de saúde. A capacitação do agente comunitário de saúde, como observado neste estudo, contribui significativamente para o aumento da cobertura das ações de pré-natal. Além disso, fortalece a corresponsabilização dos diferentes profissionais que atuam na ESF e o trabalho em equipe conforme preconizado pela PNH.

Em estudo realizado no Maranhão evidenciou-se a expansão do acesso às consultas de pré-natal nos últimos anos. Sugere-se que esta mudança está associada pela reorganização que a ESF propõe com equipes de referências, as quais promovem ações que articulam a participação da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde. A atuação conjunta destes profissionais é determinante no aumento da cobertura do pré-natal.¹⁰

Ademais, destaca-se o maior contato dos ACS com o contexto das gestantes, considerado potencializador para uma abordagem ampliada e integral à mulher. A valorização do ambiente familiar e social favorece a desmedicalização do cuidado feminino, sendo imprescindível o papel do agente comunitário de saúde como mediador desta atenção.¹¹

Também se relevou como promotora de uma atenção pré-natal humanizada a atuação da Residência Multiprofissional Integrada. Dos serviços observados, três são campos de formação de residentes multiprofissionais, ressaltado positivamente pelos profissionais de saúde, ao contribuir para renovação das práticas em saúde.

"Uma coisa boa é que a residência multiprofissional traz coisas novas, movimenta bastante o serviço[...]." (E1)

"Observou-se nas ESF, as quais são campo de formação de residentes multiprofissionais (enfermeiro, fonoaudiólogo, psicólogo, nutricionistas, fisioterapeuta, médicos veterinário, educador físico, assistente social) maior facilidade na execução das ações voltadas à atenção pré-natal. Principalmente, a realização de atividades educativas e de participação ativa das usuárias que são impulsionadas pela residência." (01,03,04)

Os programas de Residência Multiprofissional Integrada, inseridos na atenção básica, além de contribuir na formação de um profissional mais preparado para atender as demandas de atenção e gestão do SUS, impactam nos trabalhadores de saúde contratados/concursados do serviço. A participação da residência é considerada renovadora e estimula os profissionais a repensarem suas práticas em saúde.

Além disto, possibilita a atuação de profissionais de diferentes áreas, dando suporte à equipe de saúde da família na atenção multidimensional à gestante. Outro fator observado, diz respeito às práticas de educação em saúde, sendo alavancadas pela residência, com ações que promovem o protagonismo da gestante e fortalecem a utilização de tecnologias leves no cuidado pré-natal.

Sem dúvida, a residência multiprofissional consiste numa forte estratégia do SUS, visando a formação crítica dos profissionais, enfatizada na PNH pelo incentivo à educação permanente. Esta apresenta, por meio da aprendizagem em contato direto com a realidade dos serviços de saúde, potenciais pedagógicos e políticos para transformação do modelo de atenção à saúde e das práticas de cuidado à gestante.¹²

Em estudo ressalta-se a importância de reconhecer os programas de residência como novas propostas de reformulação das práticas de saúde e não apenas como força de trabalho. Autores questionam, se a aproximação das políticas públicas ao modelo educacional irá realmente aprimorar a formação profissional na perspectiva da educação continuada ou somente suprir um campo de trabalho precarizado nos serviços de saúde. Reforça-se a necessidade de que a práxis dos residentes multiprofissionais seja aplicada sob uma dimensão ampliada pautada nas políticas e novas abordagens em saúde na busca de uma atenção humanizada.¹³

A adesão aos manuais do Ministério da Saúde é reconhecida pelos profissionais de saúde como essencial na realização de um atendimento pautado nos princípios da humanização, como se percebe a seguir:

"Busco realizar o exame físico, a clínica em si, os pedidos dos exames, aquilo que está proposto nos protocolos do Ministério da Saúde." (E4)

"Eu tenho acesso aos manuais do Ministério da Saúde. [...] Estão sempre ali, qualquer dúvida que eu tenho, estão aqui do meu lado eu pego eles, leio, estudo. Estou sempre revisando pra cada situação que aparece." (E5)

As condutas no cuidado à gestante durante o pré-natal são alicerçadas nas recomendações do Ministério da Saúde (MS). Neste estudo, verificou-se que os profissionais, principalmente os enfermeiros, buscam embasar sua práxis nas evidências científicas disponíveis nas publicações do MS. O acesso a estes conteúdos, a fim de contribuir na resolutividade e efetividade do atendimento, sem desconsiderar as demandas e singularidades da gestante, aproxima-se dos pressupostos da PNH.

Em pesquisa quantitativa realizada no mesmo município deste estudo, revela-se que a maioria das condutas preconizadas pelo MS, no atendimento pré-natal, foi realizada com maior frequência nos serviços de saúde da família, quando comparados as unidades básicas tradicionais.¹⁴ Outro estudo aponta procedimentos já consolidados no pré-natal independente do modelo de atenção, como a verificação de medidas e a solicitação de exames.¹⁵

No âmbito da ESF aparecem com mais assiduidade as ações educativas e preventivas, como o uso de sulfato ferroso, a realização das vacinas e o incentivo as práticas saudáveis durante a gestação. Estas ações são destacadas nos manuais e cadernos de saúde como essenciais no acompanhamento pré-natal. Já o exame de mamas e a prevenção do câncer de colo de útero são menos priorizados pelos profissionais na atenção pré-natal conforme pesquisa realizada no Sul no Brasil.¹⁵

O reflexo do aprimoramento profissional na qualidade da atenção prestada às gestantes corrobora com um dos eixos priorizados pela PNH, a qual enfatiza a importância da educação permanente na reformulação das práticas em saúde. Confirma-se a melhora no atendimento nos trechos a seguir:

"[...] Realizar esta especialização em saúde da família pela ... foi fundamental para melhorar a qualidade do processo de trabalho e da assistência pré-natal. Esta pós-graduação foi uma educação permanente mesmo, porque daí eu tive mais acesso e contato com a literatura científica relacionada ao pré-natal. Então isto modificou a rotina do meu dia a dia, melhorou o atendimento pré-natal, as anotações das evoluções e ampliou o meu olhar para outras demandas." (E2)

"Como fiz parte da primeira turma da residência, a gente trabalhou muito estes aspectos relacionados à humanização, o acolhimento e as redes de saúde. Principalmente em relação às redes de atenção e saúde, buscando fortalecer os serviços." (E2)

A continuidade no processo educativo realizada pelos profissionais fortalece a renovação das práticas e abordagens em saúde. A educação permanente estimula os trabalhadores a refletirem sobre seu processo de trabalho e pautaram-se nas evidências científicas para desenvolverem suas ações no pré-natal. Além disto, percebe-se o destaque nos cursos de pós-graduação em saúde da família e residências multiprofissionais na inclusão de temas como a humanização, o acolhimento e as redes de atenção à saúde, os quais incentivam a mudança do modelo de atenção prestado.

Entende-se que o SUS e suas políticas, como a PNH, perpassam um processo de construção social contínua. Nesta direção, a educação permanente revela-se com uma das principais estratégias para garantia de um cuidado humanizado. O ensino e a prática não podem dissociar-se, é necessário resgatar a práxis reflexiva e envolver ativamente os profissionais nesta fase, para que possam, por meio de suas ações e estudos, promover transformações no processo de trabalho pautadas na humanização da atenção.¹⁶

Destaca-se que alguns entraves necessitam ser superados para o fortalecimento da educação permanente nos serviços de saúde, como a rotatividade de profissionais, a resistência por parte da gestão, as barreiras políticas, a sobrecarga no trabalho e a falta de interesse dos profissionais de saúde. A mudança destes aspectos percorre a utilização de estratégias que ressaltam o impacto positivo da educação na humanização e na otimização dos cuidados em saúde.¹⁷

O estímulo à participação do companheiro no pré-natal e nos cuidados durante a gestação foi evidenciado pelos profissionais de saúde como promotores de um atendimento humanizado.

