

UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
Faculdade de Enfermagem
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem



Dissertação

**Contribuições do Programa de Humanização do Parto e Nascimento para
atenção no pré-natal**

Luiza Rocha Braga

Pelotas, 2018

Luiza Rocha Braga

**Contribuições do Programa de Humanização do Parto e Nascimento para
atenção no pré-natal**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Ciências. Área de Concentração Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde. Inserido na linha de Pesquisa: Epidemiologia, práticas e cuidado na saúde e enfermagem.

Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Pelotas, 2018

Universidade Federal de Pelotas / Sistema de Bibliotecas
Catalogação na Publicação

B813c Braga, Luiza Rocha

Contribuições do programa de humanização do parto e nascimento para atenção no pré-natal / Luiza Rocha Braga ; Marilu Correa Soares, orientadora. — Pelotas, 2018.

120 f.

Dissertação (Mestrado) — Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018.

1. Assistência integral à saúde da mulher. 2. Políticas públicas de saúde. 3. Atenção pré-natal. 4. Enfermagem. I. Soares, Marilu Correa, orient. II. Título.

CDD : 610.73

Luiza Rocha Braga

Contribuições do Programa de Humanização do Parto e Nascimento para
atenção no pré-natal

Dissertação aprovada, como requisito parcial, para obtenção do grau de Mestre em Ciências, área de concentração “Práticas Sociais em Enfermagem e Saúde” do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas.

Data da Defesa: 10/12/2018

Banca examinadora:

.....
Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares (Orientador)
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo

.....
Dr^a Enf^a Diana Cecagno (Titular)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Karen Knopp de Carvalho (Titular)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Juliane Portella Ribeiro (Suplente)
Doutora em Enfermagem pela Universidade Federal de Rio Grande

.....
Dr^a Enf^a Ana Paula Lima Escobal (Suplente)
Doutora em Ciências pela Universidade Federal de Pelotas

Ao meu avô, Dirceu, que já se foi, mas continua sendo minha maior força e inspiração na vida.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, em primeiro lugar, a Deus, que iluminou meus pensamentos, me levando a buscar cada vez mais conhecimentos.

À minha primeira mestra, minha mãe Rosemere, por ter me ensinado o real valor da Enfermagem, e por sua capacidade de acreditar e investir em mim. Mãe, tu foste e és o melhor exemplo de profissional, e me orgulho imensamente poder te chamar de colega, tu és o meu espelho, a minha base, a minha mãe e o meu pai. Obrigada por nunca desistir de mim.

À minha avó, Wilka, por toda dedicação dispensada a mim durante todos esses anos, tua presença através das ligações diárias significou segurança e certeza de que não estou sozinha nessa caminhada. Teu carinho e apoio infindável foi fundamental para que eu pudesse concluir o mestrado, soubeste entender minhas ausências, e eu não consigo imaginar o que seria de mim se tu não estivesse aqui.

Aos meus irmãos, Daniele e João Antônio, por entenderem minha ausência e me darem força e coragem, me apoiando acima de tudo. A vida ganhou outro sentido depois da chegada de vocês. Vocês me ensinaram o significado de amor incondicional.

Ao meu namorado Luiz, que foi incansável durante essa jornada. Teu apoio incondicional foi o combustível para que eu pudesse concluir o mestrado. Obrigada por aguentar tantas crises de estresse e ansiedade. Obrigada por todos os cafés, chimarrões e por ouvir minhas lamentações. Obrigada por ser tão atencioso e por entender minhas ausências. Sem ti, com toda certeza, esse trabalho não seria possível.

À minha orientadora, Marilu, por toda parceria, apoio e, principalmente, por toda compreensão ao longo desses dois anos, por entender minhas ausências e incentivar o meu crescimento sempre. Obrigada por toda amizade e por todos os puxões de orelha necessários que tornaram possível a conclusão desta dissertação.

À minha amiga, Susana Cecagno, por toda parceria e auxílio durante a construção deste trabalho. Agradeço imensamente a amizade que construímos nesses dois anos.

Aos presentes que a UFPel me trouxe, a minha turma da merenda, por toda parceira e apoio mútuo nesse período. Graças a vocês, as pausas entre um parágrafo e outro de produção foram mais leves. Agradeço em especial, a minha querida amiga Vanessa Marques, que foi o meu ponto de equilíbrio, obrigada pela linda amizade que construímos.

Agradeço aos membros da banca, por todas as contribuições durante a construção deste estudo. E por fim, agradeço ao mundo por mudar as coisas, por nunca permitir que sejam da mesma forma, pois assim não teríamos o que pesquisar, o que descobrir e o que fazer.

“Precisamos dar um sentido humano às nossas construções. E, quando o amor ao dinheiro e ao sucesso nos estiver deixando cegos, saibamos fazer pausas para olhar os lírios do campo e as aves do céu.”

Érico Veríssimo

Resumo

BRAGA, Luiza Rocha. **Contribuições do Programa de Humanização do Pré-natal e nascimento para a atenção no pré-natal**. 2018. 120f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, 2018

O pré-natal pode ter papel fundamental no resgate do empoderamento da gestante, e depende de como os profissionais conduzem os encontros. A justificativa deste estudo está pautada na possibilidade de servir como subsídio para a reflexão sobre a assistência no pré-natal e atendimento às necessidades de saúde das gestantes no contexto do SUS e na escassa publicação científica relacionando o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) com a atenção do pré-natal. O objetivo geral deste estudo foi conhecer as contribuições que o PHPN trouxe a assistência no pré-natal. O referencial teórico utilizado foi a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC). Estudo qualitativo e descritivo, realizado na cidade de Pelotas, nas UBSs pertencentes à Rede Bem Cuidar. Participaram 21 profissionais que realizam consultas de pré-natal. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, sob o parecer nº 2.666.553 e CAAE 89944918.1.0000.5317. A coleta de dados ocorreu no período de julho e agosto de 2018 por meio de entrevista semiestruturada gravada. Os dados foram analisados pela Análise Textual Discursiva, cujo resultado apontou quatro categorias: O que eu quero versus O que eu faço: Entraves para a execução do PHPN; Limitações profissionais e o distanciamento da humanização; O PHPN como facilitador do processo de humanização na atenção do pré-natal; Aspectos socioculturais e suas relações com a humanização. A análise dos saberes essenciais desenvolvidos na assistência pré-natal pelos profissionais de saúde aponta para a necessidade da incorporação e definição de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade dos serviços. Os resultados do presente estudo refletem a importância do trabalho realizado pelos profissionais para o município e para as gestantes em particular. Por outro lado, possibilitaram identificar aspectos que poderão ser fortalecidos na prática assistencial e na formação de recursos humanos para qualificação do atendimento pré-natal. Evidenciou-se a necessidade de motivar e capacitar os profissionais de saúde do município para que se eliminem as diferenças no acesso e na qualidade da atenção recebida pelas mulheres no pré-natal. Concluiu-se que os resultados do presente estudo ofereceram oportunidade para reflexão sobre a atenção pré-natal nas Unidades Básicas de saúde estudadas com o intuito de qualificar o cuidado prestado às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Palavras Chaves: Assistência Integral à Saúde da Mulher; Políticas Públicas de Saúde; Atenção Pré-Natal; Enfermagem.

Abstract

BRAGA, Luiza Rocha. **Contributions of the Prenatal and Birth Humanization Program for prenatal care**. 2018. 120f. Dissertation (Master of Science) - Postgraduate Program in Nursing, Faculty of Nursing, Federal University of Pelotas, 2018

Prenatal care may play a key role in the recovery of the pregnant woman's empowerment, and it depends on how professionals conduct the meetings. The justification of this study is based on the possibility of serving as a subsidy for the reflection on prenatal care and the health needs of pregnant women in the context of the SUS and in the scarce scientific publication relating to the Program of Humanization of Childbirth and Childbirth (PHPN) with prenatal care. The general objective of this study was to know the contributions that PHPN brought to prenatal care. The theoretical reference used was the Theory of Practical Intervention of Collective Health Nursing (TIPESC). Qualitative and descriptive study carried out in the city of Pelotas, in the UBSs belonging to the Bem Cuidar Network. Twenty-one professionals attended prenatal consultations. The study was approved by the Research Ethics Committee of the Faculty of Medicine of the Federal University of Pelotas, under the no. 2,666,553 and CAAE 89944918.1.0000.5317. The data collection took place in the period of July and August of 2018 through a semi-structured recorded interview. The data were analyzed by the Discursive Textual Analysis, whose result pointed to four categories: What I want versus What I do: Obstacles to the execution of PHPN; Professional limitations and distance from humanization; The PHPN as a facilitator of the process of humanization in prenatal care; Socio-cultural aspects and their relations with humanization. The analysis of the essential knowledge developed in prenatal care by health professionals' points to the need to incorporate and define assistance protocols to improve the quality of services. The results of the present study reflect the importance of the work carried out by the professionals for the municipality and for the pregnant women. On the other hand, they made it possible to identify aspects that could be strengthened in the practice of care and in the training of human resources to qualify prenatal care. The need to motivate and train the health professionals of the municipality has been evidenced in order to eliminate the differences in access and quality of care received by women in prenatal care. It was concluded that the results of the present study provided an opportunity for reflection on prenatal care in the Basic Health Units studied in order to qualify the care provided to women in the pregnancy-puerperal cycle.

Key-Words: Assistance to Women's Health; Public Health Policies; Prenatal Care; Nursing.

Lista de Figuras

Figura 1	Estudos utilizados na Revisão Integrativa	15
Figura 2	Ciclo da análise discursiva	49

Lista de Abreviaturas e Siglas

APICE ON	Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia
ATD	Análise Textual Discursiva
DECS	Descritores em Ciência da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FIOCRUZ	Fundação Oswaldo Cruz
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MS	Ministério da Saúde
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
TIPESC	Teoria da Intervenção Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva
UBS	Unidade Básica de Saúde
WHO	World Health Organization

Sumário

1 Introdução	15
2 Objetivos	20
2.1 Objetivos específicos	20
3 Revisão de Literatura	21
3.1 Contribuição da política de humanização do parto e nascimento à atenção pré-natal	21
3.2 Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil	33
3.3 Atenção Básica em Saúde no Pré-Natal: Histórico e Perspectivas	37
3.4 Estrutura organizacional do trabalho dos profissionais de saúde na Atenção Básica à Saúde	42
4 Referencial Teórico – Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva	45
5 Metodologia	49
5.1 Caracterização da pesquisa	49
5.2 Cenário da pesquisa	49
5.3 Participantes do estudo	51
5.4 Princípios éticos	51
5.5 Procedimento para coleta de dados	52
5.6 Trajetória da Coleta de Dados	53
5.7 Análise dos dados	56
5.8 Divulgação dos resultados	58
6 Resultados e discussão	59

6.1 O que eu quero x O que eu faço: Entraves para a execução do PHPN	60
6.2 Limitações profissionais e o distanciamento da humanização	72
6.3 O PHPN como facilitador do processo de humanização na atenção do pré-natal	78
6.4 Aspectos socioculturais e suas relações com a humanização	85
7 Considerações Finais	93
Referencias	96
Apêndices	108
Anexos	113

1 INTRODUÇÃO

A experiência da gestação e do parto contribui para a transformação na vida da mulher, implicando em modificações que repercutem nas esferas pessoal, familiar e socioeconômica, que na maioria das vezes exige a tomada de decisões importantes. As modificações, especialmente às relacionadas à esfera pessoal devem ser acompanhadas de maneira oportuna pelos profissionais da saúde, contribuindo para uma vivência prazerosa e o protagonismo da gestante (CRUZ, CAMINHA, BATISTA FILHO, 2014).

O protagonismo e a autonomia têm sido incluídos nas discussões das políticas para mulheres no país em vários cenários sociais e científicos como um componente essencial da humanização do parto e nascimento. Porém, o incentivo a essa autonomia, com foco na assistência durante o pré-natal, ainda é um tema abordado com certa timidez no Brasil (SANTOS, THIENGO, MORAES et al, 2014).

Desde a implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) vem estimulando a humanização na assistência a gestante, incentivando a autonomia como forma de potencializar a capacidade natural da mulher de dar à luz. A preparação para o parto deve promover o empoderamento feminino, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante e exercendo uma prática ética fundamentada em evidências (BRASIL, 2013).

O pré-natal pode ter papel fundamental no resgate do empoderamento da gestante, e este resgate depende de como os profissionais conduzem os encontros. A superação da relação de poder entre profissional e as mulheres, além de incentivá-las na tomada de decisões com liberdade, suprime o modelo vertical e meramente informativo da consulta, sem se sentirem intimidadas diante do autoritarismo da equipe de saúde e favorecendo a tomada de decisões e o compartilhamento de conhecimentos (LEÃO, RIESCO, SCHNECK et al, 2013).

Assim, para o alcance de uma relação horizontal entre as mulheres e equipe de saúde, os profissionais envolvidos na assistência ao pré-natal precisam estar sensíveis a realizar uma escuta atenta às gestantes, transmitindo apoio e realizando

ações necessárias para conduzir com autonomia a gestação e o parto (SILVA, NASCIMENTO, COELHO, 2015).

O Brasil manteve, durante muitos anos, uma postura tímida quanto aos direitos sexuais e reprodutivos da mulher e no cuidado no ciclo gravídico puerperal. A política voltada para essa população se baseava no Programa Materno-Infantil criado em 1977 e se restringia à prevenção da gestação de alto risco, não levando em conta outros aspectos relevantes. Em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), a população feminina passou a contar com um modelo de assistência baseado nos princípios da equidade e integralidade, os quais se propunham a abranger as mulheres nas mais diversas áreas e em todos os ciclos vitais (BRASIL, 2001).

Mesmo com a criação e implantação do PAISM, os questionamentos relacionados à qualidade da assistência continuaram surgindo, especialmente no que dizia respeito à assistência ao pré-natal e parto, já que os indicadores maternos e perinatais continuavam alarmantes. Este panorama refletia que a má assistência provinha da não compreensão dos direitos reprodutivos e da não percepção da mulher como sujeito, o que impossibilitava o protagonismo da mulher sobre seu corpo e sua gravidez, desrespeitando os direitos básicos da cidadania (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Neste cenário, com o objetivo de reduzir os índices de mortalidade e a ampliação do acesso à assistência humanizada e de qualidade foi implantado em 2000 o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que se associa formalmente ao pré-natal, ao parto e ao puerpério e tem como finalidades incentivar o atendimento obstétrico integral e de qualidade, além de garantir os direitos de escolha da mulher, sendo o parto realizado com o mínimo de intervenções (BRASIL, 2001; 2004).

Para Pio e Oliveira (2014) apesar da importância do PHPN, as ações em saúde da mulher se mantiveram frágeis na identificação das necessidades no ciclo gravídico-puerperal, especialmente na articulação das estratégias básicas e do cuidado após o nascimento do filho retratando o viés do gênero.

Em virtude deste cenário, o MS criou por meio da Portaria MS nº 1.459 de 2011, a Rede Cegonha, visando implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e, às crianças, o direito ao nascimento seguro e ao

crescimento e desenvolvimento saudáveis. A Rede Cegonha enfatiza-se o enfermeiro como agente para a efetivação do acolhimento, vínculo e práticas humanizadas (BRASIL, 2011).

A expansão do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal faz parte dos componentes desta estratégia inovadora que traz como prioridade a redução da mortalidade materna e infantil, por meio da ampliação e qualificação das ações e serviços de saúde, do combate da violência obstétrica, da oferta de boas práticas e da redução da mercantilização e medicalização do parto (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, o MS tem enfatizado que a assistência pré-natal possui a intenção de fortalecer e reorganizar a assistência à saúde da população, buscando ampliar o acesso aos serviços de saúde e promover a qualificação nas ações da atenção básica por meio da realização de atividades de promoção de saúde (BRASIL, 2005).

A realização do pré-natal interfere na redução das taxas de mortalidade materna, interferindo também na diminuição das intercorrências e dos prejuízos à saúde da puérpera e recém-nascido. Vale salientar que a redução da mortalidade materna foi o quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM) cuja meta consistia em reduzir a mortalidade materna entre 1990 e 2015, atingindo 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). Entretanto, a meta não foi atingida e o combate à mortalidade materna permanecerá no centro da agenda da saúde global e do desenvolvimento internacional. A nova meta consiste em reduzir para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos, e considera que a razão de morte materna global se situa em torno de 2010 mortes por 100 mil nascidos vivos (SOUZA, 2015).

Também, como nova estratégia para a melhoria na qualidade da assistência no âmbito materno-infantil, em 2017 surge o projeto Apice On, que tem como objetivo principal aprimorar e inovar o cuidado obstétrico e neonatal, contribuindo na implementação e difusão de práticas de cuidados embasadas em evidências científicas, nos direitos e nos princípios da humanização. Esse projeto possui o potencial de gerar a curto e médio prazo, impactos positivos na prestação dos cuidados nos serviços do SUS, que decorrem de mudanças dos serviços no âmbito da formação, assistência e gestão. O APICE ON possui o potencial de gerar a curto e médio prazo, impactos positivos na prestação do cuidado nos serviços do SUS que decorrem de mudanças no âmbito da formação, assistência e gestão (BRASIL, 2017).

A estratégia local será adaptada localmente para atingir aquelas e aqueles que mais necessitam dela. No Brasil, a meta para 2030 é reduzir a mortalidade materna para aproximadamente 20 mortes para cada 100 mil nascidos vivos. A meta global e local é bastante arrojada, mas pode ser atingida desde que o trabalho vá além do combate à mortalidade em si (WHO, 2014).

Assim, o MS imprime a necessidade da assistência envolvendo aspectos psicoafetivos da gestação, incluindo ativamente já pré-natal a inserção da família para que possa auxiliar nas ações de prevenção e promoção da saúde direcionada ao âmbito materno infantil (BRASIL, 2012).

Nesta linha de pensamento, acredita-se que para consolidar a humanização do atendimento no processo de parturição e qualificar o cuidado à díade mãe-filho durante o parto e nascimento torna-se necessário que os profissionais de saúde desenvolvam ações assistenciais e educativas direcionadas ao contexto e às necessidades específicas das mulheres.

Frente ao exposto, o presente estudo justifica-se na perspectiva de que ao se conhecer a realidade da assistência de pré-natal há possibilidade de identificar estratégias para mudar a realidade, gerar reflexões e mudanças na assistência prestada à mulher no período gravídico.

Soma-se a essa argumentação, o interesse da pesquisadora pela área da saúde da mulher, com enfoque na atenção à gestante, que emergiu a partir de reflexões durante o estágio curricular do 9º semestre do curso de graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Rio Grande. A vivência das práticas do atendimento ao pré-parto, parto e pós-parto imediato possibilitou perceber que algumas ações experienciadas não condiziam com o que é preconizado pelo PHPN. Esta experiência desencadeou na pesquisadora reflexões sobre a importância da informação e conhecimento acerca das boas práticas obstétricas por parte das mulheres, dos profissionais de saúde e de todas as pessoas envolvidas no processo de parturição.

Diante do exposto, buscou-se neste estudo investigar o conhecimento dos profissionais que realizam consultas de pré-natal acerca do PHPN, haja visto que, apesar de inúmeros avanços e melhorias nos serviços de saúde, ainda se apresentam indicadores de saúde e de assistência precários. Como arcabouço para a discussão do estudo utilizou-se como referencial teórico a Teoria de Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva (TIPESC), que é uma forma de sistematização

dinâmica de captar e interpretar fenômenos articulados aos processos de produção e reprodução social, referentes a uma dada coletividade (EGRY, 2008).

Assim, a justificativa deste estudo está pautada na possibilidade de servir como subsídio para a reflexão sobre a assistência no pré-natal e atendimento às necessidades de saúde das gestantes no contexto do SUS e na escassa publicação científica relacionando o PHPN com a atenção do pré-natal.

Neste contexto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: **Qual a contribuição do Programa de Humanização do Parto e Nascimento para atenção no pré-natal?**

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer a contribuição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para atenção no pré-natal.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;
- Averiguar as práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde que assistem a mulher durante o pré-natal;
- Identificar as facilidades e dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde na assistência a mulher no pré-natal com a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

3 REVISÃO DE LITERATURA

Para embasar e contextualizar este estudo realizou-se uma revisão integrativa sobre o tema “Contribuição da Política de Humanização do Parto e Nascimento à atenção pré-natal” e uma revisão de literatura composta pelos capítulos “Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil, Atenção Básica em Saúde no Pré-Natal: Perspectivas e Histórico” e “Estrutura Organizacional do Trabalho dos Profissionais na Atenção Básica à Saúde.”

3.1 A Contribuição da Programa de Humanização do Parto e Nascimento à atenção pré-natal: uma revisão integrativa

A assistência pré-natal é constituída por um conjunto de procedimentos educativos e clínicos que objetivam prevenir, identificar e corrigir intercorrências do ciclo gravídico puerperal, bem como ofertar informações sobre a gravidez, parto, puerpério e cuidados com o neonato (XIMENES et al, 2008).

O cuidado humanizado e de qualidade no que diz respeito à atenção obstétrica é um tema de crescente interesse por parte dos pesquisadores na última década, mas que ainda enfrenta grandes obstáculos. A atenção ao pré-natal é o primeiro passo para uma assistência de qualidade, e o conjunto de ações que englobam as políticas que regem essa temática, se utilizado de forma adequada, previne complicações, diminui riscos e permite que a díade mãe-bebê vivencie a gestação com segurança e tranquilidade (BRASIL, 2001).

Embora existam evidências da melhoria da cobertura da assistência pré-natal, ainda prosseguem lacunas relacionadas à dificuldade de acesso, baixa qualidade da atenção prestada, falta do vínculo entre parto e pré-natal, assim como falta de informação e orientação as gestantes (VIELLAS, 2014).

Em 2000, o PHPN foi implantado no Brasil, criando um protocolo com ações recomendadas para diminuir a mortalidade materna e perinatal. Esse programa tem como meta melhorar as condições da atenção pré-natal, promovendo atendimento humanizado à gestante calcado em modelo integral de atenção à saúde. A partir de

sua implantação, impõem-se aos municípios brasileiros o desafio de atender as recomendações mínimas da atenção obstétrica, dentre elas, favorecer e promover o início precoce do pré-natal, estabelecer a cobertura universal, garantir a periodicidade das consultas, implementar ações preventivas e curativas por meio de uma rede de saúde integrada, efetuar no mínimo seis consultas de pré-natal (BRASIL, 2000).

Para o MS a organização do serviço é um elemento fundamental na atenção ao pré-natal, pois para que o cuidado humanizado de fato aconteça é preciso, além de profissionais qualificados e sensíveis às necessidades de saúde das famílias, ferramentas tecnológicas comuns ao desenvolvimento da consulta, buscando atenção especializada e dinâmica do cuidado nos diferentes níveis de atenção e o seguimento desse cuidado de maneira integral e holística (BRASIL, 2006).

Diante do exposto acima, a questão que norteou esta revisão integrativa de literatura foi “Qual produção científica acerca da contribuição do PHPN na assistência ao pré-natal no período de janeiro de 2000 até dezembro de 2017?”.

Embora os métodos de condução das revisões integrativas sejam variados, existem certos padrões a serem seguidos. Nesta abordagem, optou-se pelo método proposto por Mendes (2008) que utiliza as etapas de seleção do tema, questão de pesquisa, estabelece critérios de inclusão/exclusão dos estudos avaliados, extração do conteúdo, análise dos dados, avaliação e interpretação dos resultados e apresentação da revisão. Este método tem por finalidade reunir e sintetizar resultados de pesquisas sobre o determinado tem e possibilita apontar as lacunas no conhecimento, permitindo conclusões gerais sobre o assunto proposto (MENDES, 2008). Os critérios de inclusão foram: estudos publicados de 2000 (ano da implantação do PHPN) à 2016, publicados em português, inglês ou espanhol. Utilizaram-se os seguintes descritores combinados com o operador booleano “and”: Cuidado Pré-Natal, Assistência Integral à Saúde da Mulher e Políticas Públicas de Saúde.