"Na consulta de enfermagem, enfermeira questiona sob a participação do pai do bebê nos cuidados durante a gravidez. Gestante relata boa aceitação, parceria e preocupação nos cuidados. Enfermeira incentiva a participação do pai no acompanhamento pré-natal, se for o desejo da gestante." (03)

"Acredito que o atendimento que presto as gestantes é bom, porque a gestante tem espaço para conversar bastante, perguntar as dúvidas dela, quando vem o parceiro, sempre estímulo o parceiro a entrar para gente estar debatendo os cuidados em conjunto." (M2)

O incentivo a participação do companheiro no pré-natal é entendido pelos profissionais como fundamental para aproximação da atenção humanizada. O espaço oportunizado ao casal no pré-natal possibilita o protagonismo familiar, a participação ativa e a corresponsabilização pelos cuidados. Neste contexto valoriza-se a dimensão subjetiva e as relações sociais da gestante segundo as recomendações da PNH.

A inserção do companheiro, de maneira direta ou indireta, na atenção pré-natal contribui positivamente na continuidade dos cuidados. Uma vez que é um elemento cultural, de forte significado, influencia na compreensão do pré-natal e na adesão precoce e contínua ao serviço. Cabe aos profissionais de saúde, referenciar a figura paterna, considerar sua opinião e desejos, visto que a participação do companheiro é valorizada pela gestante.¹⁸

Outrossim, percebe-se a baixa participação do companheiro no cotidiano dos serviços voltados à atenção pré-natal, porém quando os mesmos se fazem presentes, é visível a satisfação das gestantes por estarem ao lado de seu parceiro. Ainda, ressalta-se que a ausência do homem no pré-natal predispõe a somatização dos desconfortos oriundos da gravidez, ou seja, influencia diretamente no bem-estar das mulheres.¹⁹

A facilidade no acesso aos exames laboratoriais e preventivos colaborou na resolutividade das ações no pré-natal, sendo destaque nos serviços observados. Como se visualiza nos trechos a seguir:

"Os exames laboratoriais são coletados num dia específico da semana na própria ESF, e em média, no período de uma semana estes retornaram as unidades para avaliação dos profissionais de saúde. Também, nos serviços que há internet, o acesso ocorre online, quando os resultados são disponibilizados pelos laboratórios. Ainda, nos casos de maior urgência, solicita-se que as gestantes colem diretamente nos laboratórios credenciados pelo município e assim que os resultados estiverem disponíveis, levá-los à ESF." (O1, 02, 03, 04)

"Na ESF observa-se uma boa organização quanto à realização do exame preventivo (papanicolau). Todas as gestantes que fazem acompanhamento pré-natal realizam o exame. Na unidade, há um caderno para acompanhar os exames coletados, os resultados e o telefone das mulheres, para contato quando necessário. A enfermeira relata que todos os resultados dos exames são avaliados quando chegam do laboratório, no caso de qualquer alteração buscam contatar a gestante para início imediato dos cuidados." (03)

O acesso facilitado aos exames laboratoriais e preventivos contrasta diretamente na qualidade do atendimento. O retorno é considerado em tempo hábil, facilita o atendimento e acompanhamento das gestantes e a comunicação informatizada otimiza o serviço. A realização dos exames na ESF e o retorno dos resultados no próprio serviço evitam que a gestante peregrine em diferentes estabelecimentos de saúde. Ainda, a manutenção do vínculo com a unidade, fortalece a equipe de saúde da família como referência para gestante durante todo o acompanhamento pré-natal.

A cobertura do exame citopatológico no pré-natal é bastante significativa, são ofertados todos os exames preconizados pelo MS e atualizam-se os exames periódicos, quando não realizados pelas mulheres no período indicado. Além disto, os profissionais avaliam os resultados e organizam uma rede de contatos para adesão precoce aos cuidados demandados, garantindo o início imediato do tratamento quando confirmada alguma alteração.

Em contraponto, num estudo realizado em Fortaleza percebe-se a baixa cobertura nas ESF quanto à realização do exame ginecológico durante o período gestacional. Associou-se o nível de escolaridade com o fato das gestantes terem realizado o exame preventivo pelo menos uma vez na vida.²⁰

Outro estudo, realizado na região Sul do Brasil, aponta o maior número de exames laboratoriais no grupo de mulheres que aderiram ao pré-natal no primeiro trimestre. Revela-se que 52% das gestantes iniciaram os cuidados no primeiro trimestre, destas 84,2 % realizaram os exames preconizados pelo Ministério da Saúde. Reforça-se a relevância de estratégias para captação precoce das gestantes, pois o período iniciado interfere na cobertura das ações.²¹

A aproximação das gestantes com o enfermeiro foi observada, neste estudo, como promotora de cuidados mais humanizados. A manutenção de vínculos solidários entre usuárias e profissionais de saúde denotou sentimentos de segurança por parte das gestantes. Como se percebe nos trechos a seguir:

"Observa-se se a intensa aproximação e afinidade das gestantes com a enfermeira. A profissional reconhece a comunidade, possui boa interação e conversa de maneira tranquila com a usuária. A gestante sente-se à vontade para contar sua rotina, questionar quando necessário e demonstra confiança no trabalho desenvolvido pela enfermeira." (04)

"Muitas preferem fazer comigo (enfermeira) e não com o médico, acredito que às vezes pela escuta qualificada e questão de vínculo mesmo. Sabe, as gestantes chegam aqui na ESF a qualquer hora do dia e tu estás disponível e disposta a falar com elas e isso acaba criando vínculo. Também acredito que seja muito do enfermeiro e da formação, por ter este lado mais acolhedor quando comparado a outros profissionais." (E2)

O reconhecimento da dimensão subjetiva e social das usuárias pelo profissional enfermeiro fortalece os laços entre os mesmos. A partir da manutenção do vínculo, oportuniza-se um espaço de participação espontânea e ativa da mulher e coloca este profissional como referência das gestantes ao retornar aos serviços de saúde.

Também, os profissionais justificam esta aproximação devido ao tempo de permanência na ESF e pelo maior contato direto com as gestantes, independente de horários pré-determinados. Ainda, ressaltam características da formação do enfermeiro que corroboram com os alicerces da humanização, como o acolhimento da usuária e a criação de vínculos.

A atuação do enfermeiro como elemento ativo na equipe de saúde cada vez mais se amplia na atenção básica. Num primeiro momento, a presença do enfermeiro pode gerar sentimentos de desconfiança e insegurança nas mulheres, que é resultado de uma construção cultural focada apenas no cuidado médico centrado. Porém, verifica-se que estes conceitos sofrem mudanças, à medida que as gestantes são atendidas pelos enfermeiros, acabam desenvolvendo uma relação de confiança e segurança devido à atenção diferenciada, acolhedora e pautada no saber científico.²²

Quanto à graduação em Enfermagem, percebe-se uma forte corrente didático-pedagógica que contribua na superação do modelo biologicista. Porém são necessárias mudanças no processo educativo de todas as profissões, rompendo com a dicotomia entre ensino e prática, aproximando as políticas sociais e programas de saúde da realidade dos serviços. Entende-se que a formação deve contemplar uma aprendizagem proativa, no reconhecimento do outro e na escuta ativa das gestantes.²³

As estratégias de promoção e educação em saúde enriquecidas no espaço da atenção básica se sobressaem na garantia do protagonismo e autonomia das gestantes, conforme preconizado pela PNH.

"O grupo de gestantes realizado na ESF, mensalmente, iniciou a partir do começo de uma especialização em saúde da família pela enfermeira. A profissional relata que a aproximação da literatura científica e a reflexão frente ao plano de intervenção do curso instigaram a importância das ações voltadas à promoção de saúde, tornando esta iniciativa como ação permanente no serviço. A enfermeira enfatiza a importância do grupo de gestantes para captação precoce das mesmas, criação de vínculo com o serviço e a oportunidade de dar voz as gestantes". (02)

"Os grupos fazem parte da política de ESF, realizar grupos, ações educativas, isto é importante, sem a educação a estratégia de saúde da família é um "postinho" [...] Sempre dizem tem que ter mais atendimento médico, mais exames, e a educação? Somos o serviço preventivo, então não adianta a gente chegar aqui e só fazer a consulta, auscultar os batimentos e a gestante ir embora, acredito que isto tenha que ter uma educação continuada." (E5)

As ações educativas são entendidas pelos profissionais como essenciais para aproximação da humanização. A participação dos profissionais em cursos de especialização reflete no maior acesso à literatura científica, contribuindo para desmistificação da consulta clínica como prioridade no pré-natal. Compreende-se que espaços, como o grupo de gestantes, oportunizam a expressão das vivências das mulheres, sua participação ativa, estabelecem vínculos entre usuária e profissional e conscientizam sobre a importância do pré-natal e do início precoce destes cuidados.

A reorganização proposta pelas equipes de saúde da família no modelo de atenção e gestão do SUS é referenciado nas falas, as quais enfatizam a necessidade de transcender a visão da ESF como um "postinho". A atenção básica deve fortalecer seu papel como porta de entrada, garantir o acesso e a continuidade no pré-natal, e principalmente ser mediadora do empoderamento das mulheres, para que estas sejam protagonistas de sua própria história.

Apesar do reconhecimento da importância das ações educativas, percebem-se fragilidades neste contexto, conforme estudo recente realizado neste município em equipes de saúde da família e unidades básicas tradicionais. Relevou-se que menos de 20% das gestantes

acompanhadas, em algum momento do pré-natal participaram de grupo de gestantes ou de orientações em sala de espera.¹⁴

Uma das principais estratégias para evitar a medicalização no período gravídico puerperal refere-se às tecnologias leves de atenção, pautada em práticas que envolvam o mínimo de intervenções. Por meio da educação em saúde, cria-se um espaço de trocas de experiências e participação ativa das mulheres, além disto, oportuniza-se o empoderamento desta mulher, tornando a mesma multiplicadora destes conhecimentos com seus iguais. Acredita-se que ao priorizar estas ações, diminui-se o distanciamento entre as gestantes e os serviços de saúde, ainda reflete positivamente na qualidade do pré-natal e conseqüentemente nos indicadores de morbimortalidade materna e infantil.²⁴

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados deste estudo permitiram um olhar singular sob a prática dos profissionais de saúde alicerçado nos princípios e diretrizes da PNH. A aproximação com a humanização na pré-natal envolve um comprometimento pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde, uma vez que desafia os mesmos a superar dificuldades do cotidiano e buscar dentro das possibilidades um atendimento humanizado e integral às gestantes.

Em concordância com as políticas sociais e programas de saúde relevaram-se, no dia a dia dos profissionais de saúde, como promotores de uma atenção humanizada, os seguintes aspectos: a aproximação com a gestante e seu contexto social, a articulação de estratégias com os agentes comunitários de saúde, a atuação da Residência Multiprofissional Integrada, a adesão aos manuais do Ministério da Saúde, a educação permanente, o estímulo à participação do companheiro, a facilidade de acesso aos exames laboratoriais e preventivos, a criação de vínculo entre a gestante e o profissional enfermeiro, e a promoção de atividades de educação em saúde.

O primeiro passo na humanização da atenção no pré-natal abarca o reconhecimento do outro, ou seja, reconhecer a gestante como um sujeito de direitos, marcado por uma história de vida e familiar, sendo sua cultura norteadora na adesão aos cuidados de saúde. Ao perceber a usuária e sua família como protagonistas da gestação, cria-se um círculo de confiança que contribui na participação ativa a contínua durante o pré-natal.

A corresponsabilização dos distintos profissionais que compõe a equipe de saúde da família denota a essencialidade de trabalhar em conjunto. Neste contexto, destacaram-se os agentes comunitários de saúde, os quais devidamente capacitados colaboraram de maneira positiva na cobertura das ações no período gravídico puerperal. Enfatiza-se o papel do

enfermeiro, de articular ações facilitadas pela proximidade da comunidade que o trabalho do ACS possibilita, como instrumento de aproximação das gestantes dos serviços de saúde.

Entende-se que a mudança no modelo de atenção e gestão do SUS ocorre a longo prazo, alicerçada em discussões e reflexões, reformas curriculares e por um processo contínuo de educação. Este estudo reafirmou a importância da atenção básica neste processo, já vislumbrando bons resultados na atenção à saúde da mulher. Embora existam entraves, percebe-se uma evolução histórica e a ampliação do acesso pelas equipes de saúde da família no cuidado à gestante.

A atuação do enfermeiro neste espaço se sobressaiu ao pautar sua práxis na literatura científica, percebe-se a inserção de novas práticas e abordagens em saúde, priorizando tecnologias leves, as quais contribuem para desmedicalização da gravidez. Ainda, a criação de vínculos solidários, a facilidade ao acolher as usuárias e outras características da atenção que se aproximam da PNH relevaram o quanto a graduação em enfermagem está evoluindo na formação de profissionais capazes de produzir cuidados humanizados e integrais.

Compreende-se que para aproximação/concretização de um atendimento humanizado é necessário ampliar a visão para distintas dimensões que englobam o cuidado à gestante, sendo elas, técnicas e científicas, gerenciais, organizacionais, relacionais e principalmente singulares. O caminho percorrido pelos profissionais de saúde a cada dia na sua práxis, na busca da qualificação do cuidado à gestante, não se formaliza de maneira isolada, percorre a corresponsabilização de quem indiretamente ou diretamente produz saúde.

A presente pesquisa permitiu reflexões enriquecidas a partir do acompanhamento na prática de profissionais sensibilizados e multiplicadores de ações que contribuem para a humanização da atenção no pré-natal. Espera-se com este estudo, movimentar discussões para minimizar fragilidades, e expandir práticas que fazem a diferença para concretização de um SUS que dá certo.