No primeiro momento, objetivando conhecer o que foi produzido no âmbito da pós-graduação nacional, realizou-se uma busca junto ao Banco de Teses e Dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES). Nesta busca, encontrou-se 17 dissertações de mestrado e 4 teses de doutorado. Após leitura dos resumos, 12 dissertações de mestrado e 2 teses de doutorado que não

englobavam o tema, foram descartadas. Ao final da leitura na íntegra dos estudos restantes, selecionou-se 5 dissertações de mestrado e 2 teses de doutorado que correspondiam aos objetivos deste estudo. Após analisar a produção na pós-graduação, partiu-se para a busca nas bases de dados internacionais. Para tanto se definiu os Descritores em Ciência da Saúde (DeCS) e realizou-se a busca nas bases de dados: Literatura Internacional em Ciências da Saúde (PUBMED/MEDLINE) e Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Durante o processo de busca foram identificados 309 artigos com os descritores citados acima, sendo 167 artigos na LILACS e 142 artigos na PUBMED/MEDLINE, dos quais 32 apresentaram resumos compatíveis com o tema proposto. Após leitura na íntegra, dos 32 estudos selecionados, foram eliminados 19 por possuírem enfoque diferente do objetivo deste estudo. Após a realização de todas as etapas foram considerados relevantes para esta revisão 13 artigos, 4 dissertações de mestrado e 2 teses de doutorado, como demonstrado no quadro a seguir:

Nº	Período / Ano	Título	País de realização do estudo	Tipo de estudo	Objetivo	Principais Resultados
1	Aquichán. 2014	La calidad de asistencia de enfermería en el período prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada.	Brasil	Qualitativa exploratória	Descrever a visão das mulheres grávidas acerca da qualidade da assistência de enfermagem no período do pré-natal e identificar as expectativas e necessidades das mulheres nessa perspectiva.	Emergiram resultados satisfatórios referentes a atenção recebida por parte dos enfermeiros no pré-natal, enquanto percebeu-se a insatisfação por causa da infraestrutura, os recursos materiais e a falta de uma unidade materna para a atenção ao parto.
2	Pregnancy Childbirth. 2014	Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data.	Nepal	Quantitativo	Identificar fatores associados ao atendimento de pré-natal em quatro ou mais consultas e avaliar a qualidade do serviço de pré-natal ofertado.	Metade das mulheres possuía quatro ou mais consultas de pré-natal, e 85% tinham realizado pelo menos uma consulta. Educação e saúde, suplementação de ferro, aferição da pressão arterial e imunização foram os componentes mais comuns das consultas. A idade mais avançada, a multiparidade e maiores níveis de educação foram preditores de atendimento em quatro ou mais consultas de boa qualidade. As mulheres que não fumavam, tinham voz na tomada de decisões, cujos maridos tinham níveis mais altos de educação e estavam envolvidas em ocupações além da agricultura, eram mais propensas a frequentar quatro ou mais consultas. Outros preditores de recebimento de boa qualidade de pré-natal era a realização em hospital privado, ser moradora de uma área urbana e estar exposta a meios de comunicação em geral.
3	Journal of Human Growth and Development. 2013	Pregnant women knowledge about prenatal development: support for health education.	Brasil	Qualitativo	Analisar o conhecimento, as preocupações e as crenças de um grupo de gestantes acerca do desenvolvimento pré-natal.	Observou-se que determinados processos do desenvolvimento pré-natal são conhecidos pelas gestantes. Esses conhecimentos perpassaram pelas categorias: <i>característica física e funções orgânicas do conceito</i> , <i>o sexo do conceito</i> , <i>estabelecimento do vínculo mãe-conceito</i> , <i>revelações do exame de ultrassom</i> , <i>preocupações ao longo da gestação</i> e <i>influência de crenças supersticiosas na gestação</i> . Parece que estes conhecimentos foram transmitidos pela sociedade, familiares, equipe de saúde ou a experiência da gestação prévia. Contudo, se tratam de conhecimentos incompreendidos em sua plenitude, havendo pouca correlação entre a

						informação que a gestante teve acesso e quanto e como ela a compreendeu e se apropriou.
4	Knurs Wome ns Health. 2013	Prenatal Care through the Eyes of Canadian Aboriginal Women	Canadá	Quantitativo	Avaliar a qualidade e adesão do pré-natal em mulheres de tribos aborígenes do Canadá.	O modelo de pré-natal desenvolvido com a população estudada estabelece um padrão de atendimento para comunidades aborígenes envolvendo relacionamentos entre prestadores de cuidados de saúde e comunidades. O modelo poderia ser benéfico para outras comunidades, porque promove uma abordagem de equipe para cuidados pré-natais, aborda as barreiras de transporte, fornece um balcão único e educa equipe para fornecer cuidados culturalmente seguros.
5	Periódico: Revista de Enfermagem Escola Anna Nery. 2008	Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias.	Brasil	Quantitativo	Analisar a assistência pré-natal oferecida pela Casa de Parto David Capistrano Filho (RJ) sob a ótica de suas usuárias e baseou-se no conceito de Humanização do Parto e Nascimento.	Os resultados obtidos nos informam que esta maneira diferenciada de assistência vem sendo bem aceita pela população assistida, além de oferecer os serviços e cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde, seguindo as normas da Organização Mundial de Saúde de atenção segura e efetiva à gestação e parto de baixo risco.
6	Ciência, Cuidado e Saúde. 2014	Adequabilidade da assistência ao pré-natal em duas unidades de saúde em Curitiba, Paraná.	Brasil	Quantitativo	Avaliar a adequabilidade do pré-natal, conforme Protocolo Mãe Curitibana em uma Unidade Básica de Saúde com Programa Saúde da Família (PSF) e outra unidade de saúde tradicional (UBS).	A média do início do pré-natal foi de 11±6,26 semanas, e a análise das médias dos registros no pré-natal para o PSF e UBS foi de 10,39 e 8,82 nas consultas, 9,87 e 8,57 para pressão arterial, 1,04 e 1,22 no tipo sanguíneo, 2,17 e 1,86 para glicemia, 1,32 e 1,05 para HbsAg, 2,35 e 1,89 para parcial de urina e 2,64 e 2,22 para cultura de urina com diferenças estatisticamente significativas.
7	Revista Latino Americana de Enferm	Evaluation of pre-natal care from the perspective of	Brasil	Quantitativo	Avaliar a qualidade do cuidado pré-natal desenvolvido na atenção primária, comparando os modelos tradicionais e	Foram evidenciadas estruturas semelhantes em ambos os modelos de atenção. Indicadores-síntese de processo, criados neste estudo, e os indicados pelas políticas públicas apontaram situação mais favorável nas Unidades de Saúde da Família. Para o conjunto de atividades

	agem. 2013	different models in primary care.			Estratégia Saúde da Família.	preconizadas para o pré-natal, o desempenho foi deficiente em ambos os modelos, embora pouco melhor nas Unidades de Saúde da Família.
8	Revista Escola de Enfermagem USP. 2013	Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado.	Brasil	Qualitativo	Conhecer a percepção de puérperas sobre atendimento em serviço de pré-natal.	Os resultados sinalizam a necessidade de reorganização da atenção no pré-natal e nascimento, sob a lógica da longitudinalidade do cuidado, tanto nos serviços públicos como privados e de pactuação de ações intersetoriais nos modos de promoção da saúde das mulheres e de fomento à formulação de políticas públicas mais equânimes e positivas na perspectiva da integralidade da atenção.
9	Revista de Enfermagem UERJ. 2011	O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica	Brasil	Quantitativo	Avaliar a assistência pré-natal (PN) recebida por gestantes de Fortaleza-CE.	A análise dos dados mostrou deficiências no acompanhamento odontológico, na realização de exame ginecológico e na inserção de estratégias educativas no PN. Como pontos positivos destacaram-se a imunização antitetânica, realização de exames laboratoriais e número adequado de consultas PN para a idade gestacional. As gestantes relataram barreiras para o acesso ao CSF como: demora na marcação de consultas, escassez de profissionais e insegurança nos CSF.
10	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil de Recife. 2013	Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias.	Brasil	Quantitativo	Caracterizar a assistência pré-natal em Unidades básicas de Saúde envolvendo profissionais e usuárias do município de João Pessoa-PB.	Observou-se boa infraestrutura em maior parte dos serviços; quanto ao processo, identificou-se baixa adesão aos requisitos mínimos do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (39,9%), além de baixo percentual de serviços com atividades de educação em saúde (45,5%) e avaliação interna (47,7%). Para os resultados da assistência, altos percentuais de gestantes com intercorrências clínicas (60,9%), inadequada situação nutricional (56,3% sobrepeso e obesidade) e baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo (58,05 ± 34,19 dias) foram observados.
11	Revista Mineira de Enfermagem. 2012	O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros.	Brasil	Qualitativo	Conhecer as concepções de gestantes e enfermeiros sobre o cuidado pré-natal na atenção básica de saúde.	Os enfermeiros consideram um pré-natal de qualidade aquele com acolhimento, educação em saúde, atenção integral à mulher gestante, número mínimo de seis consultas, referência e contra referência, além de trabalho em equipe. Os entraves encontrados pelos profissionais foram: demora nos resultados dos exames solicitados, ausência de referência e contra referência, carência de recursos materiais, limitação

						dos enfermeiros na solicitação de exames e falta de trabalho em equipe. Na concepção das gestantes, um pré-natal de qualidade é caracterizado por recursos tecnológicos, cuidado integral, acolhimento e assiduidade do enfermeiro. Quanto à satisfação das mulheres com o cuidado de enfermagem na consulta pré-natal, existe insatisfação com a ausência de referência e contra referência e carência de informações. Os profissionais devem trabalhar, além dos aspectos tecnológicos, aspectos humanísticos mediante atenção integral à mulher gestante. A utilização da escuta é um excelente recurso para saber quais as necessidades dessas mulheres e, dessa forma, oferecer-lhes informações e cuidados pertinentes.
12	Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil. 2004	O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento	Brasil	Quantitativo	Contextualizar historicamente a implantação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil	O artigo apresenta o panorama da assistência pré-natal no Brasil no fim da década de 90, discute os princípios da humanização como requisito para a qualidade da atenção, reconstitui o delineamento e lançamento do Programa, bem como comenta aspectos práticos de sua avaliação inicial e desafios para o futuro
13	Revista Brasileira de Enfermagem. 2008	Qualidade da atenção ao pré-natal na Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará	Brasil	Quantitativo	Avaliar a qualidade da atenção ao pré-natal nos territórios da Estratégia Saúde da Família, do município de Sobral, à luz do referencial teórico de Avedis Donabedian.	Dos 14 Centros de Saúde investigados, quatro se mostraram com indicadores adequados para o pré-natal. Porém, ainda que existam inadequações na estrutura física, não existem impedimentos para que se ofereça um atendimento de qualidade haja vista que o processo e os resultados também interferem na qualidade da assistência.
14	Dissertação 2017	Relação do perfil de acompanhamento nas consultas de pré-natal com os desfechos maternos e perinatais	Brasil	Qualitativo	Caracterizar o perfil do acompanhamento nas consultas de pré-natal e a relação com a adesão dos objetivos da atenção pré-natal e os desfechos gestacionais.	As mulheres com presença de acompanhante no pré-natal tiveram mais chances de comparecer as consultas de pré-natal e cumprir os objetivos do pré-natal; entretanto sem mudanças nos resultados maternos e perinatais. No entanto, foi observado um aumento desse acompanhamento no momento processo de parto.

15	Dissertação. 2014	Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva.	Brasil	Qualitativo	Avaliar a influência do sistema, das estratégias e das pessoas na qualidade da atenção pré-natal ofertada a gestantes adolescentes em três Unidades Básicas de Saúde de Pelotas/RS.	Após confrontar os dados coletados com o referencial teórico foram construídas três categorias analíticas: Entraves do sistema de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; Fragilidades nas estratégias de serviços para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; e Limitações dos profissionais de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente. Dentre os principais entraves no sistema de saúde destacam-se: estrutura física inadequada, falta de medicamentos, demora na realização dos exames, desarticulação do sistema de referência e contra referência e burocratização do serviço. Em relação à categoria Fragilidades nas estratégias de serviço, aponta-se a dificuldade na captação precoce da gestante e, conseqüentemente, o início tardio do pré-natal, baixa adesão ao pré-natal e aos grupos de gestantes. Já, como limitações referenciadas pelos profissionais de saúde, assinalam-se a ausência de treinamento e capacitação e a desvalorização do profissional enfermeiro na assistência pré-natal. Na análise do triângulo dos serviços, percebeu-se que, no município do estudo, ainda há um longo caminho a ser percorrido para alcançar a qualidade na atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, pois os três elementos do triângulo (sistema, estratégias e pessoas), que deveriam garantir a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, além de estarem desarticulados, encontravam-se desestruturados e desorganizados.
16	Dissertação 2017	Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante.	Brasil	Qualitativo	Compreender as contribuições do enfermeiro no pré-natal para o incentivo ao empoderamento feminino no processo de parturição natural, sob a ótica da gestante.	Os resultados demonstram o reconhecimento da gestante sob a importância do pré-natal, associando os cuidados desse período com a segurança e tranquilidade durante o parto. As estratégias utilizadas pelos enfermeiros para incentivo do empoderamento caracterizam-se como práticas isoladas e não oferecem o conhecimento suficiente para o preparo do exercício da autonomia feminina.

17	Dissertação 2013	Atenção pré-natal: avaliação da estrutura, processo e resultado na prevenção de risco à saúde da gestante.	Brasil	Qualitativo	Avaliar a assistência pré-natal com base no referencial teórico de Donabedian	Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido.
18	Tese 2015	Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde.	Brasil	Qualitativo	Avaliar a qualidade dos serviços de atenção pré-natal é condição essencial para identificação dos obstáculos existentes nos serviços que prestam assistência à gestante adolescente.	Após confrontar os dados coletados com o referencial teórico foram construídas três categorias analíticas: Entraves do sistema de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; Fragilidades nas estratégias de serviços para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente; e Limitações dos profissionais de saúde para a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente. Dentre os principais entraves no sistema de saúde destacam-se: estrutura física inadequada, falta de medicamentos, demora na realização dos exames, desarticulação do sistema de referência e contra referência e burocratização do serviço. Em relação à categoria Fragilidades nas estratégias de serviço, aponta-se a dificuldade na captação precoce da gestante e, conseqüentemente, o início tardio do pré-natal, baixa adesão ao pré-natal e aos grupos de gestantes. Já, como limitações referenciadas pelos profissionais de saúde, assinalam-se a ausência de treinamento e capacitação e a desvalorização do profissional enfermeiro na assistência pré-natal. Na análise do triângulo dos serviços, percebeu-se que, no município do estudo, ainda há um longo caminho a ser percorrido para alcançar a qualidade na atenção pré-natal preconizada pelo Ministério da Saúde, pois os três elementos do triângulo (sistema, estratégias e pessoas), que deveriam garantir a qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente, além de estarem desarticulados, encontravam-se desestruturados e desorganizados. Almeja-se que os resultados deste estudo possam contribuir para a avaliação dos serviços na perspectiva da qualidade da atenção pré-natal que está sendo desenvolvida pelo sistema público de saúde do município nas UBSs estudadas. Espera-se que os resultados ofereçam subsídios que possibilitem à gestão municipal avaliar a qualidade da atenção pré-natal oferecida à gestante adolescente nos

						serviços e direcionar a formulação de estratégias para a melhoria na qualidade da atenção pré-natal à gestante adolescente.
19	2015	Avaliação do Programa de Pré-Natal e Nascimento no estado de Minas Gerais: 2000 a 2010.	Brasil	Quantitativo	Avaliar e comparar a qualidade da assistência pré-natal entre as Gerências Regionais de Saúde (GRS) no Estado de Minas Gerais a partir da implantação do PHPN.	Após uma década de implantação do SISPRENATAL a ferramenta apresenta baixo impacto quando considerado o seu aspecto assistencial, pois o cumprimento de metas e propostas mostrou-se aquém dos números desejados. A partir dos resultados foi possível verificar a necessidade de uma estruturação do pré-natal em todo o Estado de Minas Gerais no que se refere à ferramenta SISPRENATAL, objetivando a melhora de seus indicadores.

Quadro 1 - Estudos utilizados na revisão integrativa.

Dentre os 19 estudos selecionados, 14 (73,7%) foram publicados em periódicos brasileiros e cinco (26,3%), em estrangeiros. Em relação ao idioma, 14(73,7%) eram em português, quatro (21%), em inglês e um (5,3%), em espanhol. No que se referem aos objetivos propostos pelos estudos, averiguou-se que 16 estudos apresentavam como finalidade analisar as contribuições do PHPN à atenção pré-natal nos serviços públicos de saúde, procurando conhecer a percepção das mulheres sobre a assistência pré-natal e compreender o processo de trabalho no pré-natal, explorando ainda a interação entre os profissionais de saúde e as mulheres no ciclo gravídico puerperal. É importante ressaltar que os estudos realizados no Brasil estão distribuídos nas mais variadas regiões do país (nove realizados na região centro-oeste, três na região Sul, quatro na região Nordeste e três na região Norte). Este achado aponta a preocupação por parte dos pesquisadores brasileiros na promoção de subsídios para reflexão e ações acerca da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal a partir da implantação do PHPN.

Estudos apontam como principais obstáculos prevalentes para o pré-natal de qualidade precária a falta do trabalho em equipe, baixa adesão do PHPN, bem como deficiência nas orientações. Entretanto, existem indícios de melhora na atenção, principalmente após a implantação do PHPN, apesar das dificuldades estruturais e organizacionais nos serviços de saúde que dificultam e até impedem a atenção humanizada (PARADA; TONETE, 2008; MARTINS; ARANTES, 2011; GUERREIRO et al., 2012; SILVA, E.P. et al., 2013).

Em detrimento ao preconizado pelo PHPN, é perceptível ainda que alguns profissionais da saúde mantenham o modelo assistencial biomédico, inclusive, os que receberam capacitação não mudaram o paradigma do cuidado devido à formação profissional básica modelada nos padrões hegemônicos. Os profissionais conservam as ações tecnicistas, cumprindo as rotinas institucionais, deixando que estas se sobreponham as necessidades reais das mulheres, sendo ainda observado que não existe vínculo com as usuárias, e o atendimento finaliza-se no término da consulta (MARTINS, 2011; CABRAL, 2013).

No tocante as barreiras que implicam no pré-natal, estudos permitem inferir que ainda permanecem lacunas que corroboram para a precária qualidade da assistência obstétrica. Dentre elas, destacam-se a demora no resultado dos exames, ausência de referência e contra referência, dificuldade dos enfermeiros em interpretar os exames e identificar fatores de risco na gestação, falta de trabalho em equipe, baixa adesão ao PHPN, deficiência de orientações sobre o trabalho de parto, parto, puerpério, cuidados com o RN e aleitamento materno, baixa adesão à consulta puerperal e a carência de visita domiciliar para resgatar a ausência na consulta puerperal (PEIXOTO et al., 2011; GUERREIRO et al., 2012; OLIVEIRA, 2012; VILARINHO; SILVA, E.P. et al., 2013).

Apesar disso, há indícios de melhora na atenção pré-natal, principalmente após o remodelamento da atenção básica com a implantação da Estratégia de Saúde da Família (ESF) nos municípios. Houve aumento na proporção de gestantes que compareceram ao pré-natal, realizaram exames de laboratório trimestral e o quantitativo mínimo de seis consultas durante todo o pré-natal. O agendamento de consultas e o atendimento prioritário nas intercorrências, igualmente, são destacados como facilitadores para melhoria do cuidado pré-natal (CABRAL; HIRT; VAN DER SAND, 2013).

Esta revisão possibilitou evidenciar que nas contribuições do PHPN para melhoria da assistência pré-natal ainda existem muitos percalços que necessitam ser contornados como o desligamento do modelo biomédico e o engajamento dos profissionais de saúde no cuidado humanizado. Observou-se que há um acordo dos profissionais de saúde quanto à necessidade da implementação total do PHPN e, nesta perspectiva, acredita-se importante despertar novas possibilidades de construção que (re) organizem os serviços e ao mesmo tempo, permitam o diálogo entre os diferentes atores deste cenário pré-natal para que as lacunas existentes em todas as esferas governamentais sejam, de fato, vencidas.

3.2 Histórico das Políticas de Atenção à Saúde da Mulher no Brasil

Até meados da década de 1980, as políticas públicas voltadas para a assistência à saúde da mulher no Brasil eram deficientes, pois abrangiam apenas o aspecto biológico da mulher, enfatizando a função de reprodutora e educadora dos filhos, deixando grande lacuna no que se refere à abordagem ampliada e integral à saúde (BRASIL, 2001; PIO, OLIVEIRA, 2014).

Em 1977, a política vigente calcava-se no Programa Materno-Infantil em que a assistência obstétrica se restringia a prevenção da gestação de alto risco e era caracterizada pelo parto institucionalizado centrado nas práticas médicas, com uso rotineiro de intervenções desnecessárias (CRUZ; CAMINHA, 2014).

A partir da década de 1980 o modelo de saúde começava a receber várias críticas dos movimentos feministas e do movimento que preconizava a reforma sanitária do país, os quais exigiam a adoção de uma política centrada na perspectiva de que o papel da mulher ia muito mais além da função materna (SILVA, 2011).

Para responder as pressões sociais em 1984 foi oficialmente implantado pelo MS, o PAISM, que se configura como um marco histórico pelo qual a saúde da mulher ganhou espaço na agenda política do país, ao incorporar perspectivas como gênero, raça e etnia. A criação do PAISM e sua proposta de integralização da saúde forneceram uma das bases para o desenvolvimento do SUS, pois previa ações de educação, prevenção, diagnóstico, tratamento, recuperação e atenção às especificidades da saúde da mulher que marca o início das mudanças políticas voltadas às mulheres (BRASIL, 2001; 2010).

Como dito anteriormente, a implantação do PAISM influenciou a implementação do SUS, que se baseou nos princípios e diretrizes contidos na legislação que o regulamenta: Constituição de 1988, Lei n.º 8.080 e Lei n.º 8.142, Normas Operacionais Básicas (NOB) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS), editadas pelo MS (BRASIL, 2004). Esta mudança no modelo de assistência foi essencial para estabelecer melhorias centradas nos princípios da equidade e integralidade, ou seja, as mulheres passam a ser contempladas em todas as faixas etárias, ciclos da vida, papéis na sociedade e seus problemas e necessidades de saúde deverão ser considerados (BRASIL, 2010).

No que tange a abordagem obstétrica, o PAISM tinha o objetivo de ampliar a cobertura e concentrar o atendimento do pré-natal igualmente para toda população, melhorando a qualidade da assistência, diminuindo o índice de cesáreas desnecessárias. Este novo olhar para a saúde da mulher foi além da oferta de ações relacionadas apenas ao parto e gravidez, passando também a planejar a implantação e ampliação de outras atividades relacionadas à saúde da mulher, incluindo a valorização da autonomia feminina por meio da educação em saúde (PEREIRA, BENTO, 2011; PIO, OLIVEIRA, 2014).

Durante a década de 1990, o MS rompe com a ideia de um único programa na atenção à saúde da mulher e passou a fragmentá-la em diferentes programas. Com o intuito de melhorar a qualidade da assistência pré-natal e os índices de mortalidade materno-infantil, no ano 2000 instituiu-se o PHPN, trazendo o enfoque da questão para a mulher e abrindo a possibilidade para discussões necessárias a respeito da mudança das condutas implementadas no ciclo gravídico-puerperal, incentivando o atendimento integral e garantindo o direito de escolha da mulher (MALHEIROS et al, 2012).