REFERÊNCIAS

1. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. Rev Enferm UFPE on line [Internet]. 2013 [Citado 2014 Out 5];7(6):4354-63. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4355/pdf_2721

2. Marin MJS, Stornilo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. *Rev LatinoAm Enferm* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 3];18(4):[7 telas]. Disponível em:http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_15.pdf
3. Ministério da Saúde (Brasil). *Caderno HumanizaSUS: atenção básica*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (Brasil). *Caderno HumanizaSUS: formação e intervenção*. Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2010.
5. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. *Rev Bras Saúde Matern* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 20];10(3):359-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
6. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec-Abrasco; 2010.
7. Victora CG, Knauth DR, Hassen, MNA. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
8. Conselho Nacional de Saúde (Brasil). Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, DF: Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP); 2012. [acesso em 2014 Ago 10]. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>
9. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção de puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2011 [Citado 2014 Out 10];20(Esp):255-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>
10. Costa GRC, Chein MBC, Gama MEA, Coelho LSC, Costa ASV, Cunha CLF, Brito LMO. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 10];63(6):1005-9. Disponível em:www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/21.pdf
11. Tesser CD, Neto PP, Campos GWS. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 12];15(Supl. 3):3615-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15s3/v15s3a36.pdf>
12. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. *Saúde Soc* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 12];19(2):814-27. Disponível em: www.revistas.usp.br/sausoc/article/29705/31580
13. Rosa SD, Lopes RE. Residência multiprofissional em saúde e pós-graduação lato sensu no Brasil: apontamentos históricos. *Trab Educ Saúde* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 12];7(3):479-98. Disponível em: www.revista.epsjv.fiocruz.br/upload/revistas/r267.pdf

14. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2012 [Citado 2014 Out 13];28(4):789-800. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>
15. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. 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. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2011 [Citado 2014 Out 12];27(4):787-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/18.pdf>
16. Cotta RMM, Reis RS, Campos AAO, Gomes AP, Antonio VE, Batista RS. Debates atuais em humanização: quem somos nós? *Ciência & Saúde Coletiva* [Internet]. 2013 [Citado 2014 Out 12];18(1):171-179. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/18.pdf>
17. Duarte MLC, Oliveira AI. Compreensão dos coordenadores de serviços de saúde sobre educação permanente. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [Citado 2014 Out 12];17(3):506-12. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/29292/19042>
18. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. *Rev Enferm UFPE on line* [Internet]. 2013 [Citado 2014 Out 5];7(6):4354-63. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4355/pdf_2721
19. Silva FCB, Brito RS. Percepção de gestantes acerca das atitudes do companheiro diante da sua ausência no pré-natal. *Rev Rene* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 15];11(3):95-102. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a10v11n3.html
20. Peixoto CR, Freitas LV, Teles LMR, Campos FC, Paula PF, Damasceno AKC. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2011 [Citado 2014 Out 15];19(2):286-91. Disponível em: www.facenf.uerj.br/v19n2/v19n2a19.pdf
21. Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto-Alegre-RS. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2013 [Citado 2014 Out 15];34(3):22-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a03v34n3.pdf>
22. Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. *Cogitare Enferm* [Internet]. 2012 [Citado 2014 Out 15];16(1):2-35. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21108/13934>
23. Costa RKS, Miranda FAN. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2010 [Citado 2014 Out 15];14(1):39-47. Disponível em:
24. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. *Rev Eletr Enf* [Internet]. 2011 [Citado 2014 Out 15];13(2):199-210. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.htm>

5 DISCUSSÃO INTEGRADORA

Resgata-se, inicialmente, que a humanização da atenção pré-natal, neste estudo, foi alicerçada nos princípios e diretrizes da Política Nacional de Humanização. Esta política ratifica que humanizar é um processo ativo e sistemático de inclusão, o qual deve ser pautado na democratização da gestão e das práticas em saúde (BRASIL, 2010).

A humanização é traduzida na gestão e atenção à saúde por meio dos seguintes aspectos: valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde; garantia da autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos; formação de vínculos solidários; corresponsabilização no processo de gestão; interação com demandas sociais, coletivas e subjetivas; reconhecimento da diversidade cultural e étnica brasileira; compreensão da necessidade de mudança do modelo de atenção vigente; empenho no trabalho coletivo e multidisciplinar; democratização das relações de trabalho; e qualificação da ambiência e da saúde do trabalhador (BRASIL, 2003).

Esta política não se aplica a apenas uma área de conhecimento, sua operacionalização engloba todo o Sistema Único de Saúde. Neste estudo, buscou-se utilizar a PNH como norteadora para uma análise crítica reflexiva da humanização no momento singular do pré-natal. Considerou-se nesta trajetória toda evolução social e política, embasada nas políticas sociais e programas de saúde voltados à saúde da mulher, os quais se sobressaem: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984; Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000; Política Nacional de Humanização (PNH) em 2003; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) em 2004; Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada atualizado em 2006; e finalmente em 2011 a criação da Rede Cegonha.

O cuidado humanizado no pré-natal perpassa o reconhecimento do protagonismo da gestante e de sua família, suas demandas, crenças e sentimentos. Ainda, reforça-se a atenção ao ambiente de acolhimento da gestante, a postura ética do profissional ao atendê-la, a garantia de seus direitos, as tecnologias leves e relacionais e a valorização do trabalhador que cuida desta mulher (ZAMPIERI, ERDMANN, 2010).

Retoma-se o objetivo deste estudo, o qual visou conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis da atenção pré-natal de risco habitual. Este foi alcançado com êxito a partir de uma imersão densa no cotidiano dos profissionais, por meio de uma

observação minuciosa e de trocas diretas com os trabalhadores de saúde norteadas pela PNH. Desvelaram-se significações acerca da humanização no pré-natal, os fatores que distanciam as legislações da prática cotidiana e os que aproximam e fortalecem o "SUS que dá certo".

A literatura científica apresenta uma polissemia de significados quanto à humanização da atenção pré-natal. Destaca-se, o entendimento que para a efetivação de um cuidado humanizado e integral, além dos aspectos tecnológicos, requer a sensibilização para os aspectos humanísticos, com a utilização de recursos como a escuta qualificada e a criação de vínculos solidários (GUERREIRO et al., 2012).

Estes aspectos também se fizeram presentes nesta pesquisa, sendo a humanização referenciada pelos profissionais por meio da valorização de tecnologias relacionais. A aproximação com a gestante e sua rede social é evidenciada como elemento chave para manutenção de vínculos solidários, refletindo na adesão e continuidade aos cuidados pré-natais.

Desta maneira, o profissional que recebe a gestante no serviço de saúde deve ter uma atenção especial, além dos aspectos de natureza biológica, atentando para as diversidades emocionais, econômicas e familiares, visto a influência destas questões na qualidade do atendimento (PEIXOTO et al., 2011). Em contraponto, ainda persistem retratos da realidade brasileira com atendimentos que negam o protagonismo da gestante, as excluem dos serviços de saúde e conserva-se a desatenção e o desrespeito a singularidade das mulheres (ZAMPIERI, ERDMANN, 2010).

Os profissionais de saúde também associaram a humanização com um dos seus principais dispositivos, enfatizado na política, que é o acolhimento. O ato de acolher as gestantes nos serviços de saúde, de maneira que se sintam seguras para expressar suas demandas, contribui na garantia de um atendimento resolutivo e que contemple suas reais necessidades.

Num estudo realizado no Ceará percebe-se a falta de sistematização durante o acolhimento no pré-natal, geralmente, o dispositivo é compreendido de maneira equivocada, como um processo de triagem, a qual prioriza a verificação de sinais vitais e pesagem. Percebe-se a existência de ações pontuais, as quais se aproximam de uma escuta qualificada e de um acolhimento, porém não há institucionalização e responsabilização pela continuidade deste acolhimento durante todo o período do pré-natal (ALBUQUERQUE et al., 2011).