A humanização do parto é definida pelo MS como um processo que abrange a adequação da estrutura física e equipamentos hospitalares, ampliando-se para a atuação profissional e os direitos das gestantes (BRASIL, 2003). Para Lima et al (2017) humanizar é confiar na fisiologia da gestação, deixar que ocorra naturalmente, também compreende a percepção, a reflexão e o respeito aos diferentes aspectos culturais na atenção às necessidades individuais, psíquicas e emocionais da parturiente e sua família. Humanizar é devolver o protagonismo do parto a mulher, garantindo-lhe o direito de conhecimento e escolha.

Em 2004, foi lançada pelo MS a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) com os objetivos de: 1) promover a melhoria das condições de vida e saúde das mulheres brasileiras, 2) contribuir para redução da morbidade e mortalidade feminina; e 3) ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (BRASIL, 2004). Em consonância às conquistas pelas mulheres na evolução das políticas de atenção à saúde feminina, um importante avanço foi ascendido, também, na área dos direitos

sexuais e reprodutivos em 2005 com a proposta da Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos (BRASIL, 2005).

Reforçando a ideia de humanização à mulher no processo de parturição o PHPN segue os princípios de que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura (BRASIL,2000). A qualidade da atenção à saúde mulher implica dentre outros aspectos, na possibilidade de escolha ou na tomada de decisão. Este fator permite que a mulher participe das decisões que estão ligadas à sua saúde, aumentando sua capacidade de fazer escolhas e sua autonomia (BUSANELLO et al., 2011)

Ainda nos anos 2000, a Organização das Nações Unidas (ONU), convidou a sociedade e o governo a olhar com atenção alguns desafios que o planeta enfrentava e elabora os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM), composto por oito metas a serem atingidas até 2015. Dentre os objetivos, existia a melhora da saúde das gestantes, reduzindo em 75% a taxa de mortalidade dessa população, que foi cumprida parcialmente pelo Brasil, visto que a redução foi de 55%, o que significa que ainda há muito que avançar (BRASIL, 2013).

Não obstante a existência de todos os programas governamentais voltados à saúde da mulher, as ações de saúde se mantiveram fragilizadas na identificação das necessidades no ciclo gravídico-puerperal e no cuidado após o nascimento, o que reflete a falta de planejamento (SODRÉ, MERIGHI, BONADIO, 2012).

De acordo com o cenário apresentado, foi instituída por meio da Portaria nº 1.459 de 2011 a Rede Cegonha, estratégia inovadora do MS que tem como base os princípios norteadores do SUS, garantindo a universalidade, equidade e integralidade da atenção à saúde. Continuamente, a Rede Cegonha deve assegurar as mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e atenção

humanizada a gravidez, parto, puerpério e às crianças, proporcionando o direito ao nascimento seguro e crescimento saudável (BRASIL, 2011).

Dentre os componentes que devem ser garantidos pela Rede Cegonha, o MS destaca a ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, vinculando a gestante à unidade de referência, manter boas práticas de atenção ao parto e nascimento, com incentivo ao parto normal (BRASIL, 2011). Estes componentes devem ser trabalhados durante a assistência pré-natal e espelham o potencial que esta política busca no atendimento à saúde da mulher. Ampliando a proteção das mulheres durante a gestação pode ser considerada o maior desafio brasileiro entre as ODM e possui relação direta com a qualidade da assistência prestada, que se caracteriza como um grande determinante dos indicadores de saúde materno-infantil pois possui o potencial de reduzir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (BRASIL, 2013).

Para Cavalcanti, Junior, Vasconcelos et al (2013) o Brasil necessita melhorar a qualidade do pré-natal e, principalmente das ações de educação em saúde, permitindo o acesso ao pré-natal aos exames necessários e favorecendo o conhecimento prévio da gestante ao local do parto. O pré-natal corresponde a uma série de procedimentos que trazem por finalidade acolher a gestante e a família de maneira humanizada e qualificada, assegurando o desenvolvimento da gestação, permitindo assim, um parto saudável, que aborde aspectos psicossociais juntamente com atividades educativas e preventivas (OLIVEIRA, FONSECA, CARVALHÃES, 2013).

Na perspectiva apresentada acima, acredita-se que uma atenção ao pré-natal de qualidade e humanizada é imprescindível para a saúde materna e neonatal, e precisa incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento com caráter acessível às usuárias dos serviços de saúde de qualidade, que integrem todos os níveis da atenção.

3.3 Atenção Básica em Saúde no Pré-Natal: Histórico e Perspectivas

A atenção ao pré-natal surgiu na França, no início do século XX. Os médicos obstetras Adolphe Pinard e Pierre Budin, juntos com seu mestre Stéphane Tarnier, compartilharam os créditos da introdução do pré-natal ao

mundo moderno. Pinard foi o pioneiro da atenção pré-natal e seu companheiro Budin, o precursor da neonatologia (SOUZA, 2011). Pinard deixou importantes contribuições para a obstetrícia moderna, dentre elas o tratado sobre a palpação abdominal aplicada à obstetrícia, o controle da hemorragia pós-parto e inventou também o estetoscópio obstétrico simples, que mantém seu nome até os dias atuais (DUNN, 2006).

Entretanto, sua maior contribuição à obstetrícia foi à defesa a atenção pré-natal a díade mãe-bebê. Sua preocupação em ajudar mulheres grávidas carentes colaborou ao reconhecimento do valor da assistência à mãe e ao bebê antes e após o nascimento. Em 1892, com auxílio de Madame Bequet, parteira francesa, Pinard funda um albergue para mulheres grávidas desprovidas de recursos financeiros. Após três anos pesquisando, Pinard foi capaz de demonstrar que mães que haviam sido cuidadas no albergue pariram bebês saudáveis. Esta abordagem de pré-natal defendia a não separação da mãe e do bebê e estimulava a amamentação, além de permitir a descoberta precoce das complicações da gravidez (DUNN, 2006).

No final do século XX, a atenção à mulher passou a fazer parte das políticas públicas de saúde do Brasil com a implantação do PAISM, que visava o atendimento mais acolhedor a partir de uma ótica de assistência à saúde da mulher sob uma perspectiva de integralidade e humanização (SANFELICE, 2014).

No Brasil, a atenção à saúde das mulheres obteve diversas conquistas históricas que foram alcançadas no sentido da assistência materno-infantil de forma holística. Como abordado no capítulo anterior, nos últimos anos foram criadas e implantadas políticas e programas com a finalidade de diminuir a morbimortalidade materna infantil e melhorar a assistência, conforme a orientação da ONU (ONU, 2001; BITTENCOURT, 2012).

No que tange à assistência às gestantes, o MS lançou nos anos 2000 o PHPN, que possuía estreita relação com o PAISM, pois trazia o objetivo de humanizar o atendimento pré-natal, reduzir as taxas de morbimortalidade materna, ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecendo normas para qualificar as consultas de pré-natal, promovendo assim, um vínculo entre a assistência

ambulatorial e parto, além de indicar os procedimentos que deverão ser realizados dentro do atendimento pré-natal (BRASIL, 2002; ARAUJO et al, 2010).

O pré-natal interfere diretamente na redução das taxas de mortalidade materna, interferindo também na diminuição das intercorrências e prejuízos na saúde da puérpera e do recém-nascido (SOUZA, 2013). Reduzir a mortalidade materna é o quinto objetivo da ODM sendo que a meta consistia em reduzir entre 1990 e 2015, atingindo 35 óbitos maternos por grupo de 100 mil nascidos vivos (BRASIL, 2012). No entanto, em 2013, cerca de 289.000 mulheres morreram no mundo decorrente das complicações da gravidez e do parto. Ademais, 99% desses óbitos ocorreram em países com renda baixa e média (WHO, 2014). Importante salientar que a referida mortalidade vem decrescendo nos últimos anos, mas em quantidades insuficientes para atingir a meta: no período de 1990 a 2011, houve uma queda média de 3,7% ao ano (SZWARCOWALD, 2014).

Ainda dados do MS apontam que a mortalidade materna por causas diretas¹ diminuiu 56% no período de 1990 a 2007, enquanto que por causas indiretas aumentou 33%, no período de 1990 a 2000 e esse aumento seguiu de modo contínuo, e em 2010, dos 2.861.868 nascidos vivos em todo o Brasil, 60% das mães tiveram sete ou mais consultas de pré-natal. De um modo geral houve avanços na atenção à saúde das gestantes, mas deve-se destacar que esse indicador oculta diferenças inter-regionais importantes no Brasil. Em 2010 a Região Sul, por exemplo, apresentou 75,3% dos nascidos vivos com sete ou mais consultas de pré-natal; a Região Sudeste, 72,7%; a Região Centro-Oeste, 67,2; a Região Nordeste, 45,3%; e na Região Norte essa proporção foi de 36,8% (FIOCRUZ, 2012).

¹ Morte Materna Obstétrica Direta é aquela que ocorre por complicações obstétricas durante gravidez, parto ou puerpério devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas. Morte Materna Obstétrica Indireta é aquela resultante de doenças que existiam antes da gestação ou que se desenvolveram durante esse período, não provocadas por causas obstétricas diretas, mas agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez (BRASIL, 2002).

De acordo com o MS, a atenção pré-natal deve ser proporcionada desde a descoberta da gravidez para o nascimento de uma criança saudável com garantia de bem-estar materno e neonatal. Para tanto, a atenção pré-natal qualificada e humanizada precisa seguir parâmetros, como: realização da primeira consulta até 120 dias de gestação; finalizar o pré-natal com no mínimo seis consultas, sendo uma no primeiro, duas no segundo e três no terceiro trimestre de gestação; escutar e esclarecer dúvidas da mulher e seus acompanhantes; realizar atividades educativas individuais ou em grupo; estimular o parto normal; realizar anamnese e exame clínico-obstétrico na gestante; realizar o pedido de exames laboratoriais; atentar para a imunização antitetânica; avaliar o estado nutricional da gestante e prevenir ou tratar algum distúrbio; diagnosticar e prevenir o câncer de colo uterino e mamas; tratar intercorrências da gestação; classificar e detectar se a gestante apresenta algum risco na primeira consulta e nas consultas subsequentes; garantir vínculo e acesso à unidade de referência; realizar o registro no prontuário e cartão da gestante; incentivar a mulher e o recém-nascido a retornarem à unidade na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (BRASIL, 2012).

Acredita-se que a atenção pré-natal é o primeiro passo para uma assistência humanizada, de qualidade e início do processo de nascer saudável, pois abrange um conjunto de ações e cuidados que se utilizados adequadamente previnem as complicações e diminuem os riscos, permitindo que mãe e filho vivenciem a gestação, o parto e puerpério com segurança e tranquilidade.

Para Ferreira et al. (2014) o comparecimento regular das gestantes às consultas de pré-natal contribui para uma assistência materno-infantil efetiva, pois, o atendimento de qualidade pode prevenir as intercorrências maternas e perinatais e favorecer o cuidado adequado e salutar para o trabalho de parto.

Estudos demonstram a efetividade de diversas práticas realizadas rotineiramente na assistência pré-natal para prevenção da morbimortalidade materna e perinatal, dentre elas: diagnóstico e tratamento da hipertensão arterial, anemia, sífilis, infecção urinária, suplementação de sulfato ferroso e a vacinação antitetânica. É visto que os benefícios da assistência por meio da realização de maior número de consultas geram desfechos mais favoráveis

(ARAÚJO et al, 2010; DOMINGUES et al, 2012; VIELLAS et al, 2014; BRASIL, 2012, 2016).

Domingues et al. (2015) referem que a maior ferramenta para minimizar mortalidade materna é o acompanhamento pré-natal que deve ser iniciado no primeiro trimestre gestacional com o propósito de identificar precocemente intercorrências obstétricas e doenças infecciosas, tais como: transmissão vertical da sífilis e do HIV, gestação ectópica, anemia, história de Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus.

O estudo de Viellas et al. (2014) identificou que, no Brasil, 75,8% das mulheres iniciaram precocemente o pré-natal e 73,1% compareceram às seis consultas, conforme preconização do MS e OMS.

O MS preconiza que a gestante faça o pré-natal com o cartão da gestante observando e seguindo todas as recomendações dos profissionais de saúde, realizar todos os exames solicitados, ter adesão à terapia medicamentosa e efetuar os cuidados orientados (BRASIL, 2016).

Dentre os exames laboratoriais solicitados, estão aqueles que visam investigar a presença das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) durante a gravidez (WHO, 2012; OPAS, 2014). O cenário epidemiológico da sífilis e HIV é preocupante devido à elevada taxa da transmissão vertical (DOMINGUES et al., 2015). Para Viella (2014), algumas falhas na assistência pré-natal quanto a estes exames têm sido observadas relacionadas a não entrega dos resultados dos exames de sífilis e HIV no prazo de 15 dias, conforme preconização do MS.

É notória a importância da realização de ações educativas de forma individual e/ou grupal nas consultas de pré-natal. Tais ações tem a finalidade de explicar sobre o processo gravídico para a gestante e o acompanhante, abordando quanto as suas preocupações, realização de exercícios para facilitar o processo do trabalho de parto e nascimento, e assim, estimular a criação do vínculo família e bebê (BRASIL, 2012).

É essencial que durante a assistência de pré-natal haja orientações acerca dos sinais de trabalho de parto pois algumas gestantes temem o trabalho de parto, a dor, o toque vaginal, além da insegurança em relação ao ambiente

hospitalar e cirúrgico que são totalmente fora do seu contexto diário (SANTOS, 2015). Assim, o MS expõe a necessidade de prestar assistência integral que envolva os aspectos psicoafetivos da gestação incluídos ativamente no pré-natal, buscando a inserção da família neste contexto para que possa auxiliar nas ações de prevenção e promoção da saúde direcionada a mulher e ao bebê (BRASIL, 2012).

Logo, torna-se válido enfatizar a importância da escuta ativa e do comprometimento de profissionais com as demandas de saúde das mulheres grávidas, trazendo respostas as necessidades das usuárias, considerando que a atenção integral é relevante para a resolutividade da atenção pré-natal (BRASIL, 2001). A preparação da gestante para vivenciar o processo de parturição e nascimento é fundamental para a humanização do parto e deve ser iniciado precocemente no pré-natal. Aos profissionais de saúde compete considerar neste processo, os desejos e valores da mulher bem como adotar abordagem acolhedora para a gestante e sua família com postura sensível, ética, respeitando-a e eliminando violências verbais tanto como não verbais, (BRASIL, 2001; CAVALCANTI, JUNIOR, VACONCELOS et al, 2013).

Para tanto, requer sensibilidade e motivação por parte dos profissionais de saúde, abrangendo a incorporação de um conjunto de cuidados, medidas e atividades com objetivo de ofertar à mulher a possibilidade de vivenciar a gestação, o trabalho de parto e o parto como processo fisiológico, tendo a gestante como protagonista deste evento. (BRASIL, 2001).

Assim, observa-se que com o passar do tempo, as políticas de saúde ocasionaram modificações em relação ao ciclo de parturição, entretanto ainda existem lacunas no que diz respeito à participação e a tomada de decisão da mulher neste período. Igualmente é necessária uma assistência pré-natal baseada nas práticas e ações que visem resgatar o protagonismo e a voz ativa da mulher durante o ciclo gravídico-puerperal.

3.4 Ações dos profissionais de saúde na Atenção Básica relacionadas ao pré-natal

Em 1991 o MS com a intenção de reduzir a mortalidade materna e infantil nas áreas mais pobres e desprotegidas do país, formulou o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) especialmente para as Regiões do Norte e Nordeste. A partir desta experiência o MS reforçou a importância do PACS na ampliação da cobertura dos serviços de saúde e, nesse momento, o foco deixava de ser o indivíduo e as ações programáticas de saúde, passando, então, a focar a família, dando início ao PSF (BRASIL, 2001a; ROSA; LABOTE, 2005).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída a partir da Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011, define a Atenção Básica (AB) como um conjunto de ações de saúde, de âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, tem como objetivo desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. É desenvolvida por meio do exercício de práticas de cuidado, gestão democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2012).

A PNAB apresenta como fundamentos e diretrizes um território restrito; acesso universal e contínuo aos serviços de saúde com qualidade e resolutividade; vínculo com o usuário; responsabilização entre as equipes de saúde e a população; integralidade do cuidado; e estímulo à participação do usuário como forma de ampliar sua autonomia na construção do cuidado à saúde das pessoas e da coletividade (SILVA, 2014).

A proposta de mudança no modo de se fazer e se praticar o cuidado em saúde tem sido debatida no sentido de que os profissionais de saúde passem a trabalhar com o foco no sujeito, considerando suas necessidades e singularidades dentro do contexto sociocultural em que o indivíduo está inserido,

buscando desta forma produzir uma atenção integral, humanizada e de qualidade (SOUZA; BOTAZZO, 2013).

Vista sob esta perspectiva, a ESF é considerada a principal estratégia para a reorganização do modelo de assistência na AB do país. É neste sentido que foi apresentada como uma nova forma de cuidar da saúde das pessoas, trazendo a família e o seu contexto social como centro principal da atenção (SARTI et al., 2012).

O trabalho em equipe é avaliado como essencial para o funcionamento apropriado do processo de trabalho na ESF. Para a reorganização do modelo de assistência é necessário que os profissionais de saúde construam uma prática interdisciplinar, na qual o diálogo permita a aproximação entre os pares. (KELL; SHIMIZU, 2010).

Dentre as práticas de atenção que os profissionais da ESF desenvolvem nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) junto as gestantes, a educação em saúde é considerada espaço privilegiado para encontro de subjetividades e atividade fundamental a ser desenvolvida na atenção pré-natal, pois, quando as ações são voltadas para as singularidades e reais necessidades das gestantes contribuem na transformação da realidade. As ações poderão ser realizadas nos grupos de gestantes, no entanto terão maior efetividade se trabalhadas também no decorrer das consultas de pré-natal (RIOS; VIEIRA, 2007).

O estudo com 238 gestantes que realizaram pré-natal em 44 UBS do Município de João Pessoa/PB, no período de 2010/2011, identificou que a maioria dos serviços apresentava uma boa infraestrutura, no entanto, existia uma baixa adesão ao PHPN, além de baixo percentual (45,5%) de atividades de educação em saúde. Foram observados também altos percentuais de gestantes com intercorrências clínicas (60,9%), na avaliação nutricional 56,3% apresentavam sobrepeso e obesidade e existia baixa prevalência de aleitamento materno exclusivo (SILVA, E.P. et al., 2013).

O estudo realizado com 310 gestantes dos 12 centros de saúde da família (CSF) de Fortaleza/CE observou que 57,4% das gestantes não receberam qualquer tipo de orientação sobre o parto, puerpério, cuidados com o recém-

nascido e amamentação, apresentando o fator agravante de que 44,2% eram primigestas e, por estarem vivenciando este momento pela primeira vez, necessitavam ainda mais de orientação (PEIXOTO et al., 2011).

A atenção pré-natal teve melhorias nos últimos anos, no entanto, ainda há muito a fazer para que o PHPN consolide suas propostas de atenção à saúde. É imprescindível que aconteça uma reestruturação dos serviços de saúde com a adequação da área física, aquisição de materiais e equipamentos e, ao mesmo tempo, torna-se necessário que ocorra uma transformação nas atitudes dos indivíduos (profissionais e usuários) envolvidos neste processo. Os profissionais de saúde necessitam estar dispostos a acolher a gestante, respeitando os significados deste momento tão peculiar; em contrapartida, as mulheres também necessitam se transformarem sujeitos ativos no seu processo de gestar e parir (SEIBERT; GOMES; VARGENS, 2008).

As evidências científicas apontam a necessidade de combater o descompasso que existe entre o discurso e prática no cotidiano da atenção pré-natal. Nesse sentido, torna-se imprescindível melhorar a capacidade técnica e conscientizar as equipes de saúde sobre a necessidade de aperfeiçoar o processo de comunicação, para que a educação em saúde se efetive na prática do cuidado pré-natal. Um pré-natal qualificado exige a participação e o comprometimento de uma equipe integrada que compreenda a importância da educação em saúde para a promoção do autocuidado (SILVA et al., 2013).

4 REFERENCIAL TEÓRICO – TEORIA DA INTERVENÇÃO PRÁXICA DA ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA

O presente estudo utilizará como referencial teórico a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva – TIPESC, proposta por Emiko Yoshikawa Egry no ano de 1996.

A TIPESC é uma teoria de enfermagem que se ancora na visão materialista, histórica e dialética e busca a intervenção de Enfermagem por meio de métodos dinâmicos e participativos. Trata-se de uma forma de sistematização dinâmica que capta e interpreta um fenômeno articulado aos processos de produção e reprodução social no que refere a saúde-doença dentro da coletividade no limite de sua conjuntura e estrutura, por meio do contexto histórico e social determinado, no qual se intervém na realidade e se prossegue reinterpretando a realidade objetiva para, novamente, interpor na no instrumento de intervenção (EGRY, 2008).

De acordo com Silva e Almeida (2000), Egry critica a produção teórica no Brasil embasando-se no fato de que as bases teóricas da enfermagem brasileira apresentam três questões principais: uso de modelos alienígenas sem adequação à realidade brasileira, não articulação da teoria com o processo de trabalho e a não emergência da teoria da problematização social; sendo, a primeira teórica de enfermagem no país voltada ao campo da saúde coletiva.

A TIPESC é adotada como uma teoria e método na Enfermagem em Saúde Coletiva que visa intervir no processo de saúde-doença da coletividade, o qual é entendido como sendo socialmente determinado, ou seja, a maneira como cada sociedade organiza-se em prol de sua existência faz com que está se divida em grandes conjuntos (classes sociais) que, em decorrência da forma como se inserem no processo de produção da sociedade determinam sua reprodução social. No presente estudo a TIPESC será utilizada apenas como arcabouço teórico para discussão dos resultados (EGRY, 2008).

De acordo com Egrý (2008, pg. 109), para o desenvolvimento da TIPESC, cinco fases são importantes de serem percorridas, mesmo que haja simultaneidade algumas vezes em duas fases, sendo elas:

- Captação da realidade;
- Interpretação da realidade objetiva (busca das contradições dialéticas da realidade objetiva);
- Planejamento da intervenção na realidade objetiva (no qual se estabelecem as prioridades, de acordo com as vulnerabilidades de espaço, conteúdo e forma);
- Intervenção na realidade objetiva (quando se coloca em ação o que foi planejado para a superação das contradições dialéticas da realidade objetiva);
- Reinterpretação da realidade objetiva (etapa em que se avaliam processos e produtos, buscando a explicitação das contradições dialéticas advindas da execução de cada uma das fases anteriores).

Para Perna e Chaves (2008), a TIPESC se insere no rol dos instrumentos teórico-metodológicos que podem possibilitar ao trabalhador de saúde o exercício de uma crítica preocupada não somente com a pesquisa, mas com a mudança do atual modo de organização social, uma vez que orienta a Enfermagem para a análise do real, para a intervenção concreta, para uma práxis sanitária, por meio da articulação das três dimensões do fenômeno como forma de compreensão da 'realidade objetiva', de modo a perceber identidades e contradições, e assim aproximar o profissional criticamente da realidade.

Ainda, coerentemente com o entendimento materialista histórico-dialético, a TIPESC busca compreender e explicar os objetos de sua intervenção, pois entende que a intervenção (assistência) não é apenas para melhorar o que existe (serviços, organizações, políticas, entre outros), mas para superar as condições (concretas, materiais) que tornam possível o sofrimento humano na escala em que este se apresenta; propondo trabalhar com as questões de gênero, cultura, subjetividade etc, mas reconhecendo que as manifestações culturais não se

explicam por si mesmas (culturalismo), mas sim pelas relações que os seres humanos estabelecem entre si para a produção material da vida, assim gerando formas culturais diversas (PERNA; CHAVES, 2008).