O cuidar de quem cuida da gestante para humanização dos cuidados representou um forte apelo dos profissionais de saúde, devido à falta de recursos humanos e fragilidades na estrutura física. Como resultados esperados na implementação da PNH encontra-se a

valorização e o cuidado com a saúde do trabalhador e com o ambiente de trabalho (BRASIL, 2003). Os profissionais de saúde, muitas vezes sentem-se desestimulados frente às condições de trabalho ofertadas, as quais influenciam diretamente na qualidade do atendimento prestado à gestante.

Visualiza-se a importância dos gestores em saúde procurar viabilizar todo o processo e condições de trabalho, e não somente a produtividade. É imprescindível, que ao oferecer acesso ao cuidado pré-natal, a quantidade não esteja em detrimento da qualidade. O trabalhador de saúde também necessita de cuidados, caso contrário ele não irá ofertar uma atenção alicerçada no cuidado humanizado (BARROS et al., 2010).

O estudo também possibilitou refletir frente aos entraves vivenciados pelos profissionais de saúde na sua prática cotidiana, as quais se consideram promotoras de um distanciamento para efetivação da humanização no pré-natal. Primeiramente, entende-se a importância de repensar o processo de formação dos profissionais que irão atuar nos espaços de saúde brasileiros, uma vez que este estudo evidenciou carências na preparação dos mesmos.

O tempo de formação dos participantes do estudo variou entre 5 a 33 anos, e segundo relatado pelos profissionais, não foram aprofundadas discussões sobre o SUS e suas políticas sociais. Já a PNH, lançada em 2003, para os profissionais com formação mais recente, a abordagem foi considerada superficial, a qual dificulta a aplicação e visualização na práxis da humanização como política transversal de atenção e gestão.

O Ministério da Saúde entende que, o primeiro passo para humanização aproximar-se da prática, é humanizar a formação para humanizar o SUS (BRASIL, 2010). A partir desta demanda, no Brasil, na última década, iniciaram-se novas discussões que visam refletir sobre o papel das universidades na formação de profissionais capazes de compreender as distintas necessidades da população (CASATE, CORREA, 2012).

Aprovada em 2011, as Diretrizes Curriculares Nacionais surgiram com o objetivo de possibilitar transformações na formação acadêmica, a fim de atender as demandas da contemporaneidade, as quais envolvem mudanças de valores, crenças, atitudes e paradigmas na compreensão do processo saúde-doença e percepções de cuidado. Logo, entende-se a essencialidade de reorganização dos serviços de saúde e do processo de ensino aprendizagem no cuidado à gestante (CASATE, CORREA, 2012).

Apesar da corrente de mudança para ruptura da verticalização do cuidado à mulher e sua família, visualiza-se que além de profissionais preparados, necessita-se de recursos físicos e financeiros que possibilitem um ambiente de trabalho digno. Jamais se dispensa a tecnologia

quando tratarmos de humanização, mas une-se este avanço sem desconsiderar as singularidades da gestante e sua cultura.

Em estudo autores consideram que o cuidado humanizado é ainda inexistente nos serviços de saúde, pois esbarra em alguns empecilhos como: fragilidades na ambiência, déficit de recursos humanos, superlotação dos serviços, baixo incentivo à capacitação profissional e condições ocupacionais problemáticas. Ainda, destacam que estas deficiências não perpassam um responsável de maneira isolada, e sim exigem corresponsabilização de usuários, profissionais de saúde e gestores (BARROS et al., 2010).

Os aspectos evidenciados também se fizeram presentes neste estudo, observado na prática dos profissionais e complementado pelos seus relatos. Todavia, a pesquisadora não concorda com a inexistência de um cuidado humanizado. Reconhecem-se as dificuldades que promovem o distanciamento da humanização no pré-natal, mas durante a pesquisa observou-se práticas e abordagens realizadas por profissionais sensibilizados, os quais alicerçavam sua práxis em conhecimentos científicos e buscavam valorizar o contexto social das gestantes.

O objetivo desta ponderação não é ocultar os problemas ainda persistentes nos serviços de saúde e reconhecidos pela PNH, mas estimular iniciativas que possam fortalecer o SUS que caminha para dar certo. Neste sentido, concorda-se com Deslandes (2006), ao afirmar que alguns profissionais de saúde, apesar de tudo e todos, das fragilidades econômicas e estruturais, dos baixos salários e muito trabalho, cultivam em sua essência a ética no cuidado. Refere ser estes, o gérmen e a semente tão almejados pelo Ministério da Saúde, para que seus programas e políticas sociais sejam capazes de realizar reais transformações na atenção à saúde da mulher (DESLANDES, 2006).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo permitiu conhecer as significações acerca da humanização na atenção pré-natal por meio de uma imersão na práxis e de uma escuta singular da voz dos profissionais de saúde. O olhar sensível ao aproximar a Política Nacional de Humanização da prática cotidiana dos participantes constitui-se de um processo de intensa reflexão frente às potencialidades e às fragilidades do pré-natal na atenção primária à saúde.

A compreensão da humanização no cuidado à gestante perpassou a importância da aproximação com a usuária e da valorização do seu contexto sociocultural. Destaca-se também a sensibilização profissional ao colocar-se no lugar do outro, e reconhecer na gestante suas demandas e necessidades.

As tecnologias relacionais foram elencadas como potencializadoras para aproximação de uma atenção humanizada, sendo referenciada a importância da escuta qualificada e do diálogo horizontal com a gestante e sua família. Nesta direção, as ações educativas realizadas pelos profissionais de saúde fortaleceram os espaços de participação ativa das mulheres, as quais tinham liberdade para se expressar e compartilhar suas experiências.

Percebe-se que a formação dos profissionais influencia na compreensão acerca da humanização e na aplicação destes pressupostos na sua prática cotidiana. Na graduação, os profissionais de saúde obtiveram um contato superficial com as diretrizes e princípios do SUS, políticas sociais e programas de saúde. A formação, na maioria das vezes, é voltada à área hospitalar priorizando procedimentos e técnicas, dando pouca ênfase a principal porta de entrada das usuárias, que é a atenção básica.

Embora haja necessidade de um grande processo de reformulação curricular, enfatizado também na PNH, nota-se uma corrente de mudança no modelo de formação dos profissionais de saúde, alavancadas por especializações e residências multiprofissionais que se pautam nas singularidades do Sistema Único de Saúde. Estes cursos estimulam os profissionais a refletir sobre a organização do processo de trabalho e contribuem na produção de novas abordagens e práticas em saúde.

Além disto, visualiza-se que os valores pessoais somados aos de formação profissional refletem na atenção prestada à gestante. A história de vida, a cultura e as experiências sociais dos profissionais influenciam no atendimento do pré-natal. Durante as observações, alguns profissionais utilizavam de suas vivências para aproximar-se da gestante, percebe-se um

vínculo maior entre usuária e profissional de saúde, quando este estava sensibilizado e atento às demandas desta mulher.

Neste contexto, destacou-se a figura do enfermeiro conforme exposto no estudo, desde a graduação há contato com dispositivos como o acolhimento das usuárias e a preocupação com um atendimento singular às gestantes. Observou-se a intensa relação entre o enfermeiro e as gestantes, e a criação de vínculo denotou na confiança e segurança pelo atendimento recebido por este profissional.

Ademais, destaca-se que a Estratégia de Saúde da Família reforça seu papel de transformação no modelo de atenção e gestão em saúde, reafirma-se que a atenção básica possibilita um olhar ampliado voltado a promoção de saúde e vinculação da gestante com o serviço. O desafio de humanizar os cuidados em saúde neste espaço perpassa um compromisso ético, estético e político referenciados pela PNH.

O caminho a ser percorrido ainda esbarra em aspectos que promovem o distanciamento da humanização, relevados neste estudo, pelo baixo investimento da gestão na qualificação dos trabalhadores de saúde, pela falta de sistematização da comunicação entre os serviços, burocratização das ações e a valorização de uma visão biologicista.

A principal reflexão enquanto pesquisadora, ao observar estes espaços, demandou questionamentos dos desafios para humanizar a atenção pré-natal frente às distintas barreiras persistentes nos serviços. O profissional de saúde para ofertar cuidados humanizados necessita estar amparado de recursos financeiros, por estrutura física adequada e ser valorizado e reconhecido pelo seu trabalho.

A força de vontade, para realizar um atendimento diferenciado e pautado nos princípios da humanização, não basta nesta situação. É necessária uma responsabilização quanto à continuidade da atenção prestada, que vai além do profissional que está realizando o cuidado na ponta, no caso nas ESF. Sem dúvida, perpassa um compromisso de atenção e gestão municipal, estadual e federal. Ainda, reforçam-se os papéis das instituições formadoras para preparar profissionais atentos as especificidades socioculturais das gestantes.

Acrescenta-se que a caminhada realizada pela pesquisadora iniciou desde 2009 com a participação no grupo de pesquisa “Cuidado, Saúde e Enfermagem”, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), na linha de pesquisa que estuda os saberes e as práticas de cuidado à saúde da mulher nos diferentes ciclos de vida. A escolha pelo momento singular do pré-natal para aprofundamento e estudo na sua trajetória, emergiu a partir do entendimento de que o pré-natal é o primeiro passo para um nascimento seguro e saudável.

Já no Trabalho de Conclusão de Curso, buscou entender o significado deste cuidado para gestantes, o qual relevou a importância de um atendimento humanizado para adesão e continuidade no pré-natal. A partir deste momento, com um aporte maior de leituras e estudos, questionou-se sobre o que estava publicado na Política Nacional de Humanização e a aproximação com a práxis dos profissionais que trabalham no cuidado direto à gestante no pré-natal de risco habitual.

Ao optar pela coleta de dados, por meio entrevista e observação, estava ciente da imersão numa realidade que lhe daria respostas e certamente mais questionamentos. A experiência de acompanhar diretamente os profissionais de saúde com um olhar crítico e refletivo na PNH enriqueceu este estudo, possibilitando conhecer a realidade com aspectos positivos, os quais se aproximam da humanização da atenção à gestante e também relevou entraves que necessitam de atenção dos gestores em saúde.

Por ter contato com a temática previamente, realizar consultas de pré-natal e grupos de gestantes na graduação e na pós-graduação, a aproximação com os profissionais aconteceu de maneira natural e muito produtiva. A facilidade de comunicação, as trocas de experiências e sentimentos frente às possibilidades e impossibilidades no cuidado à gestante foram intensas e motivadoras para continuar investindo neste campo de atenção à saúde.

Ressalta-se também que durante a construção deste estudo, foi publicado o seguinte artigo pela pesquisadora: práticas assistenciais de aproximação e distanciamento da humanização no pré-natal, por meio de uma revisão integrativa na revista REUOL, em fevereiro de 2014.

A semente plantada com este estudo visa estimular discussões e reflexões que contribuam na compreensão do contexto da humanização na atenção pré-natal. Ainda, almeja-se que estes resultados sirvam de subsídios para qualificação do pré-natal nos diferentes níveis de atenção e gestão.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, R.A. et al. Produção do cuidado integral no pré-natal: itinerário de uma gestante em uma unidade básica de saúde da família. **Interface - Comunic. Saude. Educ**, Botucatu, v.15, n.32, p.677-86. jul./set. 2011.

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. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.6, p.1053-64. jun. 2011.

ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de estratégia de saúde da família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.28, n.4, p.789-800. abr. 2012.

BARRETO, C.N. et al. Atenção pré-natal na voz das gestantes. **Rev enferm UFPE on line**, Pernambuco, v.7, n.5, p. 4354-63. jun. 2013.

BARROS, S.D.O.L; QUEIROZ J.C; MELO R.M. Cuidando e humanizando: entraves que dificultam esta prática. **Rev. Enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v.18, n. 4, p. 598-603. out./dez. 2010.

BARUFFI, L.M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: UPF, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de documentação do Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Manual Técnico Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde**. Brasília: Série B. Textos Básicos em Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos HumanizaSUS: Atenção Básica**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 21 out. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Rede Cegonha**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Resolução Nº466, de 12 de Dezembro de 2012. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, DF, 12 dez. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Datasus: informações de saúde**. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/tabnet/tabnet.htm>>. Acesso em: 17 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno HumanizaSUS: humanização do parto e nascimento**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2014.

BRAVO, S.F.M. Experiencia de la práctica de cuidado transcultural en el area materno perinatal. **Revista da Facultad Ciencias de la Salud**, Popayán, v.8, n.2, jun. 2006.

CASATE, J.C.; CORREA A.K. A humanização do cuidado na formação dos profissionais de saúde nos cursos de graduação. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n.1, p. 219-26. nov. 2012.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. São Paulo: Pearson Pratices Hall, 2007.

DESLANDES, S.F. A análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.1], v. 9, n.1, p. 7-14. set. 2006.

DESLANDES, S.F. A ótica de gestores sobre a humanização da assistência em maternidades municipais do Rio de Janeiro. **Ciência & Saúde Coletiva**. [S.1], v. 10, n.3, p. 615-26. set. 2006.

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

DINIZ, C.S.G. **Entre a técnica e os direitos humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto**. [tese] (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (SP), 2001.

DUARTE, S.J.H. Motivos que levam as gestantes a fazerem o pré-natal: um estudo das representações sociais. **Ciênc enferm**, Chile, v.18, n.2, p. 75-82. fev. 2012.

ELSEN, I.; MONTICELLI M. Nas trilhas da etnografia: reflexões em relação ao saber em enfermagem. **Rev. Bras. Enferm**, Brasília, v.56, n.2, p. 193-197. mar./abril. 2003

FIGUEIREDO P.P.; ROSSONI E. O acesso à assistência pré-natal na Atenção Básica à Saúde sob a ótica das gestantes. **Rev. Gaúcha. Enferm**, Porto Alegre, v. 29, n. 2, p 238/45. jun. 2008.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. São Paulo: Atlas, 2007.

GUERREIRO, E.M. et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **Rev. Min. Enferm**, Minas Gerais, v. 16, n. 3, p. 315-23. jul/ set. 2012.

LANDERDAHL, M.C. et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Rev. Esc. Enferm. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 105-11. mar. 2007.

MARTINS, L.A. et al. Opinião de profissionais de saúde sobre a humanização no parto e nascimento e sua operacionalização. **Rev Enferm UFPE online**, Recife, v. 5, n. 9, p. 2186-96. 2011.

MARTINS, M.C.F.N.; BÓGUS, C.M. Considerações sobre a metodologia qualitativa como recurso para o estudo das ações de humanização em saúde. **Saúde e sociedade [on-line]**, São Paulo, v. 13, n. 3, p. 44-57. set/dez. 2003.

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 & contexto enferm [Internet]**, Santa Catarina, v. 17. n. 4, p.758-64. 2008.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2010.