Conforme Silva e Almeida (2000), por ser uma prática que se realiza no âmbito social, inserida, portanto, na lógica do capitalismo, a enfermagem tende a reproduzir o que lhe é mais peculiar, como as relações contraditórias no contexto de luta de classe social (latente ou expressa) e a mais valia.

Dessa forma, a metodologia de assistência em enfermagem dentro da concepção materialista histórica e dialética pressupõe que a enfermagem e a própria assistência não se caracterizam como meros objetos das transformações sociais, mas que elas serão também as que irão transformá-la, uma vez que, ao mesmo tempo em que as transformações da sociedade impõe mudanças na prática, levam à mudanças sociais (EGRY, 1996).

Para Egrý (1996), a compreensão da realidade objetiva implica o conhecimento da realidade em si, consiste em entender que esta existe independentemente e fora da consciência humana, em três dimensões:

- A dimensão estrutural, formada pelas relações econômicas, sociais e político-ideológicas derivadas dos processos de desenvolvimento da capacidade produtiva e das relações de produção de uma sociedade em um determinado período histórico;

- A dimensão particular, formada pelos processos de reprodução social (produção/consumo) expressos nos perfis epidemiológicos indicativos do processo saúde-doença vivido pelas distintas classes sociais;

- A dimensão singular, formada pela expressão do processo saúde-doença de cada indivíduo, em sua classe social, e no qual o desgaste físico e psíquico (doenças, agravos, entre outros) ocorre em suas especificidades, no entanto, sempre determinados pelo tipo de inserção do sujeito na produção. (EGRY, 1996, p.84-85).

Portanto, a intervenção no processo saúde/doença vai muito além da assistência possível de ser prestada no setor de saúde, as políticas adotadas pelos Estados são definidoras de como o indivíduo viverá, adoecerá e morrerá em uma determinada realidade, demonstrando que, para se conseguir

mudanças efetivas na saúde, se faz necessário mudanças na sociedade que venham a atingir a lógica da produção/apropriação dos bens e riquezas (PERNA; CHAVES, 2008).

5 METODOLOGIA

5.1 Caracterização da pesquisa

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo. A abordagem qualitativa permite a existência da relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, sendo um recorte da realidade que não pode ser quantificado, ou seja, trabalha com significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (MINAYO, 2014).

O método qualitativo é o que se aplica ao estudo da história, das relações, das representações, das crenças, das percepções e das opiniões, produto das interpretações que os humanos fazem a respeito de como vivem, constroem seus artefatos e a si mesmos, sentem e pensam (MINAYO, 2014).

Estudos descritivos buscam descrever as condições de (re) produção das políticas públicas. Conforme Michel (2009), a pesquisa descritiva se propõe a verificar e explicar problemas, fatos ou fenômenos da vida real, com a precisão possível, observando e fazendo relações, conexões, à luz da influência que o ambiente exerce sobre eles. Não interfere no ambiente; seu objetivo é explicar os fenômenos, relacionando-os com o ambiente (MICHEL, 2009, p.44).

5.2 Cenário do estudo

O presente estudo foi realizado no município de Pelotas- Rio Grande do Sul – Brasil. O Município de Pelotas é importante pólo regional de saúde que se encontra no modelo de Gestão Plena desde 1º de agosto de 2000. Mais de 22 municípios do sul do estado utilizam-se dos serviços de alta complexidade, os quais são oferecidos nas áreas hospitalares, incluindo cirurgias, diagnósticos por imagem e de análises clínicas. Para o cumprimento de suas funções dentro do sistema regional, o Sistema de Saúde de Pelotas conta hoje com estrutura própria, serviços de saúde em parceria com as universidades e prestadores privados que compõem todos os níveis de atenção, fazendo de Pelotas um sistema importante nos indicadores de saúde locais, regionais e estaduais (PELOTAS, 2014).

O sistema de saúde conta com seis hospitais e um pronto-socorro em nível terciário. No nível secundário há três ambulatórios de especialidades em

clínica médica, clínica cirúrgica, ginecologia e obstetrícia, pediatria, saúde mental, sendo um da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e o outro da Universidade Católica de Pelotas (UCPEL); um Centro de Especialidades Municipal; um Setor da Secretaria de Saúde Municipal responsável pelo atendimento de Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. A atenção básica tem a função de porta de entrada do sistema. Fazem parte da rede de atenção 51 UBS; 13 localizam-se na área rural e 38 na zona urbana. A Estratégia de Saúde da Família encontra-se instalada em 25 UBS, totalizando 45 equipes de ESF, com uma cobertura de 55% da população (BRASIL, 2014).

No que tange a atenção à mulher no ciclo gravídico, o município possui o Programa Mãe Pelotense, que tem como objetivo garantir uma rede de atenção qualificada, humanizada e resolutiva à mulher, além de realizar a identificação e captação precoce das gestantes, garantir o acesso e acolhimento dentro dos serviços de saúde do município, promover o vínculo entre gestante e serviços de saúde, fortalecer serviços de referência e contra referência, garantir o direito ao planejamento reprodutivo, assegurar ações de imunoprevenção, reduzir as mortalidades materna e neonatal, diminuir o número de partos prematuros no município, assegurar atenção a mulher e ao recém-nascido na primeira semana pós-parto e ao bebê até os 24 meses de vida e prover o acesso, acolhimento e assistência à criança de zero a dois anos de idade.

Optou-se por realizar este estudo nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs) da zona urbana de Pelotas que compõe a Rede Bem Cuidar que tem por objetivo estabelecer um novo padrão de atendimento aos pacientes por meio da integração dos usuários com os servidores da saúde na definição das prioridades e na forma humanizada de cuidado, com promoção da prevenção e do bem-estar. A Rede Bem Cuidar foi inaugurada em 2015, com o objetivo de realizar serviços de saúde desenvolvidos juntos com a comunidade. A UBS Bom Jesus foi a primeira unidade da Rede, seguida pela UBS Simões Lopes, Guabiroba e Sanga Funda. A Rede Bem Cuidar é fruto da parceria entre a Prefeitura de Pelotas e o Programa Juntos pelo Desenvolvimento, liderado pela Comunitas, uma organização da sociedade civil, que tem como objetivo estimular o engajamento de múltiplos setores. Em parceria técnica com a agência de design Tellus, a Rede Bem Cuidar incorporou um processo de motivação que envolveu

representantes locais, funcionários da UBS, membros da comunidade e da gestão municipal. Dentre os objetivos da Rede Bem Cuidar, destacam-se a reestruturação física das UBS e o aumento de equipes ESF.

Fizeram parte do estudo as seguintes unidades: Bom Jesus, Cohab Guabiroba, Sanga Funda e Simões Lopes.

5.3 Participantes do estudo

Participaram deste estudo 21 profissionais de nível superior, atuantes na atenção básica e que realizam consultas de pré-natal. Desde 21 profissionais, 11 são enfermeiros e 10 médicos.

A pesquisa qualitativa permite que o número de participantes não seja quantificado previamente, pois se almeja aprender com o universo subjetivo contido nos relatos dos entrevistados (MINAYO, 2010). Para encerramento da coleta de dados utilizou-se a saturação dos dados definida por Strauss; Corbin (2008) como o momento, durante a análise, em que não há mais novas propriedades e dimensões provenientes dos dados.

Participaram deste estudo profissionais que se adequaram aos seguintes critérios de inclusão: profissionais de nível superior que realizam consultas de pré-natal; que consentiram com o estudo e concordaram com a divulgação e publicação dos resultados em meios acadêmicos e científicos e permitiram o uso de gravador durante as entrevistas. Foram excluídos do estudo profissionais que se encontravam afastados por férias, licenças ou atestados médicos e que atuassem a menos de seis meses na UBS.

5.4 Princípios éticos

Os princípios éticos que nortearam esta pesquisa estão pautados na Resolução nº 466/2012² do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde, que dispõem sobre Pesquisas com seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (2017), que no Capítulo III fala a respeito dos deveres nos artigos 89, 90 e 91 e das proibições nos artigos 94 e 98³.

² Resolução nº 466/2012: Resolução que tem como objetivo aprovar diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Esta resolução incorpora sob ótica do indivíduo e das coletividades os quatro referenciais básicos da bioética: autonomia, não maleficência, beneficência e justiça entre os outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito à comunidade científica, aos sujeitos da pesquisa e ao Estado (BRASIL,2012).

³ Capítulo III (dos deveres): Art. 89. Atender as normas vigentes para a pesquisa envolvendo seres humanos, segundo a especificidade da investigação, Art. 90. Interromper a pesquisa na

Aos participantes do estudo foi assegurado o conhecimento dos objetivos do estudo, o anonimato, o direito à desistência durante o processo de investigação e o acesso aos resultados da pesquisa.

O estudo não desencadeou riscos físicos, pois não foi realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. No entanto, poderia desencadear desconfortos durante a entrevista os quais foram minimizados, uma vez que as perguntas poderiam ou não ser respondidas na sua totalidade. Também foi garantida a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para os participantes.

Os benefícios para os envolvidos no estudo foram a troca de conhecimentos e de informações entre os participantes e pesquisadoras.

Com o intuito de preservar o anonimato dos profissionais e das UBSs foi utilizado a letra “E” para os enfermeiros, a letra “M” para os médicos e “UBS” para as Unidades Básicas de Saúde, acrescida a ordem numérica da entrevista, exemplo: E-1, E-2, M-1, M-2, UBS-1. UBS-2.

5.5 Procedimentos para coleta de dados

Este item objetiva caracterizar as etapas da pesquisa, apresentando a logística da coleta de dados, a inserção da pesquisadora no campo, a realização das entrevistas, até a organização dos dados para análise.

O projeto desta pesquisa foi entregue a Secretaria Municipal de Saúde para liberação da Carta de anuência (APÊNDICE A). Com a liberação carta de anuência pela secretaria, o projeto de pesquisa foi submetido *online* a Plataforma Brasil, com o propósito de ser avaliado por um Comitê de Ética em Pesquisa (CEP). O projeto foi avaliado pelo CEP da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas e aprovado por meio de Parecer Consubstanciado número 2.666.553 e CAAE número 89944918.1.0000.5317 (ANEXO A).

presença de qualquer perigo à vida e a integridade da pessoa, Art. 91. Respeitar os princípios da honestidade e fidedignidade, bem como os direitos autorais no processo de pesquisa, especialmente na divulgação dos seus resultados. Capítulo III (das proibições): Art. 94. Realizar ou participar de atividades de ensino e pesquisa, em que o direito inalienável da pessoa, família ou coletividade seja desrespeitado ou ofereça qualquer tipo de risco ou danos aos envolvidos, Art. 96 Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa, família ou coletividade Art. 98. Publicar trabalho com elementos que identifiquem o sujeito participante do estudo sem sua autorização (COFEN,2017).

Após liberação do CEP a autora do estudo deu início a coleta dos dados que foi realizada nos meses de julho e agosto de 2018.

5.6 Trajetória da coleta de dados

O estudo foi realizado em quatro Unidades Básicas de Saúde (UBSs) do município de Pelotas/RS vinculadas a Rede Bem Cuidar. O deslocamento durante a etapa da coleta de dados foi realizado por meio transporte público e as passagens foram custeadas pela pesquisadora. A coleta de dados foi realizada pela pesquisadora responsável pelo projeto.

Optou-se por iniciar a coleta de dados pela UBS1, por ser o bairro mais próximo a residência da pesquisadora. No primeiro dia escolhido para a coleta, pelo período da manhã a pesquisadora realizou o primeiro contato com UBS, apresentou-se a recepcionista e foi orientada a conversar com uma das enfermeiras. Ao adentrar na UBS, a sala de espera encontrava-se cheia, com vários usuários aguardando procedimentos, o que acabou gerando certo desconforto, pois, quando a enfermeira me recebeu, alguns pacientes que aguardavam na sala de espera ficaram com a impressão de que eu haveria passado na frente por algum motivo interno. De chegada, notei certa estranheza da equipe com minha presença UBS, gerando cochichos entre os profissionais. Ao conversar com a Enfermeira que se mostrou disponível em me receber e saber sobre a pesquisa, a mesma relata que os ânimos da UBS “estavam estremecidos” (sic) devido à recente repercussão da fraude aos exames citopatológicos na cidade de Pelotas⁴. Devido a este fato, a Enfermeira sugere que eu deixe uma cópia do TCLE para que ela leia aos colegas, e que se retorne na próxima semana, com contato prévio via telefone.

Este primeiro contato com UBS causou um sentimento de frustração na pesquisadora, uma vez que a mesma estava tomada pela empolgação de iniciar a coleta de dados. Após a saída da UBS, comecei a elaborar em estratégias para criar vínculo com os profissionais da UBS1. Como sugerido pela Enfermeira da

⁴ Ministério Público- RS vai investigar fraudes em exames de câncer em Pelotas (RS): O MP-RS (Ministério Público do Rio Grande do Sul) irá investigar supostas fraudes em exames de papanicolau em Pelotas, no Rio Grande do Sul. A denúncia, que foi encaminhada ao órgão na quinta-feira (11) à noite, se tornou um inquérito civil público. A responsável pelo caso é a promotora Ângela Rotundo. De acordo com a assessoria de imprensa do MP-RS, as informações ainda são preliminares, mas o inquérito foi aberto para “recolher informações e investigar a questão”. Fonte: <https://noticias.r7.com/saude/mp-rs-vai-investigar-fraudes-em-exames-de-cancer-em-pelotas-rs-18072018>

UBS1, no dia acordado realizei contato via telefone, a mesma profissional que me recebeu no encontro anterior atendeu o telefone e solicitou que eu retornasse a UBS no dia seguinte no período da manhã para realizar as entrevistas. No dia seguinte quando entrei na UBS e ainda senti um clima de resistência e desconfiança por parte dos profissionais, manifestado por questionamentos sobre a minha formação, se eu não fazia parte de algum veículo da mídia local ou se a pesquisa não teria sido encomendada pela Secretaria de Saúde. Como citado anteriormente, após a frustração do primeiro contato, foram traçadas algumas estratégias para criação de vínculo, uma delas foi levar às UBSs o atestado de minha matrícula no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Enfermagem da UFPel na tentativa de tranquilizar os futuros participantes da pesquisa. Notei que após apresentar o comprovante de matrícula os profissionais sentiram-se mais confortáveis e confiantes e propuseram-se a participar do estudo.

A UBS1 possui quatro equipes ESF, desta equipe, quatro enfermeiros e quatro médicos foram incluídos no estudo por estarem de acordo com os critérios de inclusão propostos para este estudo. A coleta dos dados iniciou com a Enfermeira que realizou o acolhimento da pesquisadora no primeiro dia, e senti que a entrevista semiestruturada gravada transcorreu num clima bem ameno. Essa mesma profissional também encorajou os demais profissionais a participarem do estudo e observei que isso aconteceu por efeito cascata, na medida em que um participava e demonstrava que não havia nada de pessoal ou de constrangedor na pesquisa e que a pesquisadora se comprometia com o anonimato dos participantes.

A segunda participante iniciou a entrevista com um pedido de desculpas pela desconfiança gerada na primeira visita da pesquisadora. As demais entrevistas transcorreram como o esperado, sem particularidades, ressaltando que todos os profissionais entrevistados me pediram desculpa pela desconfiança que demonstraram na minha chegada à UBS.

Todas as entrevistas ocorreram na sala de almoxarifado da unidade, pois era o único lugar disponível para realização das entrevistas de forma privada, a primeira tentativa de local foi a sala de vacinas da UBS, depois foi tentado a sala de curativos e depois a de triagem, mas devido as inúmeras interrupções na primeira entrevista, a Enfermeira indicou a sala de almoxarifado por ser mais

privativa e atender a recomendação da Resolução 466/12 quanto a privacidade do participante no momento da entrevista.

A UBS2 possui três equipes ESF, entretanto uma das enfermeiras estava de férias, sendo então excluída do estudo. Foram entrevistados nesta UBS duas enfermeiras e três médicos. A recepção foi completamente diferente da UBS anterior, cheguei na unidade no turno da manhã e prontamente fui recebida por uma das enfermeiras, que sugeriu que eu aguardasse para que pudesse entrevistar toda a equipe. Neste dia um dos profissionais médicos encontrava-se de folga, o que fez com que eu voltasse na UBS2 no turno da tarde. Nesta UBS a acolhida se deu de forma mais natural devido à proximidade dos profissionais de saúde com acadêmicos e projetos de extensão da universidade, percebi que o convite para participar da pesquisa e ser entrevistado não era algo estranho era algo que me pareceu familiar para os profissionais. As entrevistas ocorreram no consultório de enfermagem, o que deixou evidente a diferença do espaço físico disponível entre as UBSs. A UBS1 apesar de possuir quatro equipes de ESF, não possuía espaço físico para acomodar todos os profissionais, além de que a demanda da UBS é muito alta de acordo com o exposto pelos participantes da pesquisa. Diferentemente do primeiro cenário, a UBS2 possuía um espaço físico adequado, com consultórios individuais para cada profissional.

Na UBS3 devido a problemas climáticos (chovia torrencialmente na cidade), a pesquisadora decidiu realizar o primeiro contato via telefone. No meu primeiro contato com a UBS3 fui atendida por uma das enfermeiras. Ao explicar o motivo da minha ligação e objetivo da pesquisa, a mesma sugeriu que eu fosse a UBS no próximo dia no turno da manhã, pois seria reunião da equipe com expediente interno o que facilitaria o contato com os profissionais para explanação dos objetivos, metodologia da pesquisa e a realização das entrevistas para os que aceitassem participar do estudo. No dia marcado fui a unidade no turno da manhã, sendo recepcionada pela mesma profissional que contatei por telefone. A UBS3 é composta por três equipes de ESF, entretanto, um profissional médico não atendeu aos critérios de inclusão, logo, aceitaram participar do estudo três enfermeiras e dois médicos. As entrevistas foram

realizadas no consultório da ginecologia, pois a UBS encontrava-se em expediente interno e não haveria consultas naquele dia.

Na UBS4 o primeiro contato se deu via telefone, fui atendida por uma das enfermeiras da UBS que questionou a urgência da pesquisa e sugeriu que a pesquisadora fosse à unidade na próxima semana, pois a UBS estava em reforma na sala de vacinas. Quando à UBS4 fui recepcionada pela Enfermeira que falou comigo ao telefone. Fui apresentada ao resto da equipe pude expor os objetivos da pesquisa e realizar a leitura do TCLE. A UBS4 conta com duas equipes de ESF, uma profissional médica foi excluída, pois não atendia aos critérios de inclusão os demais todos aceitaram participar da pesquisa totalizando duas enfermeiras e um profissional médico.

Cabe ressaltar, que nos critérios de inclusão do projeto de pesquisa constava que participariam do estudo todos profissionais de nível superior que realizassem consultas de pré-natal, assim, em todas as UBSs incluídas neste estudo somente médicos e enfermeiros realizavam consultas de pré-natal.

Após finalizar cada dia de entrevista, a pesquisadora iniciava a transcrição. A coleta dos dados totalizou 21 entrevistas. Considerando que cada entrevista durou aproximadamente de 30 minutos, foram utilizadas 11 horas para a realização de todas as entrevistas. Já para as transcrições, foram dedicadas em média duas horas para cada entrevista, ou seja, para realização das transcrições foram utilizadas aproximadamente 42 horas, num total de 67 páginas de transcrição.

5.7 Análise dos dados

Os dados obtidos na coleta de dados foram transcritos e analisados sob a perspectiva da análise textual discursiva (ATD), esta tem como finalidade “a produção de novas compressões sobre os fenômenos e discursos”. Trata-se de um movimento interpretativo que está inserido entre os extremos da análise de conteúdo e a análise de discurso (MORAES; GALIAZZI, 2011, p.07).

A ATD organiza-se por meio de um ciclo de três etapas, consideradas como os elementos principais da análise, sendo estas: desmontagem dos textos,

o estabelecimento de relações e a captação do novo emergente (MORAES; GALIAZZI, 2011).

1. Desmontagem dos textos ou Unitarização: nesta etapa buscou-se examinar o texto proveniente das entrevistas (também denominado de “corpus”) nos mínimos detalhes, com o objetivo de encontrar significantes (parte física da palavra), para os quais foram dados significados (conceito transmitido à palavra) e sentidos por meio do conhecimento do pesquisador e da revisão de literatura. Assim, nesta etapa, o pesquisador realizou a desmontagem do texto, levando em consideração o objetivo do estudo e referencial teórico. Nesta desconstrução surgiu a unitarização, que pode ser definida em função de critérios pragmáticos ou semânticos, ou seja, pode partir tanto de categorias definidas *a priori*, como categorias emergentes da análise do texto, independente do critério de construção de categoria, as mesmas precisam estar entrelaçadas com o objeto de estudo (MORAES; GALIAZZI, 2011).

2. Estabelecimento de relações ou categorização: Esta etapa visou estabelecer relações entre as unidades constituintes da etapa anterior, ou seja, realizar a combinação e classificação das mesmas, que resultou na categorização. Assim, emergiu um novo texto, ou melhor, um metatexto que tem como origem os textos originais (MORAES; GALIAZZI, 2011).

3. Captando o novo emergente: Nesta etapa se teve uma compreensão renovada desencadeada pelas etapas anteriores, no qual se consolidou pela construção do metatexto, constituindo-se um processo intuitivo e auto organizado, no qual descrevemos o fenômeno estudado de maneira descritiva ou interpretativa (MORAES; GALIAZZI, 2011).

O processo de análise descrito pode ser entendido como um ciclo, representado na Figura 2:

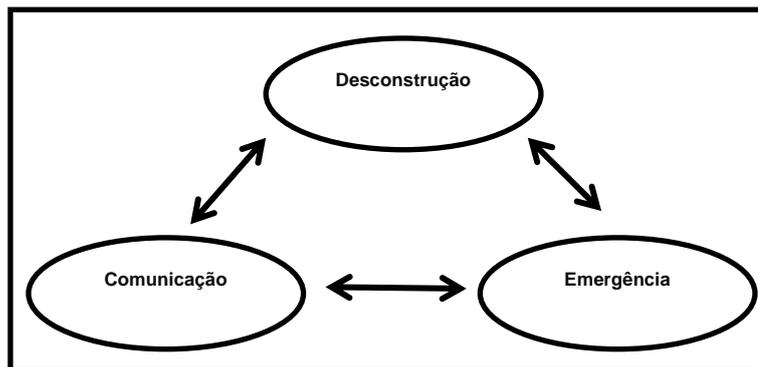


Figura 2:Ciclo da análise discursiva
Fonte: Moraes, R.; Galiazzi, M. do C.2011.

Desta forma, a ATD, permite uma desorganização e fragmentação dos materiais textuais que se almeja analisar, após possibilita-se a formação de novas estruturas de compreensão do fenômeno sob investigação, a qual será expressa em produções escritas, em que a qualidade e originalidade da produção resultante estão atreladas ao envolvimento do pesquisador com todo processo, assim os metatextos deverão ser confrontados com as concepções do autor, os pressupostos do estudo e o referencial teórico escolhido (MORAES; GALIAZZI, 2011).

5.8 Divulgação dos resultados

Os resultados serão divulgados no meio acadêmico e científico, por meio da defesa da dissertação, apresentação no Núcleo de Pesquisa e Estudos com crianças, adolescentes, mulheres e famílias-NUPECAMF – UFPel, retorno ao local da coleta de dados e a Secretaria Municipal de Saúde do Município para apresentação dos resultados e entrega de um volume impresso da dissertação, além de envio de artigos a periódicos indexados da área da saúde.

6 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Ao iniciar este capítulo, se torna relevante apresentar os participantes do estudo. Quanto a formação, 11 entrevistados possuíam graduação em Enfermagem e 10 graduação em Medicina. O sexo predominante foi o feminino, com 12 participantes e 9 do sexo masculino. Cabe ressaltar que entre os profissionais de enfermagem há quase uma hegemonia feminina, com apenas dois enfermeiros dentre os entrevistados, já entre os profissionais de medicina, foram entrevistados 5 mulheres e 5 homens.

Os resultados deste estudo quanto ao sexo e idade dos enfermeiros foram semelhantes aos dados da pesquisa de Ferrari, Thomson e Melchior (2015) acerca do perfil dos médicos e enfermeiros da cidade de Londrina (PR). Os autores verificaram que a maioria (94,4%) dos enfermeiros era constituída por mulheres com menos de 40 anos, uma média de 33,9 anos. No Brasil, segundo Girardi e Carvalho (2012), as mulheres representam cerca de 73% dos empregos na área de saúde. Os resultados deste estudo reafirmam que a enfermagem ainda é uma profissão predominantemente feminina, apesar de muitas pesquisas apontarem que o número de homens está aumentando com o passar dos anos (GIRARDI E CARVALHO, 2012; FERRARI, THOMSON E MELCHIOR, 2015).

Quanto ao regime de trabalho, 13 profissionais fazem parte do regime estatutário, três do programa Mais Médicos e cinco são contratados pela Prefeitura Municipal para prestação de serviços na atenção primária. Notou-se que todos os profissionais de enfermagem fazem parte do regime estatutário, e que os profissionais médicos que faziam parte do mesmo regime possuíam formação há mais de 10 anos. O tempo de formação variou entre um ano até 35 anos. O tempo mínimo de atuação na ESF foi de oito meses e o máximo de 20 anos. No que tange o vínculo com a UBS, o menor tempo de atuação na mesma UBS foi oito meses e o máximo de sete anos.

A maioria dos participantes do estudo possui pelo menos um tipo de pós-graduação, quatro dos 21 entrevistados possuíam apenas a graduação, 11 frequentaram a pós-graduação strictu sensu nível mestrado e três no nível doutorado. Cabe ressaltar que os quatro entrevistados que não possuem pós-graduação são profissionais médicos e três pertencem ao Programa Mais Médicos.

Em relação à formação profissional McMahon et al. (2014) destacam que a qualificação dos profissionais interfere diretamente no cuidado prestado à parturiente. Para Busanello et al. (2011) se a formação estiver direcionada apenas para corresponder ao modelo técnico-científico, a prática pode ter como resultado um fazer mecanizado e automatizado. Segundo Castro (2014), durante a formação acadêmica os profissionais de saúde, em especial os médicos, aprendem uma prática assistencial autoritária, desvinculada dos conceitos e práticas da humanização do parto. E para Ferreira Junior et al. (2015) é primordial que a atuação profissional, na área obstétrica, seja embasada na humanização da assistência, com o intuito de potencializar e valorizar a dignidade, a subjetividade e o protagonismo da parturiente.

Ao analisar o conteúdo das entrevistas emergiram quatro categorias: O que eu quero x O que eu faço: Entraves para a execução do PHPN; Limitações profissionais e o distanciamento da humanização; O PHPN como facilitador do processo de humanização na atenção do pré-natal; Questões aspectos socioculturais e suas relações com a humanização.

6.1 O que eu quero versus O que eu faço: Entraves para a execução do PHPN

Ao analisar as entrevistas observou-se que um dos entraves para a execução do PHPN nas UBSs pesquisadas se dá pela falta de estrutura física adequada, demora para a marcação e realização de exames e a captação precoce das gestantes.

Olha, a gente tenta, mas é difícil, temos uma demanda muito alta e poucas salas para atender. A solução que a gente acha é marcar cada equipe um dia para fazer o pré-natal, senão não dá certo.E.11

A maior dificuldade aqui é marcar o ultrassom, quando a gente consegue captar a gestante no início, ela vai conseguir ultrassom só lá

pela 25ª semana. Aí fica difícil, porque por mais que a gente queira seguir à risca o que devemos fazer, não dá. M.4.

Eu sei o que eu preciso fazer, eu sei o que é preconizado pelo Ministério, mas o problema é que aqui a demanda é muito alta e o posto é pequeno. E.8

Eu tento estabelecer uma rotina, mas com a captação tardia das gestantes associada a demora para a marcação de exames, quando a gente vê tem uma gestante indo para o hospital com 2 consultas apenas. E.10

Durante as entrevistas foi possível observar que a estrutura física não era adequada para a demanda de atendimento, visto que, três das quatro UBSs pesquisadas possuíam apenas uma sala para a realização do pré-natal, o que levava os profissionais a marcarem as consultas para que todas as equipes pudessem atender. O MS preconiza que o atendimento de pré-natal deve ser mediante livre demanda e não via agendamento e os profissionais participantes deste estudo referiram este fato ressaltado nos depoimentos a seguir:

O que o Ministério diz é que a gente tem que atender quem procura, mas se a gente deixa sem marcar, não dá para atender todo mundo, então a gente decidiu um dia para cada equipe, que aí conseguimos organizar melhor E.7

A maior fragilidade do PHPN é exigir algo que o município não nos dá, não adianta me dizer que eu tenho que atender a livre demanda e me dar um micro sala para dividir com mais 4 colegas M.5

É importante que a estrutura física da instituição de saúde que se propõe a prestar assistência pré-natal seja apropriada e funcional e proporcione condições adequadas para que os profissionais de saúde desenvolvam seu trabalho com segurança possibilitando assim, resultados favoráveis. O PHPN preconiza que para que o atendimento pré-natal seja de qualidade, se faz necessário disponibilidade de recursos humanos para acompanhar a gestante no seu contexto familiar e social. Em relação a área física, o MS preconiza boas condições de higiene e ventilação e garantia de privacidade nas consultas, além de apoio laboratorial para a UBS, medicamentos essenciais e instrumentos para registro adequado (BRASIL, 2010; GONDIM et al., 2011).

Para Dias (2016) o acompanhamento do pré-natal na atenção básica, organizado e sistemático que atenda a periodicidade das consultas e das demais ações a serem realizadas permite que o vínculo seja desenvolvido e atribuído ao

serviço a necessidade de disponibilizar local adequado e preparado para atender a gestante.

As vezes a paciente chega aqui já falando em cesárea, e questionando porque no sus só faz parto normal. A gente precisa desmistificar essa visão do monstro do parto. Mas isso é social. Por isso te disse que a cultura e o meio social são essenciais para que o pré-natal tenha sucesso. E.10

Eu queria poder estabelecer um vínculo maior com as pacientes, mas como tem muita gente, eu acabo fazendo o básico. Infelizmente, é o que dá M.10

Foi notável o quanto a estrutura física das UBSs interferia no processo de trabalho dos profissionais, pois a falta de um ambiente específico para a realização de consultas de pré-natal afeta tanto a periodicidade quanto ao fluxo das consultas e duração das mesmas. A abordagem durante a consulta acaba voltada as questões biológicas, ou seja, a um conceito de saúde reducionista, distante das realidades concretas dos sujeitos. Tal constatação guarda relação com o apontado por Egry (2008), quando diz que há o reconhecimento e a legitimação de algumas necessidades em saúde em detrimento de outras por parte dos serviços de saúde o que acaba comprometendo a assistência prestada aos usuários do serviço.

Neste sentido, Aragão et al. (2013) apontam que a Enfermagem vem reorientando suas ações para que possa contemplar as necessidades de saúde dos usuários, não se limitando ao modelo biomédico. Já Kawata et al. (2011) salientam a necessidade de um trabalho centrado no uso mais intenso de tecnologias leves e leve-duras, e que estas se representem por meio das relações e pelo conhecimento técnico.

O MS chama atenção para a importância da identificação precoce das gestantes e o pronto início do acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. A realização da primeira consulta pré-natal até o quarto mês de gestação é uma das recomendações do PHPN (2000) (BRASIL, 2000).

Acredita-se que realização dos exames básicos durante o pré-natal é uma prática essencial para prevenir, identificar e ponderar alterações que possam vir

a afetar a saúde materna. Os relatos dos profissionais não corroboram com o a recomendação do MS e o desconhecimento da idade gestacional da gestante dificulta o planejamento e o desenvolvimento da assistência pré-natal.

A gente tem bastante dificuldade em captar cedo as gestantes, as vezes elas chegam aqui com 20 e poucas semanas já, daí demora quase um mês para fazer um ultrassom e os exames de sangue, então nesse meio tempo ela não vem no posto porque acha que não tem necessidade. E.1

Dependendo do nível econômico, algumas pacientes conseguem pagar pelos exames particulares, aí eu consigo manter o vínculo. Mas eu não posso partir do pressuposto de que todo mundo vai fazer particular, porque é 1 caso em 100.M.9

A gente acaba ficando de mão atada, porque a gente faz tudo que está na nossa alçada, aí chega na hora dos exames e trava tudo.M.7

No que tange a realização e marcação de exames, os profissionais referiram a dificuldade em realizar os exames básicos, solicitados na primeira consulta. Os resultados trazem além da dificuldade de diagnóstico precoce da gravidez, a demora para exames laboratoriais e de imagem que compromete a manutenção do vínculo, pois a mulher retorna ao serviço apenas quando possui o resultado dos exames solicitados.

Foi notório que os profissionais participantes deste estudo se sentiram frustrados em relação ao serviço realizado, pois todos verbalizaram que compreendem que deveriam realizar a assistência de forma diferente, entretanto são estagnados pelos entraves burocráticos.

Para dar conta da demanda explicitada pelos participantes, o estudo de Davim (2015) destaca que para que o PHPN perpassasse a barreira do discurso para uma prática efetiva, é imprescindível que o sistema de saúde cumpra o seu papel dentro do programa, disponibilizando área física adequada, equipamentos, apoio laboratorial e medicações necessárias.

A abordagem realizada pelas equipes traz como principais condutas aquelas relacionadas ao processo de trabalho da equipe e organização da UBSs com vistas a atender as necessidades das gestantes e suas famílias. Tais condutas são pertinentes e válidas, mas não são suficientes para promover transformações reais nas condições de vida da comunidade, corroborando com

estudo de Aragão et al. (2013) sobre a inexistência de ação partilhada com outros entes públicos ou privados, na qual o encaminhamento representa a transferência do problema.

Neste sentido, Egry (1988) afirma que é necessário articulação do serviço de saúde a fim de possibilitar traduzir e constantemente adequar-se ao particular, sabendo que o indivíduo não se restringe ao ser humano, mas se amplia a partir das circunstâncias em que seus problemas e necessidades ocorrem.

Conforme Santos e Cubas (2012), parte das necessidades em saúde pode ser satisfeita pelo setor saúde quando existe integralidade das ações, mas outra parte é nas relações com outros setores, na intersetorialidade e com ações em rede. Ademais, inexistem dispositivos comunitários ou estratégias de empoderamento da comunidade para uma participação mais ativa nas discussões relativas às políticas públicas. Tal realidade evidencia a necessidade de uma reflexão sobre a abordagem das necessidades em saúde das gestantes, assim como, sobre a disponibilidade de serviços e conformações da rede voltadas para as especificidades desta população.

No presente estudo observou-se que não existe gestão partilhada com a comunidade em nenhuma UBS, o que demonstra a distância entre as equipes e a população, entre os anseios e desejos dos usuários e ações e condutas da equipe. Outra dificuldade percebida é a desarticulação dos sistemas de informações. Neste sentido Carnut (2012) aponta que o acompanhamento e planejamento das atividades são primordiais para uma assistência adequada para as reais necessidades da comunidade, uma vez que os Sistemas de Informação são considerados ferramentas indispensáveis para a Gestão em Saúde.

Pode-se verificar também que as equipes de enfermagem apresentam fragilidades relacionadas a organização da sua prática. Relacionado a esta questão Santos e Cubas (2012) apontam que a Consulta de Enfermagem embasada por uma Teoria é o ponto de partida para o alcance da integralidade e da longitudinalidade das práticas assistenciais.

Conforme o relato dos entrevistados, a abordagem das necessidades de saúde da gestante ou família é essencialmente voltada para questões biológicas relacionadas à gestação.

Olha, eu vejo que hoje em dia o pré-natal é mais completo, tem mais exames, acho que é por causa das políticas do ministério. Hoje a gente consegue pedir mais exames, tem mais possibilidade de tratar, tem mais medicação, acredito que de alguma forma acabou facilitando. M.1

No depoimento de E10 observa-se uma confusão entre orientações fornecidas pelo profissional e a abordagem das necessidades de saúde, neste sentido para Aragão et al. (2013) os Enfermeiros são os profissionais que apresentaram conhecimento mais ampliado acenando para uma visão mais integral do indivíduo.

Bom, eu faço os testes rápidos, os exames para confirmar a gravidez, faço os pedidos de exame, pesagem da paciente, primeiro acolhimento sabe? História dessa paciente para saber se ela é de baixo risco ou de alto risco, se tem que encaminhar para algum lugar tipo a FAU. Ai dependendo da paciente eu sigo fazendo as consultas junto com a médica. Mas se for paciente de baixo risco sem nada de diferente eu sigo fazendo. E.10

Neste aspecto, Egry (2011) contenda que o trabalho em saúde se baseia na forma como o usuário é tratado. O usuário pode ser entendido como um mero consumidor de atos de saúde ou como parte deste ato. Logo, para que se modifique a posição do usuário de mero consumidor para sujeito ativo de seu cuidado é necessário muito mais que modificar as estruturas, é necessário modificar o conhecimento recebido no dia a dia dos serviços, por meio da educação em saúde.

Em estudo realizado por Narchi (2010), foi observado que a limitação de horário na UBS associado a inadequação da área física são quesitos que devem ser discutidos e melhorados pelos gestores responsáveis pela atenção primária. A sobrecarga laboral devido à alta demanda resulta em desmotivação pessoal ou com colegas para trabalhar devido a precariedade. Alguns profissionais expressaram a dificuldade que encontram para realizar práticas voltadas à humanização da assistência devido ao modelo tecnocrático e médico centrado no qual o serviço encontra-se moldado. Este movimento de mudança em relação ao atendimento também foi verbalizado no presente estudo:

Antes nós dizíamos para elas retornarem ao posto com os exames prontos, mas isso acabava fazendo com que demorassem muito para primeira consulta, então começamos a deixar marcado mesmo sem os exames de imagem e de sangue, porque se a gente depender da prefeitura para fazer as coisas morreu louca. E.3

Ah, não, cada uma faz do jeito que acha melhor, porque somos muitas pessoas aqui atendendo muita gente, é difícil estabelecer um padrão, mas até que seria uma boa ideia de fazer uma listinha para não esquecermos de nada. Na verdade, para não dizer que não temos uma lista, tem a lista dos exames que não podemos esquecer de pedir, mas é só isso mesmo. E.1

Não existe rotina não minha filha, a gente faz as coisas conforme dá, tem muita gente, muita coisa. A gente recebe as mulheres, faz o exame para confirmar, e vai fazendo as consultas, e faz quando elas vêm né. Porque é ridículo ter que ficar correndo atrás de paciente para fazer uma coisa que é para o bem delas, mas elas nunca vêm, tem uma preguiça que só vendo. E.2

Eu atendo só alguns casos, porque o meu foco aqui não é pré-natal, eu só atendo as que podem ser alto risco para fazer o encaminhamento para outro serviço ou dependendo seguir fazendo aqui. Quem te responde melhor isso é a enfermeira porque ela que faz essa parte da rotina, de pedir exames, suplementação, etc. M.4

A realização dos procedimentos previstos no PHPN é mais frequente em municípios de grande porte, o que demonstra que a oferta de serviços é um elemento facilitador no cumprimento do programado (BRASIL, 2008). Este dado corrobora com os resultados deste estudo, uma vez que os profissionais referem que um dos principais dificultadores para a realização do pré-natal de qualidade é falta da realização de exames em tempo hábil, tanto laboratoriais quanto de imagem.

No momento, não existe nenhum instrumento utilizado pelas UBSs para reconhecer as necessidades de saúde da população, o planejamento das atividades que envolvem o pré-natal não está embasado nas necessidades da comunidade, o que, de certa forma, traz inúmeros prejuízos para a comunidade e para a equipe, uma vez que, a chance da oferta estar desarticulada com a demanda é grande. A necessidade desta articulação é apontada por Egry (1998) como importante para o alcance de uma assistência de qualidade e resolutiva.

Outro entrave apontado pelos entrevistados é a burocratização do serviço após a implantação do PHPN. Alguns profissionais referem que apesar de enxergarem mais vantagens que desvantagens no PHPN, a falta de adequação

da área física e do quadro de funcionários torna o PHPN um dificultador do andamento do serviço, uma vez que o profissional é cobrado para realizar um número de atividades além da demanda da UBS onde trabalha, também as atividades burocráticas são inúmeras e acabam dificultando o andamento do serviço.

Ah, a questão da exigência de realizar certas coisas, eu sei que não é culpa da política em si, é questão da cobrança, mas depois que as cartilhas do ministério foram criadas aumentou bastante o que a gente tem que fazer, mas não aumentou o número de funcionários, então fica difícil, a gente tem uma demanda muito maior do que a gente pode atender então temos que marcar consultas, aí a secretaria reclama que não pode agendar e tem que atender a livre demanda, mas não dá tempo, então eu acho que a principal fragilidade é tirar do papel e fazer funcionar realmente.E.8

Eu sei o que eu preciso fazer, eu sei o que é preconizado pelo Ministério, mas o problema é que aqui a demanda é muito alta e o posto é pequeno para o tanto de gente que vem para cá.E.10

Olha, eu acho que o problema não é da política, mas do sistema, que as vezes não nos permite desenvolver o que é preconizado.M.6

De acordo com o exposto por Egry (2000), o cuidado deve ser visto como prática social, e como prática social deve se organizar para atender as necessidades em saúde. Entretanto, as práticas do cuidado podem ou não corresponder as necessidades concretas dos grupos sociais. Segundo a autora, as relações de necessidade de saúde e as práticas de cuidado podem ser apreendidas com base em significados econômicos, políticos e ideológicos de tais práticas, captados em sua historicidade, em sociedades concretas. Logo, do ponto de vista da autora, embora sejam de suma importância, a assistência em saúde não deve se basear apenas em tecnologias duras, uma vez que as necessidades de saúde se referem as múltiplas dimensões do real e dizem respeito a singularidade da mulher e das particularidades dos processos de produção e reprodução dos grupos sociais.

Assim, tendo por base os relatos dos profissionais, visualizaram-se diversas etapas na produção do cuidado. Foi possível observar que apesar da dinâmica individualista, os profissionais mantêm-se em constante estruturação e mudança do modelo biomédico do atendimento e cuidado prestado.

A falta de conhecimento acerca do PHPN foi outro aspecto observado nos relatos dos participantes, muitos desconheciam o PHPN parcial ou totalmente.

Segundo eles, a ausência de um protocolo municipal que norteie o serviço prestado e de capacitações sobre as políticas públicas de saúde atuam como dificultador da realização do pré-natal de qualidade.

Então, eu me baseio no PHPN e nas políticas do Ministério. Mas não existe nenhuma exigência e nenhum protocolo municipal, o que eu acho que faz falta, porque faria que todo mundo atendesse de forma igual. A única diferença que nós temos do resto das ESF é que a Rede Bem Cuidar amplia as equipes e nos permitem ter um cuidado mais humanizado e voltado para outras questões da gestante além da gravidez em si. Eu acredito que a Rede Bem Cuidar não deveria ser um programa e sim uma via de regra. Devemos atender todos decentemente, e não porque é imposto pela unidade. E.4

No PHPN não temos, mas deveríamos, ter um protocolo municipal. Mas quando foi implantada a Rede Bem Cuidar, nós tivemos um aulão sobre as políticas de saúde pública. Então é nela que a gente se baseia, a gente não sei né, mas eu sim. E.6

Eu faço as consultas e intervenho quando as enfermeiras solicitam, participo do grupo de gestantes também. Acho que não tem nenhum protocolo que a gente segue. M.5

Sim, no do governo. No PHPN. Não temos, mas deveríamos, ter um protocolo municipal. Mas quando foi implantada a Rede Bem Cuidar, nós tivemos um aulão sobre as políticas de saúde pública. Então é nela que a gente se baseia, a gente não sei né, mas eu sim. E.6

Eu faço as consultas, e intervenho quando as enfermeiras solicitam, e participo do grupo de gestantes também. Acho que não tem nenhum protocolo que a gente segue. M.5

Para o MS a adesão ao PHPN foi consolidada, contudo, existe certo descompasso entre o que está preconiza e o que a equipe realiza, principalmente relacionado ao fato de que as consultas deveriam ser intercaladas entre o médico e a enfermeira, sendo que esta deveria assumir a maior parte das consultas no pré-natal de risco habitual (BRASIL, 2011a).

Isto não ocorre em parte nas UBSs estudadas, onde em duas delas as consultas são intercaladas independente do risco gestacional, em contrapartida nas outras duas UBSs apenas a consulta inicial é realizada pela enfermeira, e o restante do acompanhamento feito pelo médico. Ou seja, o enfermeiro assume com a função burocrática, função esta que está vinculada a historicamente a profissão, o que resulta na diminuição da autonomia do mesmo, atuando como coadjuvante, orientado pelo modelo biomédico, fazendo do pré-natal um ato burocrático e mecânico. (CAVALCANTI et al, 2013; DUARTE, 2012; GUERREIRO et al, 2012; PEIXOTO et al, 2011).

Pode-se identificar que os enfermeiros mesmo possuindo especializações diversificadas não acompanham integralmente as gestantes de risco habitual na assistência pré-natal. Egry (2011) ressalta que independentemente da formação, os enfermeiros são detentores de conhecimentos e habilidades que os tornam agentes modificadores da realidade do usuário. Acredita-se que a participação dos enfermeiros tem importância para o fortalecimento da assistência pré-natal e do PHPN, entretanto, nota-se que o modelo biomédico e o excesso de burocracia atuam como potencial afastador do enfermeiro dessa assistência.

A realidade apontada nos relatos dos entrevistados aponta que em duas UBSs as consultas são intercaladas independente do risco gestacional, em contrapartida nas outras duas apenas a consulta inicial é realizada pela enfermeira, o restante do acompanhamento é realizado pelo médico.

De tudo um pouco, mas geralmente quem faz o acolhimento é a enfermagem. Dependendo do dia, se as gurias estiverem muito ocupadas, a gente faz o acolhimento também. Depois a gente reveza uma consulta para cada um durante o pré-natal. M.8

Então, eu participo mais ativamente da recepção e do diagnóstico inicial, depois passo para o médico e se a demanda estiver muito alta, eu faço algumas consultas. E.8

A paciente chega com a suspeita, ou com exame de sangue que ela já fez, aí a gente marca uma consulta, faz os testes rápidos, vacinas se precisa, abre a carteirinha, faz o acolhimento todo né? Depois ela segue o fluxo de consulta mensal, ou quinzenal dependendo do caso. E.10

No contexto com o exposto, Egry (1998) ressalta que:

As possíveis mudanças do modelo assistencial proposto pelo PHPN e pelo SUS devem ser estratégias formuladas pelas equipes para que haja o reconhecimento e o enfrentamento das necessidades da população, e não por meio da análise das estruturas formais da organização do sistema (EGRY, 1998, p. 74).

No trabalho da enfermagem, há outro aspecto a ressaltar: trata-se de uma profissão eminentemente feminina, que carrega uma prática histórica vinculada a função social da mulher de cuidar, muitas vezes ela se submete a dupla subordinação, ou seja, ao trabalho médico e ao gênero masculino (EGRY, 2011).