MÜLLER, C.P.; ARAUJO, V.E.; BONILHA, A.L. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 09, n. 03, p. 858–865,. set/dez. 2007.

NETO E.T.S. et al. Políticas de saúde materna no Brasil: os nexos com indicadores de saúde materno infantil. **Saude soc**, São Paulo, v. 17, n. 9, p. 107-19. abr/jun. 2008.

PEIXOTO C.R. et al. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-91. abr/jun. 2011.

PIRES, V.M.V.M; RODRIGUES V.P; NASCIMENTO MAA. Sentidos da integralidade do cuidado na saúde da família. **Rev. Enfem. UERJ**, Rio de Janeiro, v.18, n.4, p.622-7. out/dez. 2010.

PROENÇA, W.L. Observação participante. **ANTROPOS – Revista de Antropologia**, Brasília, v. 2, n. 1, p. 8-32. maio. 2008.

PROGIANTI, J.M.; COSTA, R.F. A negociação do cuidado de enfermagem obstétrica através das práticas educativas na casa de parto. **Esc Anna Nery Rev Enferm**, Rio de Janeiro, v.12, n. 4, p. 789-92. dez. 2008.

QUEIROZ, D.T. et al. Observação participante na pesquisa qualitativa: conceitos e aplicações na área da saúde. **Rev. Enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 276-83. abr/jun. 2007.

RATTNER, D. Humanização na atenção a nascimentos e partos: breve referencial teórico. **Rev Tempus Actas de Saúde Col**. Brasília, v. 4, n. 4, p. 42-8. 2010.

RESSEL, L.B. **Consulta de Enfermagem no pré-natal: perfil epidemiológico de mulheres assistidas numa unidade básica de saúde**, 2008. Projeto de pesquisa- Universidade Federal de Santa Maria, 2008.

RESSEL, L.B. **Vivenciando a sexualidade na assistência de enfermagem: um estudo na perspectiva cultural**. 2003. [tese] (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, 2003.

RIOS, C.T.F.; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc. saúde coletiva [online]**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 477-486. mar/abr. 2007.

RODRIGUES, E.M; NASCIMENTO, R. G; ARAUJO, A. Protocolo na assistência pré-natal: ações, facilidades e dificuldades dos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família. **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 5, p. 1041-47. out. 2011 .

SERRUYA, S.J.; CECATTI, J.G.; LAGO, T.G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289. set./out. 2004.

SHIMIZU, H.E; LIMA, M.G. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm**, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-92. jun. 2009 .

SILVA, J.L.P.; CECATTI J.G.; SERRUYA S.J. A qualidade do pré-natal no Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 3, p. 103-5. mar. 2005.

SPINDOLA, T.; PENNA, L.H.G.; PROGIANTI, J.M. Perfil epidemiológico de mulheres atendidas na consulta do pré-natal de um hospital universitário. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 40, n. 3, p. 381-388. set. 2006.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema**. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

WALDOW, V.R. **Os fundamentos filosóficos do cuidar**. In: WALDOW, V.R. O cuidado na saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

ZAMPIERI, M.F; ERDMANN, A.L. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saúde Matern**, Recife, v. 10, n. 3, p. 359-367. jul/set. 2010.

ANEXOS

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Lúcia Beatriz Ressel

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 26467413.0.0000.6348

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

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 513.040

Data da Relatoria: 14/01/2014

Apresentação do Projeto:

A humanização da atenção pré-natal é o primeiro passo na busca de um atendimento integral à gestante. A vivência de uma gestação saudável e pautada no protagonismo e autonomia da mulher e sua família demanda o entendimento da singularidade desse período. A assistência pré-natal exige um olhar multidimensional dos profissionais de saúde. A compreensão da dimensão subjetiva e do contexto das gestantes é um desafio na prática assistencial. O Ministério da Saúde (MS) com o intuito de propor mudanças nas ações ofertadas, propõe por meio das políticas públicas e programas de saúde transformações e renovações na assistência à mulher no período gravídico-puerperal, buscando uma atenção diferenciada e integral. Nessa ótica, este projeto de dissertação possui como objeto de estudo a humanização da atenção pré-natal e como questão norteadora da pesquisa " como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde, na atenção pré-natal de baixo risco, na prática dos profissionais de saúde de unidades de saúde da família de um município do Sul do Brasil?" Para isso, o objetivo do estudo é conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na prática da atenção pré-natal de baixo risco. A trajetória metodológica prevê um estudo de campo, de caráter descritivo, com abordagem qualitativa e orientação antropológica.

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Pró-Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.105-900
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-9262 E-mail: cep.ufsm@gmail.com

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
SANTA MARIA/ PRÓ-REITORIA
DE PÓS-GRADUAÇÃO E



Continuação do Parecer 513.046

curso de Mestrado em Enfermagem. Os sujeitos do estudo serão enfermeiros e médicos que atuam em seis Estratégias de Saúde da Família na atenção básica de saúde do referido município e desenvolvam ações na abrangência da atenção pré-natal. Pretende-se realizar a coleta de dados no período de fevereiro a julho de 2014, após aprovação do comitê de ética, durante as ações realizadas por enfermeiros e médicos nas AB/ESF. Serão utilizadas as técnicas de observação participante e entrevista semiestruturada.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Constam todos os termos de apresentação obrigatória.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não existem pendências.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

SANTA MARIA, 21 de Janeiro de 2014

Assinador por:
Félix Alexandre Antunes Soares
(Coordenador)

Endereço: Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria 2º andar
Bairro: Cidade Universitária - Camobi CEP: 97.100-000
UF: RS Município: SANTA MARIA
Telefone: (51)3220-9362 E-MAIL: cep.usm@gmail.com

APÊNDICES

APÊNDICE A - Roteiro de Observação Participante

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

Roteiro de Observação Participante

A observação participante será pautada nos preceitos de Victora, Knauth e Hassen (2000) com o apontamento dos seguintes aspectos:

1 Ambiente

- Espaço de recepção das gestantes.
- Espaço de realização das ações referentes ao pré-natal.
- Conteúdo e localização dos itens no espaço.
- Relação das pessoas com o espaço.
- Distância/proximidade entre pessoas de um grupo num dado espaço.
- Distância em relação ao observador.
- Modificações no espaço ao longo da observação.

Aspectos a serem observados: acomodação para as gestantes na sala de espera; folhetos educativos a disposição; espaço de realização das consultas de pré-natal; espaço para ações educativas; deslocamento nas visitas domiciliares.

2 Comportamento das pessoas no grupo

- Postura corporal
- Condutas de acolhimento à gestante e acompanhante.
- Valorização da gestante.
- Toques
- Contato visual

Aspectos a serem observados: chama pelo nome da gestante e do acompanhante? ouve a usuária?; se apresenta?; explica os procedimentos que serão realizados?; garante a privacidade da gestante durante a consulta?; busca conhecer a história da gestante?; atende centrado na individualidade da gestante?; atencioso e paciente durante as consultas?; trata com respeito?; realiza registros das consultas?; incentiva a importância da continuidade no acompanhamento pré-natal? procura aliar o saber profissional com o saber popular? Orientações de acordo com a necessidade da gestante? Solicitação de exames?; Encaminhamentos realizados?; realização

de visitas domiciliares?; Incentivo a participação de familiares/acompanhante nas atividades do pré-natal?

3 Linguagem

- Verbal e não verbal
- Tom de voz
- Vocabulário próprio.