Outro entrave citado pelos entrevistados foi a demora na captação das gestantes que dificulta o início do pré-natal. No que tange a captação precoce

Correa et al (2011) destacam sua importância para diminuir a morbidade materna e melhorar dos resultados perinatais, uma vez que possibilita a identificação precoce das gestações de risco, bem como as intervenções necessárias.

Bom, depende, aqui a gente tem a dificuldade de pegar as gestantes do início porque quando elas vêm com a suspeita já estão com 20 e poucas semanas, aí fica difícil de seguir à risca o preconizado, mas a gente faz o que dá. Elas chegam aqui com alguma queixa que justifique o pedido de beta, aí quando confirmada a gravidez a gente começa com as consultas, exames, pedido de ultrasson, essas coisas. Aí as consultas são de 15 em 15, uma vez por mês ou semanal, depende da paciente, da gestação, se ela tem família, condição de se sustentar, essas coisas. A gente vê a situação e tenta acolher o máximo que der, mas nem sempre a gente consegue, porque é muita demanda. Às vezes a gente vem e diz que tem alguém com suspeita ou com alguma barriguinha suspeita (risos) aí tentamos captar essa paciente o mais rápido possível. E.10

O problema é iniciar cedo o pré-natal. Como elas têm que marcar para fazer exame, acabam não vindo e deixando, vem só quando já tem barriga.M.9

Olha, se eu pudesse ter um radar para gravidez eu teria, porque o que mais me quebra as pernas é o fato de não conseguir pegar essas gestações no início, tu começa tarde e tudo fica torto, depois o hospital nos xinga e diz que a culpa é nossa. M. 7

As UBSs estão organizadas para a realização do pré-natal, prioritariamente por demanda agendada, mas com acesso garantido também pela demanda espontânea, com oferta de assistência por uma equipe multiprofissional. A ESF tem o diferencial do trabalho em equipe, o qual potencializa recursos, viabilizando diferentes abordagens para diferentes contextos (OHARA; SAITO,2013).

Trata-se de pressupor que a prática é determinada pela finalidade social do trabalho em saúde, não sendo uma prática estática, mas dinâmica, pois requer a revisão periódica de seus elementos constituintes frente às transformações da sociedade e dos modelos de atenção à saúde. Com esse entendimento, a enfermagem brasileira e a sociedade, de uma forma geral, têm sido instadas a repensar as tecnologias que vêm utilizando para “fazer saúde” (EGRY, 2011).

No presente estudo, observa-se que as UBSs têm procurado estar em sintonia com as recomendações atuais para a qualificação do pré-natal propostas pelo MS, entretanto, entraves organizacionais e de estrutura física dificultam a realização do pré-natal de qualidade. Os profissionais demonstram

vontade e conhecimento do que necessita ser realizado, porém são barrados pelos impasses burocráticos e pela alta demanda.

Encontramos em nosso estudo, três UBSs que os enfermeiros realizam as consultas de pré-natal às gestantes de baixo risco, corroborando com o que dizem as normas técnicas para a assistência pré-natal do MS. Observou-se também que os enfermeiros se organizam para preencher a maioria dos formulários.

Outro dado interessante foi que durante o período de coleta de dados não se observou ações educativas desenvolvidas na sala de espera. Entre a possível explicação para este fato pode estar a carência de pessoal para realizar tal atividade. No entanto, o MS preconiza que as informações sobre as diferentes vivências devem ser incentivadas e trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Esta possibilidade de troca de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação e, entre as diferentes maneiras de realização do trabalho educativo, destacam-se: as discussões em grupos, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências (BRASIL, 2000).

Acredita-se que a participação de enfermeiros tem fundamental importância para o fortalecimento da assistência pré-natal e que a dinâmica de trabalho pautada em ações educativas corrobora para o êxito da assistência à mulher no ciclo grávido-puerperal.

O PHPN surgiu como proposto de mudança do modelo assistencial, calcado nos princípios do SUS, no entanto, a complexidade da proposta ainda é um desafio para sua implantação, execução e consolidação. Egry (2011), complementa, que, as possíveis mudanças do modelo assistencial devem ser compreendidas pelas estratégias formuladas pelas equipes para o reconhecimento e enfrentamento das necessidades da população e não por meio da análise das estruturas da organização do sistema. E essas estratégias devem estar relacionadas ao tema das necessidades de saúde, além de apontarem para a importância de se compreender como essas necessidades serão identificadas e enfrentadas, tanto na perspectiva dos integrantes das equipes de saúde como das populações atendidas.

Assim, além dos inúmeros desafios colocados para a defesa da equidade, cabe a enfermeira redefinir sua prática assistencial e de ensino, na luta pela transformação desta realidade de trabalho. Para tal, se faz necessário incluir reflexões sobre as especificidades do trabalho de cada categoria profissional, com ênfase na situação da mulher, sendo esta profissional ou paciente. Acredita-se que para haver transformação das práticas é necessário ampliar a compreensão do processo saúde-doença, percebendo que este é um produto social e histórico e, a partir dessa mudança de percepção, compreender e reconhecer as necessidades de saúde da gestante, refazendo o conhecimento acerca da realidade objetiva do serviço de saúde.

Acredita-se que definição de papéis nas equipes e a escolha democrática dos seus coordenadores poderiam tornar as relações mais harmoniosas e o trabalho mais satisfatório para todos, resultando em qualificação da assistência e, por consequência, a população com melhores condições de saúde e de vida.

6.2 Limitações profissionais e o distanciamento da humanização

Na assistência obstétrica, a humanização ainda representa um desafio para os profissionais de saúde para as instituições sociedade. Diversas estratégias propostas esbarram no modelo biomédico de atenção predominante, no uso rotineiro de intervenções e na baixa valorização de aspectos psicossociais do período gravídico. Entretanto, gradativamente, estados e municípios estão aderindo as recomendações do PHPN, e recebendo incentivos financeiros para adequação das infraestruturas e processos de assistência. Além de ampliar estes serviços, se faz necessária a incorporação de outros profissionais na assistência à gestação, ao parto e nascimento (MOTTA et al., 2016, OLIVEIRA et al., 2016).

Na maioria dos serviços de saúde, o cuidado às gestantes continua sendo realizado de maneira fragmentada, impessoal e sem diálogo. São priorizados procedimentos e rotinas em detrimento do protagonismo e da troca de conhecimentos e experiências com as gestantes (MARTINELLI et al., 2014; BARRETO et al., 2015).

A mudança dessa realidade pode acontecer por meio da inclusão de ações visando a humanização no pré-natal, o que pode garantir a qualidade do cuidado e o protagonismo da mulher (TIMM et al., 2016). A humanização está relacionada à ruptura do modelo hegemônico de visão fragmentada do ser humano, relação de igualdade, compartilhamento de decisões e responsabilidades entre profissionais de saúde e usuários, além da participação destes nos cuidados em saúde (DESLANDES, 2006; ZAMPIERI, 2006).

A qualidade de serviço é determinada não somente pela capacidade técnica dos profissionais, mas também pela apropriação cultural e pela interação dinâmica entre as mulheres e profissionais. Além disso, diferentes estudos têm mostrado que a melhoria no desempenho das competências interpessoais e interculturais pode influenciar a confiança das mulheres com relação às recomendações fornecidas sobre o cuidado, o conhecimento e percepção de qualidade do cuidado e o uso de serviços (WHO, 2003).

Os participantes deste estudo ao serem questionados com relação às competências essenciais esperadas na assistência pré-natal, pontuam que algumas foram realizadas com baixa frequência, pois não estiveram presentes em todas as consultas conforme se observa nos relatos abaixo:

Então, antes de começar eu quero te explicar uma coisa, eu não trabalho igual aos meus colegas, algumas coisas eu sigo o mesmo padrão que eles por causa dos pacientes. Nós deveríamos trabalhar a livre demanda, e sinceramente, tem como né? Mas eles batem pé que tem que ter marcação porque a demanda é grande... não é tanto assim. Então, a mulher chega aqui, com exame prévio ou com a suspeita, Eu faço isso, quando ela chega e eu confirmo a gestação, eu já faço os testes rápidos e um breve histórico da paciente, daí marco consulta para o dia mais próximo possível para essa mulher não se perder no meio do caminho, e daí segue o padrão de sempre, consulta mensal, quinzenal, semanal... pedidos de exames, vacinas, carteirinha, essas coisas.E.10

Humanizar a assistência à saúde significa romper com o paradigma biologicista, prescindindo da percepção do sujeito como objeto de intervenção em razão de uma visão ampliada do ser humano com suas necessidades, sentimentos e condicionantes biológicos, sociais, culturais e econômicos (CASSIANO et al., 2015).

Dentre as limitações elencadas pelos profissionais para a realização das atividades na atenção pré-natal, destaca-se a falta de capacitação para que se adequem ao sistema.

Eu fiz faculdade em outro país, não tinha a mínima ideia de como as coisas acontecem por aqui. A nossa rotina em Cuba é completamente diferente, então eu vou aprendendo com as enfermeiras todo dia. M.4

Eu me formei em 1979, na minha época humanização não era nem cogitado. Quando houve as mudanças, não houve capacitação para a gente, eu fui lá me sentar e ler a política. Mas ninguém me chamou e me disse 'ó a partir de agora é assim', mas alguns colegas não foram ler o novo protocolo e seguem fazendo as coisas como antigamente. M.6

Eu nunca tinha feito pré-natal na vida, só na faculdade, mas uma ou duas consultas. Ai quando me mandaram para cá eu tinha que fazer tudo e mais um pouco. No início fiquei perdidaça, mas agora começando a me encontrar aqui. E.11

Eu não vi nada na faculdade, e nunca nos deram nenhuma capacitação sobre isso. Eu acho que foi criado para melhorar e criar um padrão de pré-natal pelo Brasil. E.2

Os relatos evidenciam a falta de capacitação ou preparação dos entrevistados para atuarem na assistência de pré-natal quando ingressaram no serviço e também nos anos seguintes. Alguns recorreram a literatura existente e contaram com o apoio dos demais colegas a fim de receber orientação e auxílio. O Ministério da Saúde preconiza que o pré-natal seja realizado por profissionais de saúde capacitados para um cuidado de qualidade, com enfoque na assistência integral à saúde da mulher (BRASIL, 2000).

Segundo Barbosa (2015) para a assistência pré-natal ter qualidade, não precisa de procedimentos complexos e alta tecnologia, pois o segredo está na construção de um relacionamento de confiança entre os profissionais, a gestante e sua família. A qualidade da assistência é caracterizada quando as necessidades de saúde existentes ou potenciais estão sendo atendidas de forma otimizada pelos serviços de saúde.

No entanto, destaca-se neste estudo que estas recomendações não são seguidas para todos os profissionais. Sob este aspecto, pesquisa realizada em dez Centros de Saúde da Família de Fortaleza/CE destaca que, em sete Centros, os profissionais recebiam capacitação para a utilização das normas de assistência pré-natal, nos outros três os profissionais participaram de cursos de

formação continuada (GONDIM et al., 2011). Da mesma forma, em Cuiabá/MT, 95% dos enfermeiros e 34% dos médicos receberam capacitação para atuarem no pré-natal (MARCON, 2014).

Segundo Egry (2011) a análise da introdução de novas práticas nos serviços de saúde está relacionada à integralidade da atenção prestada e ao direcionamento da atuação da equipe de saúde para a família e a comunidade. Voltar-se para a comunidade implica identificar suas necessidades de saúde, reconhecer as fases do ciclo de vida e as diferenças de exposição aos fatores de risco entre os grupos populacionais.

Percebe-se que os participantes reconhecem que a assistência pré-natal que prestam às gestantes não correspondia às expectativas da gestante e do proposto no PHPN. Esta qualidade deficitária na assistência pode estar relacionada à ausência de uma política municipal que oriente a capacitação dos profissionais para a atenção pré-natal e a academia que apresenta fragilidades na qualificação dos profissionais de saúde para a realidade do SUS.

Olha, eu sou super. a favor do PHPN, acho que estamos indo para o rumo certo, mas a gente precisa saber o que está fazendo. Falta um regimento municipal que nos auxilie também. Não adianta exigirem da gente algo que nem nos apresentaram.M7

Eu cheguei aqui ano passado, e me disseram que eu ia fazer a especialização. Estou aguardando, mas me sinto muito inseguro fazendo pré-natal. M2

As declarações evidenciam que não há rotina de atendimento nas UBS do estudo, uma vez que os profissionais de saúde desenvolviam suas atividades na atenção pré-natal de acordo com os conhecimentos adquiridos durante a vida acadêmica e profissional. Tais conhecimentos, por vezes, não davam suporte necessário ao cuidado humanizado para o desempenho das atividades de assistência à mulher no pré-natal.

Na TIPESC os sujeitos constituem suas vivências dentro do modelo de atenção, expondo, por meio de seus processos pessoais de elaboração mental, sua compreensão particular de como ele se organiza, confirmando a vivacidade dos processos de trabalho (EGRY, 2011). Contudo, embora considerando as informações por meio da memória referida ao coletivo, mesmo que derivada do entendimento individual dos processos de trabalho desenvolvidos por cada um

dos entrevistados seria necessário reconstituir o processo de trabalho com base no fluxograma no âmbito das equipes, visto que o trabalho em saúde “tem uma dinâmica muito peculiar, que faz com que o mesmo esteja sempre em estruturação, dentro de um quadro incerto, sobre o que é o padrão de seu produto final” (EGRY, 2011, p.87).

A falta de capacitação dos profissionais de saúde pode ser um fator comprometedor da qualidade da atenção pré-natal, fato apontado pelos participantes deste estudo, conforme se observa nos relatos abaixo:

Não sei, deve alguma coisa, mas eu estou esperando a minha capacitação em saúde pública até hoje desde que eu vim estão me prometendo, mas acho que vou ter que fazer por conta mesmo.M9

Ah, o que eu sei é que é um programa que foi criado para reestruturar o pré-natal e o atendimento, acrescentou uns exames, mais consultas, estabeleceu algumas metas que não conseguimos cumprir, essas coisas, mas sem capacitação.M.4

Nunca ouvi falar, não falaram para mim na capacitação quando eu cheguei, me disseram o que eu podia fazer e não podia, mas não nos falaram sobre as políticas. Para não te dizer que não nos falaram nada, nos disseram apenas que o SUS era gratuito para todo mundo.M.2

Então, eu sei que foi criado para normatizar a assistência, para humanizar o cuidado como diz o nome. Eu não vi nada na faculdade, e nunca nos deram nenhuma capacitação sobre isso. Eu acho que foi criado para melhorar e criar um padrão de pré-natal pelo Brasil. E.6

As orientações e as condutas da equipe de enfermagem estão restritas ao descrito nos manuais e livros técnicos de saúde, importantes e válidas, mas que não se bastam se levarmos em consideração as diferentes condições de vida das gestantes.

As informações dos profissionais deste estudo comprovam que, às competências essenciais e habilidades esperadas na assistência pré-natal não foram realizadas em sua totalidade. A participação dos enfermeiros no pré-natal tem ocorrido de forma discreta, e, não assumir integralmente o pré-natal de risco habitual, muitas vezes tem como justificativa o acúmulo de funções. O estudo de Gardenal et al. (2002) evidenciou realidade parecida e sugeriu a criação do cargo Enfermeiro Obstetra, visando a atuação exclusiva no programa de saúde da mulher ou materno-infantil, área de prioridade da saúde para a população.

Segundo Narchi (2009) para melhoria da atenção é necessário aumentar não só o quantitativo, mas, sobretudo, incrementar a qualificação dos profissionais que assistem gestantes e puérperas. Os profissionais de saúde precisam possuir habilidades e conhecimentos que tornem sua prática capaz de promover a maternidade segura, além de contar com condições que facilitem sua atuação nos vários níveis do sistema de saúde.

Ressalta-se que a maioria dos profissionais deste estudo, além de demonstrar conhecimento sobre as boas práticas, apresenta interesse em utilizá-las em seu cotidiano assistencial. Apesar das barreiras impostas, seja por seus colegas de trabalho ou pela falta de estrutura física das UBSs, os profissionais verbalizaram interesse na assistência ao pré-natal e estão em busca pela humanização e as boas práticas de atenção às mulheres no ciclo gravídico-puerperal.

Neste sentido, Egry (1998) salienta que enquanto um novo modelo de saúde não for compreendido pelos profissionais de saúde, o modelo biomédico baseado em procedimentos, exames e abordagem fragmentada não será modificado. Desse modo, busca-se uma mudança de paradigma, pautado na humanização da assistência, de modo a modificar o olhar mecanicista e reducionista para uma interpretação holística do indivíduo. O grande desafio é romper com o cuidado verticalizado que se reduz a gestação a um processo biológico (BRASIL, 2010).

Os participantes deste estudo ao refletirem acerca dos fatores que os distanciam de práticas humanizadoras no pré-natal, relatam o dia a dia atribulado e exercício do atendimento focado na clínica os impede de adotarem a política de humanização proposta no PHPN. Esses resultados também foram encontrados no estudo, no pré-natal, houve a predominância de procedimentos técnicos e exames laboratoriais, evidenciando a internalização do modelo biomédico. As práticas pautadas neste modelo não são mais eficientes, pois se restringem às questões biológicas, secundarizando outras necessidades da população (OLIVEIRA et al, 2013).

Acredita-se que na formação dos profissionais de saúde há necessidade de abordar a política do PHPN e promover capacitação e atualização dos

profissionais que estão na linha de frente como forma de implementar, manter e sensibilizar usuárias, profissionais de saúde e gestores rumo à humanização da atenção no pré-natal e demais instancias de atendimento às mulheres grávidas e suas famílias.

6.3 O PHPN como facilitador do processo de humanização na atenção do pré-natal

O pré-natal é um espaço profícuo para preparar a mulher para vivenciar experiências positivas, enriquecedora e feliz do seu processo de parturição. Por esta razão a consulta de pré-natal deve se apoiar nos princípios da educação em saúde, sendo participativa e inclusiva tanto para os profissionais de saúde quanto e, principalmente, para as mulheres (RIOS E VIEIRA, 2014).

Apesar das dificuldades estruturais apontadas pelos profissionais, o PHPN é visto como ferramenta facilitadora para o atendimento a gestante, conforme depoimentos a seguir:

O pessoal reclama que as políticas do governo é só mais papel para preencher, mas tem que pensar que ela foi criada para que a gente possa dar uma assistência melhor a mulher. E.4

Para mim, a função maior do programa é fazer eu colocar a mão na consciência todo dia e pensar como eu to atendendo as mulheres. M9

Para mim o PHPN é o Norte para uma assistência no mínimo decente para a paciente. E10

A atenção humanizada requer que a toda a equipe atenda os usuários com respeito e dignidade, como preconizado na Carta de Direitos de Usuários do SUS, na qual está definido que qualquer cidadão tem direito a atendimento humanizado sem nenhum tipo de exclusão ou discriminação (BRASIL, 2006).

Landerhal (2010) reforça que embora atenção humanizada exija mudanças estruturais de ordem econômicas, o respeito pela mulher e pelo momento vivencia precisa ser rotina dentro dos serviços de saúde, pois apenas mudanças estruturais não humanizam o serviço.

Os relatos de E.5 e E.11 traduzem algum movimento em direção a humanização proposta no PHPN:

A política é algo que veio só para somar. Mas eu te digo, eu consigo colocar em prática o preconizado pelo Ministério porque eu tenho

espaço físico necessário, o posto é novo, recém reformado, tenho uma boa equipe, todos as coisas favoráveis para que o funcionamento flua. Eu sei que tem unidades aqui em Pelotas que não tem nem metade do que a gente tem, não tem espaço físico adequado, equipe reduzida e muita demanda. Então, eu posso te dizer com certeza que eu consigo exercer o preconizado porque fazemos parte da Rede Bem Cuidar, que visa exatamente isso, que a assistência seja diferenciada. E.5

O programa é ótimo, mas falta o físico, não adianta nada humanizar o cuidado, mas não ter como trabalhar direito. Então eu acho que a política tem potencial, mas é preciso olhar para a realidade da saúde brasileira. E.11

Assim, com relação à humanização, estudo realizado por Costa et al. (2005) observou que o vínculo construído entre a mulher e o profissional é um importante quesito para a humanização da atenção, além da adesão e a permanência das gestantes no serviço de pré-natal. No entanto, este mesmo estudo pontua que nem sempre é o mesmo profissional que acompanha a mulher durante o pré-natal. Acredita-se que este fato pode ser responsável pela baixa adesão das mulheres ao pré-natal e/ou captação tardia.

Neste estudo observou-se que o vínculo entre gestante e profissional foi estimulado, pois quem realiza o pré-natal é o mesmo profissional durante todo o período gravídico, entretanto, o modelo biomédico ainda se encontra, presente na assistência pré-natal.

Mas a rotina é assim: elas chegam aqui com a suspeita, eu confirmo, início as consultas, os exames, eu procuro sempre trazer a família junto, fazer o pai ou alguém de confiança da gestante vir junto na consulta e participar. Eu acho isso essencial, acho que o pai tem que participar, tem que estar junto, ninguém faz filho com o dedo, a mulher precisa de apoio, ainda mais se for novinha. Mas voltando a rotina, fizemos tudo o que é preconizado, umas oito consultas no mínimo, exames no trimestres e ultrassom se possível. É isso. E.4

Aqui a mulher chega, faz o exame e comprova a gravidez, inicia as consultas, ela faz com a enfermeira, e se tem alguma alteração passa para mim, mas mesmo as que não precisa eu gosto de pelo menos uma vez no mês conversar para saber o que está acontecendo. M.2

É notório que o PHPN trouxe melhorias para a atenção ao pré-natal, como a disponibilização de testes rápidos, a realização do pré-natal odontológico e a possibilidade de realização de todos os exames preconizados, pois anteriormente alguns deles não tinham cobertura pelo SUS. Entretanto, é pertinente destacar que este aumento no consumo de procedimentos não impacta necessariamente nos níveis de saúde e de humanização do cuidado (BRASIL, 2011).

Acredita-se importante o estabelecimento do vínculo da gestante com os profissionais de saúde durante o pré-natal e de igual significância seria manter este vínculo na atenção à mulher no trabalho de parto e parto. A estratégia para esta vinculação faz parte da Rede Cegonha, Lei Federal nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007 que prevê que é direito da gestante conhecer e estabelecer vínculo antecipado com a maternidade na qual receberá assistência. No entanto, apesar da existência da Lei, a assistência ao pré-natal ainda precisa universalizar a prática de definição prévia do local para o atendimento hospitalar do parto.

Confia-se que a vinculação prévia poderia evitar a peregrinação das mulheres para encontrar um serviço de saúde no momento do parto. Atualmente, o município de Pelotas vive um momento delicado no que tange a atenção obstétrica devido ao fechamento de uma das maternidades do município, o que desestabilizou o fluxo de atendimento e intensificou a peregrinação das mulheres em busca de leitos. Desfragmentar a rede de cuidados à mulher, atualmente, torna-se primordial para a manutenção da autonomia da mulher e a UBS deve atuar como agente promotor de vínculo, garantido a segurança das mulheres e um trabalho de parto tranquilo e humanizado.

Outra ação prevista pelo PHPN são as atividades educativas que são realizadas em duas das UBSs pesquisadas. Alguns profissionais referiram a tentativa de iniciar grupos de gestantes, mas apontam dificuldade para esta atividade devido à baixa participação e resistência das gestantes. Nesta perspectiva é possível inferir que, aparentemente, o serviço oferecido pela equipe difere do desejo e necessidade das gestantes, já que elas não participam do planejamento destas atividades.

Neste sentido, os relatos abaixo abordam as dificuldades dos profissionais na implementação das atividades educativas:

Eu tentei fazer um grupo, como te falei antes, mas não veio ninguém e também ninguém se mexeu muito para ajudar também (risos). Mas demais, não tem nenhuma outra atividade não. E.1

E acho que não teríamos adesão, aqui no bairro o pessoal tem mania de só vir no posto quando está precisando muito. E.3

De acordo com o MS, o acolhimento no pré-natal implica a recepção da mulher e de sua família na unidade de saúde. A consulta de pré-natal envolve poucas tecnologias no manejo do cuidado, podendo o profissional de saúde dedicar-se à escuta mais atenciosa às demandas da gestante, transmitindo o apoio e a confiança necessária para que ela se fortaleça e possa conduzir a gestação e o parto com segurança (BRASIL, 2002).

Defende-se que um dos mecanismos efetivos que complementam a assistência pré-natal é a implementação de práticas educativas, proposta em grupos de gestantes para fortalecer esse momento coletivo como um contexto esclarecedor de dúvidas. De acordo com Egry (2011), os espaços para educação em saúde, como grupos de gestantes, constituem o contexto da educação em saúde, que possui como produto final a transformação da forma como poderão ocorrer os futuros eventos. Neste caso, é representado pelas mudanças no processo de desenvolvimento e na vivência do processo de parturição que pode ser modificado pelo grupo de gestantes.

A participação da família nas consultas de pré-natal é mínima, o que, a princípio, não parece ser visto com preocupação pela equipe, a julgar pelos relatos dos entrevistados, que pouco abordaram a temática, pois não evidenciou-se questionamentos e orientações quanto à importância da presença dos familiares no pré-natal e, além disso, alguns consultórios não oferecem acomodações para os familiares. Piccinini et al (2012) apontou a importância de familiares e amigos como fonte de apoio e informação durante o pré-natal.

Contudo, no contraponto, salienta-se que na UBS que realiza grupo com gestante, a participação do companheiro e/ou familiar da gestante é estimulada, conforme relato abaixo:

Sim, a gente realiza grupo semanal de gestantes, e tenta fazer com que os companheiros venham, porque é superimportante, aí conversamos sobre tudo, fizemos sorteios, elas tiram dúvidas, só nos falta a visita a maternidade que ainda não fomos autorizadas, mas vamos seguir tentando.E.10

Justificando os relatos acima, Egry (2008) salienta que as práticas de cuidado podem ou não corresponder às necessidades concretas dos grupos

sociais. Assim acredita-se que é necessário estimular a comunidade da área de abrangência da UBS, no sentido da participação ativa nos processos decisórios das ações de saúde a serem apresentadas à comunidade.

Em consonância com os depoimentos emerge o reconhecimento da necessidade de transformação da realidade dos serviços de saúde que incluem modificações na infraestrutura, modificando o espaço em um ambiente acolhedor e favorável a implantação de práticas humanizadas de cuidado, até mudanças de atuação profissional na direção de um novo modelo de assistência. O MS tem apoiado a implementação de estratégias baseadas nas recomendações da OMS, que assegura as mulheres uma vivência mais positiva da gestação, de forma segura e qualificada (FUJITA; SHIMO, 2014, SOUSA et al., 2016).

Mas a realidade apontada pelos participantes deste estudo difere do contexto do PHPN:

A fragilidade maior não é em questão do PHPN, mas a questão da falta de espaço físico e de pessoal para que possamos colocar em prática o que é preconizado. Então a fragilidade não é constar as coisas na política e não conseguir colocar em prática, porque muitas vezes o que consta na política não condiz com a nossa realidade e com o que a gente pode fazer. E.4

Acho que é o caminho certo, tem que ter cada vez mais política e lei que respalde o atendimento e faça essas mulheres pensarem. Antes elas chegavam no consultório e se a gente dissesse que tinha que ser cesárea elas aceitavam e não questionavam, hoje batem boca e te perguntam tudo. Eu não acho isso ruim, eu acho isso certo na verdade, elas têm que saber mesmo. Então eu acho que a maior contribuição da política é fazer as mulheres pensarem nelas e terem mais autonomia para bater boca com a gente. M.3

Então, só nos falta um espaço decente, mas de resto, nossa, nem compara o que fazíamos antes com o que se faz agora. É outro mundo. E.7

Os entrevistados demonstram que apesar de reconhecerem as dificuldades e a necessidade de mudanças, vêem o PHPN como um facilitador para a atenção humanizada durante o pré-natal. Os profissionais referem que apesar de lentas as mudanças estão ocorrendo no cotidiano assistencial. Neste sentido, realizam o que Egry (2010) denomina como ação projetada, onde há um objetivo e uma meta a serem atingidos. Ao projetarem esta ação, os profissionais

antecipam um comportamento, sendo que as possibilidades estão diretamente ligadas ao presente vivido.

A melhor coisa é que o PHPN “obriga” profissionais mais resistentes a modificarem sua prática de alguma maneira, por mais sutil que seja, só o fato de existir a política já faz com que os profissionais olhem a gestante com outros olhos. E.6

Eu tinha muitos professores na faculdade que só enxergavam o lado fisiológico das coisas. O PHPN vem para mostrar que é possível fazer um pré-natal de qualidade e olhar para todos os aspectos. Precisamos ver a mulher como um ser biopsicossocial e as políticas de atenção básica vem para nos obrigar a colocar a mão na consciência e repensar a nossa prática. M.6

Então, é ter mais coisas para ofertar para as pacientes. Por mais que ainda não seja o melhor, nem se compara a assistência ofertada quando eu comecei a trabalhar. Primeiro que quando eu comecei a trabalhar o enfermeiro não fazia nada no pré-natal, nem chegava perto, quando muito auxiliava o médico verificando sinais, agora a gente tem mais autonomia, e foi por causa das mudanças estruturais né. Agora a gente faz as coisas junto, divide as tarefas, e aqui eles conduzem as consultas por questão de gestão, porque nós temos outras atividades e não conseguimos realizar as consultas, então eles fazem nos dias preestabelecidos. Agora a gestante tem um outro olhar, é mais cuidada, outros aspectos além da gestação são olhados, outras perspectivas. E.9

O conceito de humanização adquire um novo significado se pensado na perspectiva do pré-natal e nascimento. Prestar assistência humanizada significa compreender que as mulheres possuem individualidade, e suas necessidades específicas precisam ser o foco central na atenção ao pré-natal. Para isso, é importante considerar o acesso a informações de qualidade e participação ativa durante todo o processo gestacional. Esses fatores promovem o protagonismo feminino, colaborando para que o este período passe a ser visto como um processo consciente e participado (PIESZAK et al., 2015, SILVA; NASCIMENTO; COELHO, 2015).

Estes aspectos, somados aos pressupostos do PHPN se assemelham ao encontrado neste estudo. Nesta pesquisa a humanização da atenção ao pré-natal é vinculada ao diálogo e escuta qualificada, juntamente com o cuidado integral e esclarecimentos de dúvidas e orientações, corresponsabilizando os envolvidos no pré-natal e incluindo a família. Tais elementos foram vistos pelos profissionais como condicionantes para um pré-natal de qualidade.

O maior reflexo é a oportunidade de prestar uma atenção melhor a gestante, quando eu fiz pré-natal eu era adolescente, fui muito julgada no posto, maltratada, e hoje eu sei que eu sofri violência no meu parto

e no pré-natal porque eu era adolescente, isso é uma coisa que mudou muito, não tem mais isso, pelo menos não aqui, a gente trata todo mundo igual, todo mundo tem direito de reclamar, a gente tem dentista se ela tem carie, tem psicólogo se ela precisa, eu comparo a assistência que eu tive quando eu tava grávida com a assistência que eu vejo as gestantes receberem aqui, nossa, a diferença é imensa, nem se compara, agora a gente trata as mulheres como gente e não como bicho. Hoje se chega uma adolescente aqui por exemplo, a gente olha de forma diferente, não julga, acho que tudo isso é reflexo da mudança da assistência, de ter um olhar mais humanizado no atendimento. E.10

Acho que o PHPN é essencial para melhorar cada vez mais a assistência e diminuir as mortes maternas e dos recém-nascidos, além de ajudar a estabelecer maior vínculo com a gestante e a família. Acho que só teve a acrescentar, e a tendência é cada vez melhorar mais. E.3

O principal reflexo na minha assistência são as mudanças que eu tive no atendimento que eu dou as pacientes. Porque quando começou esse boom da humanização, eu achava ruim, achava modismo, bobagem, que era coisinha para nos atrapalhar. Aí eu comecei a ouvir os outros, até li um pouco sobre, e comecei a me dar conta que tudo isso foi criado por causa de gente como eu que acha que isso é bobagem, e que acha que médico é que tem a palavra final. Não é me achar (risos), mas eu sou um dos poucos dinossauros que deu o braço a torcer. Mas eu tenho que querer o melhor para as pacientes, o meu maior medo desde que me formei é virar aquele médico que os pacientes odeiam, porque eu tinha um professor que era assim e eu odiava ele. Então quando começou toda essa movimentação de humanização, eu fiquei bem resistente, daí eu comecei a pensar e me dar conta que isso foi criado porque a gente é prepotente. Então eu acho que a maior mudança que o programa trouxe foi me fazer repensar o que eu estava fazendo e modificar isso. M.3

Ao relacionar o cuidado integral com a humanização, os profissionais evidenciam a importância de olhar a gestante de maneira completa, de acordo com suas singularidades e multifaces. Cuidar de forma integral é reconhecer que por trás de uma gestação existem pessoas, além da mulher, o bebê e a família, com necessidades singulares (ZAMPIERI, 2010).

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

Nesta perspectiva, estudo realizado com profissionais de saúde evidenciou que o vínculo estabelecido entre a gestante e o profissional esteve

relacionado a um cuidado mais humanizado por parte desse profissional, o que refletiu em sentimentos de segurança para a gestante. Neste estudo, o enfermeiro passou a ser visto como referência dentro do serviço de saúde (BARRETO et al., 2015).

Para Egry (2011), o enfermeiro é o profissional que mais realiza reflexões acerca de sua prática, o que possibilita a este profissional rever suas ações em saúde, elaborando dispositivos comunitários ou estratégias de empoderamento da comunidade para uma participação mais ativa nas discussões relativas às políticas públicas.

Reforça-se que a prática profissional estimula o convívio com a realidade e deveria proporcionar reflexão quanto ao exercício da cidadania e identificar a humanização como um movimento em prol da qualificação da assistência à mulher, família e comunidade aplicável em todo processo de cuidar.

6.4 Aspectos socioculturais e suas relações com a humanização

Em muitas culturas e grupos sociais, o parto guarda relação com insegurança, ansiedade e medo. Estes sentimentos geram expectativas negativas em relação ao nascimento que são transmitidos entre as gerações, constituindo um componente cultural que fortalece a baixa adesão ao pré-natal, devido a associação do ciclo-gravídico puerperal ao sofrimento e a possíveis agravos por parte dos profissionais (CAMPOS; ALMEIDA; SANTOS; 2014).

Os participantes deste estudo ao serem questionados sobre suas condutas no atendimento as gestantes revelam um conjunto de atitudes e condutas que verticalizam o cuidado e encontram-se aquém do preconizado pelo PHPN. Nos relatos abaixo se observam práticas que reforçam estereótipos e pré-julgamentos às mulheres por possuírem muitos filhos, engravidarem cedo, não planejarem a gravidez ou não terem um relacionamento estável.

Elas têm cultura de não fazer as coisas direito porque com os outros nunca aconteceu nada. Quanto mais pobre a paciente mais difícil é o acesso ao pré-natal porque parece que elas não querem e não entendem a importância disso E.2

Meio que tem um perfil das que a gente sabe que não adianta, não vão fazer pré-natal (...) é sempre o mesmo padrão: mais de quatro filhos, um de cada pai. M.7

Adolescente é brabo, a gente não consegue fazer elas virem nas consultas, porque não tem maturidade, e às vezes elas têm vergonha porque não sabem quem é o pai, essas coisas. E.2

Olha, depende, geralmente as que não fazem pré-natal são as que têm dez filhos, não tem estrutura familiar sabe? Nem é questão de dinheiro, é de princípio eu acho. M.7

O contexto sociocultural nem sempre é considerado durante as consultas, embora alguns profissionais demonstrem empatia com a situação econômica, social e cultural dos moradores do bairro onde trabalham.

Ah, eu acho que sim, a posição da mulher quanto ao pré-natal é totalmente ligada com a escolaridade, com o nível econômico e com a cultura familiar. Se ela é mais esclarecida automaticamente ela tem mais noção da importância do pré-natal, mas se ela não sabe da importância, porque ela vai fazer? É aí que fica difícil captar elas no início, porque elas não têm noção de que podem estar grávidas, e só vem ao posto quando realmente precisam. E.4

Com certeza, uma pessoa em situação de vulnerabilidade, independente de que seja vulnerabilidade social ou econômica acaba ficando constrangido de buscar o posto porque tem medo da retaliação, do preconceito. E.8

Dando sustentação aos relatos acima, estudo realizado com gestantes identificou que a postura profissional caracterizada pelo julgamento de valores, discriminação quanto ao estado civil e as condições socioeconômicas são entendidos como limitantes para uma assistência qualificada no pré-natal. Muitas gestantes recebem atendimento que não permite a criação do vínculo e da confiança e o acompanhamento pré-natal é marcado por um cuidado impessoal e impaciente considerado incongruente com os preceitos da humanização (CAMINHA et al, 2012; PARADA et al, 2015).

Diante do exposto, Egry (2011) diz que a partir da compreensão de que o trabalho define a posição dos sujeitos na sociedade e suas condições de trabalho determinam o poder que estes exercem, o acesso às condições possibilita a realização do cuidado mais humanizado e voltado para as necessidades reais do usuário.

Se tu pegas aquelas parideira velha que já tem 6 ou 7 filhos, elas nem vem mais no posto, porque já sabem. Eu vejo que os fatores econômicos não são tão fortes como os sociais e culturais. Porque as vezes elas são pobres de verdade, mas tem o pré-natal melhor que o das graduadas. O que influencia direto na assistência é a cultura do não dá nada, do não vai fazer diferença, de que demora, de que se tem alguma coisa vai direto no hospital. Isso eu ouço muito: “para que eu vou fazer pré-natal? Se me sinto mal vou na UPA!”, entre outras coisas, aqui temos muito a cultura do não fazer, não prevenir, é cultural, é de

Pelotas isso, de deixar para última hora, de não pensar nas consequências. M.5

Acredita-se que a relação sem julgamentos e preconceitos pautada nos princípios da humanização, permite à mulher proferir sua intimidade com segurança o que fortalece o vínculo entre gestante e profissional durante o processo gestacional. No exercício da escuta, o profissional de saúde se oportuniza conhecer a realidade fora de sua vivência pessoal, sendo necessário que se dispa e se distancie de pré-conceitos para que possa compreender a realidade da gestante e sua família e possa ser capaz de ofertar auxílio de acordo com as necessidades de cada mulher. O MS reforça esta premissa ao apontar a gestação como um momento permeado de vivências e sentimentos e, por isso, necessita de atitudes calcadas na compreensão e valorização das necessidades da usuária (BRASIL, 2013).

É necessário que os profissionais mantenham uma relação pautada no respeito e na dignidade, com condutas humanizadas e isentas de preconceitos. Nessa relação torna-se fundamental que o profissional demonstre empatia e interesse em ajudar a gestante (BRITO et al, 2015).

Os participantes deste estudo reforçam as questões culturais como marcadores da adesão ou não ao pré-natal:

Principalmente as questões culturais, porque elas seguem o que a mãe, a vó, a tia faz, então fica difícil de trazer elas para dentro da UBS. Como eu posso te explicar.... a gente tem uma parte do bairro que é bem resistente a frequentar o posto porque antes a equipe era... como posso te dizer.... meio bruta com o pessoal mais marginalizado... então a gente tem dificuldade em trazer o pessoal para cá. Mas sempre que a gente vê que tem alguém mais resistente fazemos visita domiciliar, tenta ir lá, conversar, mostrar que a equipe é diferente e que nosso posicionamento é diferente. Mas voltando a tua pergunta, eu acho que é o que mais influência para o pré-natal de qualidade, porque é culturalmente aceito que não se faça pré-natal, e as vezes quando elas são muito pobres e estão na quinta ou sexta gestação, elas ficam com medo da retaliação dos profissionais, então acabam evadindo do sistema de saúde. E.5

Elas têm cultura de não fazer as coisas direito porque com os outros nunca aconteceu nada. Quanto mais pobre a paciente mais difícil é o acesso ao pré-natal porque parece que elas não querem e não entendem a importância disso. E.10

Ah sim, eu acho que a cultura do não fazer pré-natal é bem forte aqui no bairro, mas tu notas a diferença quando a pessoa tem uma vida econômica um pouco melhor, tudo faz diferença, tem gente que não tem dinheiro nem para comer direito, são ignorantes no sentido real da palavra, porque ignoram a informação, a gente tenta, mas é cultural, é difícil mudar a cultura. M.3

Um estudo realizado com gestantes evidenciou que a relação livre de preconceitos e julgamentos, gera segurança e conforto e permite que as mulheres falem sobre suas intimidades, exponham medos e sanem suas dúvidas. (SOUZA et al, 2013).

Egry (2011) considera que a magnitude e a complexidade do atendimento em saúde coletiva mostram um desafio à implantação das políticas de humanização e à própria possibilidade de consolidação do SUS. Grande parte dessas mudanças depende diretamente do modo como os serviços e as práticas de saúde se organizam e de como o processo de trabalho das equipes estrutura-se a partir das necessidades de saúde da população.

Nesta perspectiva, a TIPESC aponta para a importância de se compreender como as necessidades das pessoas são identificadas e enfrentadas, tanto na perspectiva dos trabalhadores de saúde, integrantes das equipes de saúde como das populações atendidas. Assim, para programar mudanças é necessária uma análise da perspectiva política e estrutural com estudo mais detalhado das visões, práticas e estratégias envolvidas no reconhecimento e atendimento dessas necessidades (EGRY, 1996).

O relato de E6 nos faz refletir que a imposição, o preconceito e o julgamento dos profissionais de saúde revelam um conjunto de atitudes e condutas que verticalizam o cuidado e fogem dos pressupostos da humanização. Humanizar envolve o reconhecimento de uma relação horizontal, de ensino e aprendizagem mútua que busca superar o autoritarismo e a imposição de verdade:

Na questão do pré-natal, tem muita mulher que é usuária de drogas e não busca o posto porque acha que iremos tratar mal, julgar, etc. A minha área é bastante vulnerável e temos bastante resistência por parte dos usuários pois e eles não gostavam da abordagem julgadora dos agentes comunitários e dos profissionais que atendiam eles, agora estamos com bastante dificuldade de trazer esse pessoal para unidade, muitas vezes eu acabo fazendo mais visitas domiciliares do que eu precisaria para tentar aproximar o pessoal daqui. E.6

Destarte é necessário que se construam espaços de compartilhamento de conhecimentos e experiências em prol do crescimento conjunto das gestantes, dos familiares e dos profissionais de saúde na perspectiva de consolidar práticas humanizadas de cuidado à população. Para o MS romper com o paradigma biomédico exige que o profissional transcenda a fragmentação

do cuidado e resgate o significado e a importância que as ações humanizadas representam no cuidado (BRASIL, 2013).

Nesta perspectiva os entrevistados refletem acerca das ações realizadas rotineiramente e que são, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas:

Eu tento me policiar para não julgar né? Temos uma demanda grande e acaba indo no automático as vezes. Eu sei que eu erro na maioria das vezes, mas acho que só o fato de eu me policiar e pensar a respeito já é uma evolução. E.9

As vezes as atitudes da paciente irritam a gente sabe? A gente quer que ela faça, mas ela não entende a importância. E eu sei que eu erro porque muitas vezes fico mais preocupado com os exames do que com o que a paciente está sentindo. M.11

Segundo Calegari, Massarollo e Santos (2017), a empatia deve ser abrangida com competência e, portanto, pode ser desenvolvida para o aperfeiçoamento profissional. Entretanto, o excesso de empatia pode gerar, a longo prazo, sofrimento e angústia ao profissional, tornando o trabalho emocionalmente difícil, comprometendo sua conduta.

A OMS (2015) ressalva que todas as mulheres, em especial as grávidas, têm direito a assistência digna e respeitosa e a desfrutarem do melhor padrão atingível de saúde física e mental, incluindo saúde sexual e reprodutiva. Para tanto, os sistemas de saúde devem ser organizados e administrados de forma a garantirem os direitos humanos das mulheres, responsabilizando-se pela maneira como as mesmas são tratadas durante o parto, garantindo e implementando políticas claras sobre direitos e normas éticas neste atendimento.

Neste aspecto, para Souza; Gaíva; Modes (2011), a assistência à saúde deve ser guiada por quatro princípios fundamentais: respeito, justiça, beneficência e não maleficência. O respeito prima pela autonomia sobre as escolhas, enquanto que a justiça busca a atenção de qualidade para todos. Já a beneficência se refere a obrigação ética de maximizar benefícios e a não maleficência visa minimizar danos e prejuízos, ou seja, assegurar o bem-estar.

Logo, entende-se que a assistência de pré-natal de qualidade deve tomar estes princípios por base, assegurando a autonomia às mulheres e seus familiares. Entretanto, no diálogo com os participantes sobre esta questão

observou-se que os profissionais esperam inicialmente o bem-estar clínico das mulheres, por vezes, reduzem sua interpretação a procedimentos bem-sucedidos tecnicamente, o que denota a inserção destes em uma rede de saúde permeada pelo modelo tecnocrático e medicalizado.

Sim, muitas pacientes acabam não buscando o serviço por acharem que não precisam, porque em outras gestações já não realizaram, então acabam se afastando do serviço de alguma forma. Às vezes elas têm vergonha de pedir ajuda, principalmente financeira, é um misto de orgulho com vergonha, então influencia bastante sim.M.6

Às vezes elas vêm à consulta para conversar. Eu entendo que elas precisam, mas eu tenho mais 20 esperando na rua. Então a gente acaba focando nos exames e na consulta em si, porque não dá tempo.E.2

Tem mulher que não faz pré-natal porque não entende a importância de fazer, tem mulher que não faz porque não quer, depende muito do ambiente onde elas estão inseridas, de como a família reage a gravidez, tem vários fatores. M.10

Mais uma vez, a bagagem de conhecimento constituiu-se como orientadora das ações dos profissionais no cotidiano da atenção ao pré-natal. Sob o escudo da proteção à saúde da gestante, os profissionais acabam desconsiderando aspectos sociais, culturas, sexuais e afetivos presentes durante a gestação. Esta realidade demonstra que mesmo com a existência de políticas públicas voltadas à humanização, se faz necessárias mudanças nos currículos de graduação e pós-graduação.

Neste sentido, Pasche et al. (2014) consideram que incluir programas de atenção humanizada na academia juntamente com a problematização das políticas durante a formação do profissional pode ser considerada uma medida estratégica para garantir que práticas humanizadas sejam, efetivamente, realizadas pelos profissionais nos serviços de saúde.

De acordo com o exposto por Schütz (2012), de modo subjetivo duas pessoas jamais vivenciaram a mesma situação de forma igual, pois cada uma chega a ela com seus próprios objetivos enraizados em sua história singular de vida. Quando apreendemos os motivos atribuídos pelos profissionais para prestar a assistência, se observa a realidade repassada durante sua experiência profissional.

Segundo Egry (1996), recebemos a maior parte do nosso conhecimento em formas aceitas pelo grupo social onde nascemos e crescemos. A visão de

mundo e maneiras comportamentais típicas são os costumes e normas que regulam a conduta humana que se constitui de uma elaboração da realidade objetiva, reconhecida e compreendida por aqueles que vivenciaram uma relação semelhante.