Aspectos a serem observados: fala com clareza de modo que a gestante compreenda?; disposição para escuta atenta das gestantes?; explica procedimentos ou linguagem técnica de forma simples?; permite que a gestante ou acompanhante se expresse durante a consulta?; aberto a questionamentos e esclarecimento de dúvidas?.

5 Relacionamento

- As pessoas observadas entre si
- As pessoas observadas com o observador.
- O comportamento/participação do próprio observador nos eventos observados.
- Como as ações dos informantes se relacionam com o que eles dizem que fazem.

Aspectos a serem observados: relação entre usuários e profissional de saúde; relação entre os profissionais que compõe a equipe de saúde; interação e trocas entre os profissionais de saúde; relação com o observador; aceitam de forma positiva os questionamentos e observações do pesquisador; como é a relação médico e enfermeiro; comunicação na organização das ações na unidade.

6 Tempo em que ocorrem os processos observados

- tempo de duração do evento observado;
- sequencia dos eventos;
- diferentes momentos das observações.

Aspectos a serem observados: tempo de duração das consultas; período destinado a ações educativas; tempo de espera da gestantes para o atendimento; a cronologia da chegada na unidade até a saída; tempo destinado a atenção pré-natal pelos profissionais de saúde; tempo de retorno de exames e encaminhamentos; período destinado as ações de atenção domiciliar as usuárias.

APÊNDICE B - Roteiro de Entrevista

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

Roteiro de Entrevista

Caracterização dos sujeitos

Iniciais do nome:

Data de nascimento:

Formação acadêmica:

Instituição de formação (pública ou privada):

Tempo de formação:

Curso de formação específico (especialização, mestrado, doutorado, residência):

Tempo de atuação na área de saúde da mulher:

Roteiro da Entrevista Semiestruturada

- 1- O que você compreende por humanização da assistência na atenção pré-natal?
- 2- Você conhece a Política Nacional de Humanização? Qual a sua opinião sobre ela?
- 3 - Você conhece as políticas públicas e os programas de saúde que perpassam a temática de humanização na atenção pré-natal ou na área de saúde da mulher em geral?
- 4- Questões que envolviam humanização foram discutidas/trabalhadas durante sua formação acadêmica ou qualificação profissional?
- 5- No seu trabalho você consegue aproximar sua prática destes pressupostos?
- 6- Quais são as dificuldades na implementação do que se propõe nas políticas e programas na prática assistencial?

- 7- Quais ações desenvolvidas no seu cotidiano que considera aproximada das propostas de humanização no pré-natal?
- 8- Durante sua atuação profissional no cenário de atenção pré-natal você participou de alguma sensibilização/encontro/capacitação referente à humanização?
- 9- Quais os principais desafios na concretização da humanização na atenção pré-natal?

APÊNDICE C - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

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

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Projeto de Pesquisa: Humanização da atenção pré-natal na prática dos profissionais de saúde

Pesquisadora: Camila Nunes Barreto

Contato: camilabarreto_6@msn.com

Pesquisadora responsável: Prof^a Dr^a Lúcia Beatriz Ressel

Contato: lbressel208@yahoo.com.br Telefone: (55) 32208263 ou (55) 32208029

Local de realização do estudo: Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria (RS).

Sujeitos envolvidos: Enfermeiros e Médicos que atuam na atenção pré-natal de baixo risco.

Data: __/__/__

Prezado participante do estudo

- Você está sendo convidado a participar dessa pesquisa, que será realizada por meio de entrevista individual e observação participante, de forma totalmente voluntária.
- Antes de concordar em participar desta pesquisa, ser observado e responder a essa entrevista, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento.
- A pesquisadora deverá responder todas as suas dúvidas, de forma clara, antes que você se decida a participar.
- Após o esclarecimento das informações, no caso de aceitar fazer parte da pesquisa, assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável.
- Você tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Em relação ao estudo:

Objetivo: Conhecer como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na práxis do cuidado pré-natal de baixo risco.

Procedimentos: Sua participação neste estudo será realizada em dois momentos. Inicia-se em ser observado pela pesquisadora durante sua atuação nas ações de atenção pré-natal na USF. Durante a observação, a pesquisadora realizará anotações dos fatos observados. Após o período de observação dessas ações, será realizada uma entrevista individual. As entrevistas serão realizadas conforme disponibilidade dos entrevistados. As mesmas serão previamente agendadas, cabendo aos sujeitos da pesquisa definir local e horário. Os dados serão gravados, com autorização dos entrevistados, e após transcritos.

Benefícios: Os participantes não terão nenhum benefício de forma direta, porém a pesquisa poderá disponibilizar maior produção de conhecimento acerca da humanização na atenção pré-natal, podendo auxiliar na qualificação da assistência pré-natal no município.

Riscos: Os riscos possíveis referem-se a algum constrangimento que o sujeito da pesquisa possa sentir ao realizar a entrevista ou no momento em que a pesquisadora fizer a observação. No caso de ocorrer algum constrangimento, a pesquisadora suspenderá a coleta de dados e conversará com o sujeito do estudo, reagendando e retomando esta etapa conforme preferência e disposição do participante. Além disso, será enfatizado que os sujeitos podem desistir a qualquer momento de sua participação no estudo, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

Confidencialidade: As informações desta pesquisa serão de uso exclusivamente científico. As gravações serão transcritas e ficarão sob guarda e responsabilidade da pesquisadora responsável, professora Dr^a Lúcia Beatriz Ressel, em forma de CD-ROM, por cinco anos após a apresentação da dissertação, no prédio do Centro de Ciências da Saúde, da UFSM, na sala 1339. Após este período serão destruídos. Destaca-se que, as entrevistas registradas em gravação digital, serão deletadas imediatamente após a transcrição para os CDs. Será assegurado o direito de privacidade e de não lhe exporem publicamente com qualquer tipo de identificação durante a pesquisa e na publicação dos resultados, sendo confidencial sua identidade.

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 _____, de _____ de 20____

Assinatura

Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:
Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM - Cidade Universitária - Bairro Camobi, Av. Roraima, nº1000 - CEP: 97.105.900 Santa Maria – RS. Telefone: (55) 3220-9362 – Fax: (55)3220-8009
Email: comiteeticapesquisa@smail.ufsm.br. Web: www.ufsm.br/cep

APÊNDICE D - Termo de Confidencialidade

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

Termo de Confidencialidade

Título do projeto: Humanização da atenção pré-natal na práxis dos profissionais de saúde

Pesquisador: Camila Nunes Barreto

Pesquisador responsável: Lúcia Beatriz Ressel

Instituição/Departamento: Universidade Federal de Santa Maria/ Programa de Pós Graduação em Enfermagem

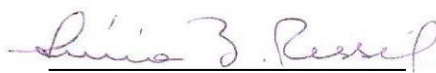
Telefone para contato: (55) 30208029 - pesquisador responsável ou camilabarreto_6@msn.com

Local da coleta de dados: Estratégias de Saúde da Família do município de Santa Maria.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos sujeitos cujos dados serão coletados, por meio de observação e entrevistas individuais. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e o material transcrito da coleta de dados será mantido no (a) sala número 1339, do prédio do Centro de Ciências da Saúde por um período de cinco anos sob a responsabilidade da Pesquisadora Prof^ª. Dr.^a Lúcia Beatriz Ressel. Após este período, este material será destruído. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,.....dede 2013

Lúcia Beatriz Ressel
Pesquisadora



COREN/RS 27261
SIAPE 37922

Responsável