Nesta perspectiva, pode-se considerar que a visão de mundo dos profissionais deste estudo acerca da humanização do pré-natal é algo preestabelecido socialmente, pois o espaço dos serviços de saúde é o lugar onde se concretizam novos conhecimentos e distintas formas tecnológicas de potencializá-los para a assistência à saúde.

Conforme Egry (2011) existem efeitos do processo de trabalho que se expressam no dia-a-dia dos serviços e que devem ser olhados como lugares estratégicos para operações que podem disparar potencializações vitais, na direção de novos processos de produção de saúde.

Acredita-se que por apresentar uma organização do trabalho em bases não tradicionais, a UBS pode ser instrumentalizada para organizar sua produção de cuidados centrados no usuário e nos processos de trabalho de tomada de decisão mais publicizados. Neste sentido, Egry (1998) aponta que para que as potencialidades na construção do novo sejam capturadas, faz-se necessário a implementação de processos de tomada de decisão que possam quotidianamente informar as disputas que se estabelecem entre o instituído/instituinte nos serviços de saúde.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados do presente estudo ofereceram oportunidade para refletir sobre a qualidade da atenção pré-natal nas Unidades Básicas de saúde estudadas e a relevância do trabalho realizado pelos profissionais para o município e para as gestantes em particular. Por outro lado, possibilitaram identificar aspectos que poderão ser fortalecidos na prática assistencial e na formação de recursos humanos para qualificação do atendimento pré-natal.

A análise dos saberes desenvolvidos na assistência pré-natal pelos profissionais de saúde que participaram deste estudo aponta para a necessidade da incorporação e definição de protocolos assistenciais para a melhoria da qualidade dos serviços.

Evidenciou-se a necessidade de motivar e capacitar os profissionais de saúde do município por meio da educação permanente, para que se eliminem as diferenças no acesso e na qualidade da atenção recebida pelas mulheres no pré-natal. Diante dos resultados aqui apresentados seria interessante a implantação de material de fácil acesso, que permitisse aos profissionais de saúde a consulta rápida à política do PHPN nas UBSs para a autoavaliação do atendimento dos profissionais à gestante. Além disso, o uso da carteira de pré-natal como roteiro para a consulta da gestante propiciaria estruturar o atendimento em conformidade com o PHPN.

A realidade apresentada nos resultados nos faz refletir acerca de novos caminhos a serem traçados pelos profissionais de saúde do município, no sentido de ampliarem a sua atuação vislumbrando a melhoria da qualidade da assistência prestada.

Para tanto, é necessário avançar no que diz respeito aos meios de promoção do protagonismo e do empoderamento feminino e na conscientização de que a voz ativa é das próprias mulheres e que elas têm direito de possuir um projeto de vida próprio, de fazer escolhas autônomas, de agir segundo seus

valores e convicções, frutos da sua natureza e cultura, os quais precisam ser considerados pelos profissionais de saúde na atenção à saúde materna.

Os profissionais deste estudo reconheceram a necessidade de mudanças para a efetivação da assistência obstétrica mais humanizadora.

Esses apontamentos vão ao encontro ao movimento de transição da atenção obstétrica no país e a um rol de medidas governamentais que visam modificar o modelo assistencial dominante.

Outro dado importante aqui apontado é o reconhecimento da influência do meio social nas práticas que norteiam a atividade profissional. Há necessidade de fomentar um processo de reflexão ética a fim de evitar que a visão do pré-natal com características típicas negativas prejudique as ações promotoras da autonomia feminina na atenção à saúde materna.

Os profissionais de saúde que atendem no pré-natal necessitam repensar suas práticas e paradigmas em direção a um olhar atento e uma postura compreensiva à vivência autônoma das mulheres em seu processo de parturição. Nesta lógica de pensamento reforça-se a posição do MS sobre a efetivação das enfermeiras obstetras na cena do parto para qualificar a assistência, bem como fortalecer os saberes na prática obstétrica da enfermagem.

A humanização emerge no intuito de desenvolver condutas acolhedoras e não intervencionistas, escuta qualificada, respeito, diálogo e valorização da gestante. Os resultados desse estudo mostram algumas fragilidades para concretização da humanização na atenção pré-natal, especialmente na relação estabelecida entre a gestante e o profissional médico.

Destaca-se a figura do enfermeiro como facilitador para a humanização da atenção pré-natal, haja vista sua formação humanística, voltada para o diálogo, vínculo e responsabilização pelo cuidado em saúde.

Este estudo não tem pretensão de avaliar o atendimento realizado no pré-natal, mas reforçar a importância do conhecimento dos elementos que

distanciam a humanização do pré-natal confere visibilidade às lacunas existentes no cuidado prestado.

Pondera-se que a identificação e o reconhecimento destas fragilidades possam permitir que os profissionais da saúde fomentem discussões em seus espaços de trabalho, no sentido de reconstruir e qualificar suas práticas assistenciais, alicerçando-as nos pressupostos da política de assistência do PHPN.

As limitações deste estudo guardam relação com o número limitado de serviços estudados que se restringiu à realidade de quatro serviços de saúde de Pelotas, RS. Se considera imprescindível novos estudos que contemplem maior número de cenários, abrangendo todas as regiões de saúde, bem como, os entraves da assistência pré-natal sob a ótica das gestantes que possibilitaria conferir visibilidade às lacunas existentes durante o cuidado prestado.

Todavia, como contribuições destacam-se a construção do conhecimento acerca da humanização da atenção pré-natal que poderá subsidiar o desenvolvimento de estratégias de qualificação do cuidado prestado às gestantes e suas famílias.

Espera-se que os resultados aqui apresentados possam contribuir para humanização das práticas dos profissionais na assistência às gestantes no pré-natal, pois, entende-se que a reconstrução das práticas de assistência às mulheres em processo de parturição depende da mudança no fazer dos profissionais de saúde por meio da educação permanente que contribuirá para fortalecimento de ações em prol de práticas que contemplem a humanização do parto e do nascimento. Outra questão importante é a inserção de disciplinas obrigatórias nos currículos acadêmicos e de pós-graduação articulando conhecimentos teórico e prático sobre a humanização.

REFERÊNCIAS⁵

ALVES MENDES, C.R. Atenção à Saúde da Mulher na Atenção Básica: Potencialidades e Limites Ensaio e Ciência: **Ciências Biológicas, Agrárias e da Saúde**, vol. 20, núm. 2, 2016, pp. 65-72.

ANDREUCCI, C. B.; CECATTI, J. G. Desempenho de indicadores de processo do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento no Brasil: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.6, n.27, p.1053-1064, jun. 2011.

ANDRADE, Í. R. C. **Atenção pré-natal: avaliação da estrutura, processo e resultado na prevenção de risco à saúde da gestante** 98 f. Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2013.

ARAGÃO, A.D.S; FERRIANI, M.D.G.C; VENDRUSCOLLO, T.S.; SOUZA, S.D.L.; GOMES, R.. Abordagem dos casos de violência à criança pela enfermagem na atenção básica. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, jan-fev, 2013

ARAUJO, S. M.; SILVA, M. E. D.; MORAES, R. C.; ALVES, D. S. A importância do Pré-Natal e a Assistência de Enfermagem. Veredas FAVIP. **Revista Eletrônica de Ciências**, v.3, n.2, jul./dez. 2010.

ARANTES, R. B.; ALVARES. A. S.; PAULA, A. C.; et al. Assistência pré-natal na estratégia saúde da família. **Cienc Cuid Saude**. V.13, n.2, p.245-254, abr./jun. 2014.

AQUINO, E. M. L.; ALMEIDA, M. C.; ARAUJO, M. J.; MENEZES. G. **Gravidez na adolescência: a heterogeneidade revelada**. IN: HEILBORN, M. L. et al. (Org.). O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond; Fiocruz, 2006. p. 309-360.

BARBOSA, M.A.R.S.; TEIXEIRA, N.Z.F.; PEREIRA, W.R. Consulta de enfermagem – um diálogo entre os saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 20, n. 2, p. 226-229, 2015

BASTON, Helen; HALL, Jennifer. **Enfermagem obstétrica essencial: uma abordagem humanizada**, v.2: pré-natal. Rio de Janeiro: Elsevier, 2010.

BITTENCOURT, L.H.; LOPES-MORI, F.M.; MITSUKA; R., VALENTIM, M.; FREIRE, R. L.; PINTO, S.B., et al. Seroepidemiology of toxoplasmosis in

⁵ Este estudo foi formatado de acordo com o Manual para elaboração de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas- Pelotas, RS.

pregnant women since the implementation of the Surveillance Program of Toxoplasmosis Acquired in Pregnancy and Congenital in the western region of Paraná, Brazil]. **Rev Bras Ginecol Obstet.** 2012;34(2):63-8.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra.** Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **8ª Conferência Nacional de Saúde – relatório final.** Brasília, 1986a.

BRASIL. **Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986.** Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 1986b. Disponível em: <www.cofen.gov.br>.

BRASIL. **Decreto nº 94.406 de 8 de junho de 1987.** Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986. Disponível em: <www.planalto.gov.br>.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil.** Brasília, 1988. Disponível em: <www.senado.gov.br>.

BRASIL. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. 128

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569/GM.** Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher.** Brasília: MS; 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna/Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher.** 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Brasília, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.067/GM.** Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dá outras providências. Brasília, 2006a

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 399/GM.** Divulga o Pacto pela Saúde. Brasília, 2006b. Disponível em: <bvsmms.saude.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 4.279**. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Brasília, 2010. Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O SUS de A Z**: garantindo saúde nos municípios. 3ª ed. Brasília: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde, a Rede Cegonha. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Manual Prático para implementação da Rede Cegonha**. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466 de 2012**. Dispõe sobre pesquisa com seres humanos. Brasília, 2012b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica nº 32**: Atenção ao pré-natal de baixo risco (recurso eletrônico). 1ª ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. COFEN. **Resolução COFEN-159 de 1993**. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4161>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. ApiceOn: aprimoramento, inovação no cuidado e ensino em obstetrícia e neonatologia. Brasília, 2017. 31p.

BUSANELLO, J.; KERBER, N.P.C.; LUNARDI FILHO, W.D.; LUNARDI, V.L.; MENDOZA-SASSI, R.A.; AZAMBUJA, E.P. Parto humanizado de adolescentes: concepção dos trabalhadores da saúde. **Rev enferm UERJ**. v.19, n.2, p.218-223, 2011.

CABRAL, F. B.; HIRT, L. M.; VAN DER SAND, I. C.P. Atendimento pré-natal na ótica de puérperas: da medicalização à fragmentação do cuidado. **Rev. Esc. Enferm. USP**. São Paulo, v. 47, n. 2, p. 281-287, abr. 2013.

CASTRO R. Génesis y práctica Del habitus médico autoritario en México. **Rev MexSociol**. [Internet]. 2014 76(2): 167-97.

CAVALCANTI, P.C.S; GURGEL JUNIOR, G.D; VASCONCELOS, A.L.R.; et al. Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.23, n. 4, p. 1297-1316, 2013.

CECCIM, R.; CAVALCANTI, F. **Rede Cegonha**: práticas discursivas e redes de diálogo. Disponível em: <http://portal.conasems.org.br>.

COFEN. **Resolução COFEN 358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Disponível em: <www.cofen.gov.br>.

COREN/RS. **Legislação e Código de Ética**: guia básico para o exercício da enfermagem. Rio Grande do Sul: COREN, 2017.

CRUZ, R.D.S.B.L.C.; CAMINHA, M.D.F.C; BATISTA FILHO, M. Aspectos Históricos, Conceituais e Organizativos do Pré-natal Historical, Conceptual and Organizational Aspects of Prenatal Care **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**. V. 18 N 1 P 87-94 2014.

DONABEDIAN, A. **La capacidad de la atención médica**: definición e métodos de evaluación. México: La prensa Médica Mexicana, 1984.

DAVIM, R.M.B; GERMANO, R.M; MENEZES, R.M.V. et al. Adolescente/adolescência: revisão teórica sobre uma fase crítica da vida. **Rev. Rene. Fortaleza**, v. 10, n. 2, p. 131-40, 2015.

DIAS, M.A.B.; DOMINGUES, R.M.S.M. Desafios na implantação de uma política de humanização da assistência hospitalar ao parto. **Ciência e Saúde coletiva**. v.10, n.3, p. 699-705, 2005.

DINIZ, C.S.G. Humanização da assistência ao parto no Brasil: os muitos sentidos de um movimento. **Interface Comun Saúde Educ**. v.3, n.1, p.595-602, 2009.

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

EGRY, E.Y. Pesquisar para evoluir? Pesquisar para superar! *Rev Esc Enf USP* 1992; 26: 141-51.

EGRY, E. Y. **Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem**. São Paulo: Ícone, 1996. 144p.

EGRY, Emiko Yoshikawa (Org.). **Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica**: Guia para pesquisadores. São Paulo: Dedone Editora, 2008. 96 p.

EGRY, Emiko Yoshikawa. **O princípio da integralidade – Seminário internacional 20 anos do SUS**. São Paulo, out 2008. Disponível em: http://sistema.saude.sp.gov.br/sde/palestras/seminario_internacional_20anos/30102008/emiko.ppt.

EGRY, E. Y. **Necessidades em saúde na perspectiva da atenção básica: Guia para pesquisadores**. São Paulo: Dedone Editora, 2008. 96 p.

EGRY, E. Y. **Enfermagem em Saúde Coletiva: teoria e método de intervenção**, 2011.

DI LALLO, S. Prenatal Care Through the Eyes of Canadian Aboriginal Women. **Nurs Womens Health**, v. 18, n. 1, p.38-46, 2013.

DUNN, P.M. Adolphe Pinard (1844-1934) of Paris and intrauterine pediatric care. **Arch Dis Child Fetal Neonatal**. v. 91, n.3, p. 231-232, maio 2006.

DUTRA, C. D. **Consulta de Enfermagem no pré-natal: uma investigação da Prática em Saúde Coletiva**. 2014. 170f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2014.

ENDERLE, C.F.; KERBER, N.P.C.; SUSIN, L.R.O.; GONÇALVES, B.G. Parto de adolescentes: elementos qualitativos da assistência. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, v.46, n.2, p.287-94, 2012.

ERMEL, R. C.; FRACOLLI, L. A. O trabalho das enfermeiras no Programa Saúde da Família em Marília/SP. **Revista da Escola de Enfermagem**, Universidade de São Paulo, n.40, v.4, p.533-539, 2006.

FACCHINI, L. A.; PICCINI, R. X.; TOMASI, E.; THUMÉ, E.; SILVEIRA, D. S.; SIQUEIRA, F. V.; RODRIGUES, M. A. Desempenho do PSF no sul e nordeste do Brasil: avaliação institucional e epidemiológica na Atenção Básica à Saúde. **Ciência Saúde Coletiva**, v.3, n.11, p.669-681, 2006.

FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Estratégia da saúde da família: perfil dos médicos e enfermeiros, Londrina, Paraná. **Semina Cienc. Biol. Saúde, Londrina**, v. 26, n. 2, p. 101-108, out.-dez. 2015.

FERREIRA JUNIOR, A.R.; MAKUCH, M.Y.; OSIS, M.J.M.D.; BARROS, N.F. Percepções de profissionais de enfermagem sobre a humanização em obstetrícia. **Sanare – Revista de Políticas Públicas**. [Internet]. 2015; 14(2): 27-35.

FERNANDES, C. B.; PICON, F. S.; PAVIOTTI. Pregnant women knowledge about prenatal development: support for health education. **Journal of Human Growth and Development**, v. 23, n. 3, p. 282-89, 2013.

FLORES, M. A. Formação de professores: questões críticas e desafios a considerar, in **CNE – Conselho Nacional de Educação (Ed.) Estado da Educação** 2014, Lisboa: Conselho Nacional de educação, pp. 262-277, ISBN:978-972- 8360-91-7 – 2015.

FLORENCIO, A.; VAN DER SAND, I. C. P.; CABRAL, F. B.; COLOMÉ, I. C. S.; GIRARDON-PERLINI, N., M., O. Sexualidade e amamentação: concepções e abordagens de profissionais de enfermagem da atenção primária em saúde.

Revista da Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, v.46, n.6, p.1320-1326, 2012.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M, MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica da Enfermagem**, v.2, n.11, p.424-428, 2009.

GUERREIRO, E.M.; RODRIGUES, D.P.; SILVEIRA, M.A.M.; LUCENA, N.B.F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar da gestante e enfermeiros. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 3, n. 16, p. 315-323, jul/set, 2012.

GIL, C. R. R. Atenção primária, atenção básica e saúde da família: sinergias e singularidades do contexto brasileiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.22, n.6, p.1172-1179, jun. 2006.

GIRARDI, S. N.; CARVALHO, C. L. **Mercado de trabalho e regulação dos profissionais de saúde**. In: NEGRI, B.; FARIA, R.; VIANA, A. L. D'A. (Org.). Recursos humanos em saúde: políticas, desenvolvimento e mercado de trabalho. Campinas: Unicamp, 2012.

GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; et al. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME rev. min. Enferm**, v.16, n.3, p. 315-323, jul.-set. 2012.

JANSSEN, M.; FONSECA, S. C.; ALEXANDRE, S. C. Avaliação da dimensão estrutura no atendimento ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família: potencialidades do PMAQ-AB. **Saúde Debate | rio de Janeiro**, v. 40, n. 111, p. 140-152, out-dez 2016.

JARDIM, M J A. **Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante**. 2017. 110 p. Dissertação (Mestrado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2017.

JOSHI, C.; TORVALDSEN, S.; HODGSON, R.; HAYEN, A. Factors associated with the use and quality of antenatal care in Nepal: a population-based study using the demographic and health survey data. **Pregnancy Childbirth**, v. 14, n. 94, p. 01-11, 2014.

LEÃO, M. R. C.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A. et al., Reflexão sobre o excesso de cesariana no Brasil e a autonomia das mulheres, **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, RJ., v. 18, n. 8, p. 2395-400, ago., 2013.

LEISTER, N.; RIESCO, M.L.G. Assistência ao parto: história oral de mulheres que deram à luz nas décadas de 1940 a 1980. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.22, n.1, p.166-174, 2013

LEDESMA-DELGADO, M.E.; MENDES, M.M.R. O processo de enfermagem como ações de cuidado rotineiro: construindo seu significado na perspectiva das enfermeiras assistenciais. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, n. 17, v. 3, p. 328-334, 2009.

LEVANDOWSKI, D. C., PICCININI, C. A., LOPES, R. C. S. **Maternidade adolescente**. Estudos de Psicologia. Campinas, v.25, p. 251-263, 2008.

LIU, N.H; MAZZONI, A; ZAMBERLIN, N. et al. Preferences for mode of delivery in nulliparous Argentinean women: a qualitative study. **Reprod Health**. v.14, n.10, p.1-2, 2013.

LIMA, M.F.G.; PEQUENO, A.M.C.; RODRIGUES, D.P.; CARNEIRO, C.; MORAIS, A.P.P. Developing skills learning in obstetric nursing: approaches between theory and practice. **Rev Bras Enferm [Internet]**. 2017;70(5):1054-60.

MCCMAHON, M. **A reforma da formação de professores no Reino Unido: diferentes objetivos e percursos diferenciados na Inglaterra e na Escócia?** in M. A. Flores (Ed.) Formação e desenvolvimento profissional de professores: contributos internacionais (pp.41-60), Coimbra: Almedina, 2014

MALHEIROS, P. A. et. al. Parto e nascimento: saberes e práticas humanizadas. **Texto Contexto Enferm**. v. 21, n. 2, p. 329-337, 2012.

Manual para elaboração de Trabalhos Acadêmicos da Universidade Federal de Pelotas- Pelotas, RS.

MARTINS, L. M. P.; ARANTES, L. S. Assistência materna na ótica das puérperas usuárias do SUS no município Dourados-MG/Brasil. **Rev. Nursing. São Paulo**, v. 13, n.152, p. 39-47, jan. 2011.

MASSIH, D. A.; OLIVEIRA, M. M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, p.313-324, 2014

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**., v.17, n.4, p.758-764, 2008.

MERIGHI, M.A.B.; CARVALHO, G.M.; SULETRONI, V.P. O processo de parto e nascimento: visão das mulheres que possuem convênio saúde na perspectiva da fenomenologia social. **Acta paul. enferm**. v.20, n.4, 2007.

MICHEL, M. H. **Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais**. 2. Ed. São Paulo: Atlas, 2009.

MINAYO, M. C. de S; GOMES, S. F. D. **Pesquisa Social: Teoria, método e criatividade**. 30ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

- MINAYO, MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- MINAYO, M. C. Apresentação. In R. Gomes, **Pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Instituto Sírio Libanes. 2014.
- MIRANDA, F. J. S. **Avaliação do Programa de Pré-Natal e Nascimento no estado de Minas Gerais: 2000 a 2010**. 2015. [s.n]. Tese (Doutorado). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Estadual de Campinas. 2015.
- MÍRIAM, R. D. C. L.; RIESCO, M. L. G.; SCHNECK, C. A.; ANGELO, M. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 8, p. 2395-2400, ago. 2013
- MORAES, R.; GALIAZZI, M. C. **Análise textual discursiva**. Ijuí (RS): Ed. Unijuí, 2011.
- NAGAHAMA, E.E.I; SANTIAGO, S.M. Práticas de atenção ao parto e os desafios para humanização do cuidado em dois hospitais vinculados ao Sistema Único de Saúde em município da Região Sul do Brasil. **Cad Saúde Pública**. v.24, n.8, p.1859-1868, 2008.
- NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 64, n.1, p.31-37, 2011.
- OLIVEIRA, F. S. **Assistência pré-natal realizada por enfermeiras da rede pública de saúde do Rio Grande, Rio Grande do Sul: um estudo avaliativo**. 2012. 131f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande, Rio Grande, 2012.
- OLIVEIRA, R.L.A.; FONSECA, C.R.B.; CARVALHAES, M.A.B.L.; et al. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. **Rev. Latino Am. Enfermagem** [Internet]. mar.-abr. 2013 21(2).
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança**. Nova York: 1989.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. Relatório Mundial da Saúde. Recém-nascidos nunca mais passarão despercebidos. Geneva: 2005.
- PARADA, C.M.G.L.; TONETE, V.L.P. Healthcare during the pregnancy-puerperium cycle from the perspective of public service users. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.12, n.24, p.35-46, jan./mar. 2008.

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

PERNA, P. O.; CHAVES, M. M. N. **O Materialismo Histórico-Dialético e a Teoria da Intervenção Prática da Enfermagem em Saúde Coletiva: a demarcação do “coletivo” para ação da enfermagem**. *Trabalho Necessário*, n.6, ano 6, 2008.

OLIVEIRA, S.K.P.; QUEIROZ, A.P.O.; MATOS, D.P.M.; MOURA, A.F.; LIMA, F.E.T. Temas abordados na consulta de enfermagem: revisão integrativa de literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 1, n. 65, p. 155-161, jan/fev, 2012.

PARADA, C.M.G.L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2015. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.**, Recife, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2015. A10.

PEIXOTO, C.R; FREITAS, L.V.; TELES, L.M.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. 286-291, abr/jun. 2011.

PEIXOTO, C.R.; FREITAS, L.V.; TELES, L.M.R.; CAMPOS, F.C.; PAULA, P.F.; DAMASCENO, A.K.C. O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Revista de Enfermagem** [da Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, v. 2, n. 19, p. 286-291, abr/jun, 2011.

PIO, D.A.M; OLIVEIRA, M.M. Educação em saúde para atenção à gestante: paralelo de experiências entre Brasil e Portugal. **Saúde Soc. São Paulo**, v.23, n.1, p.313-324, 2014 3.

PREFEITURA MUNICIPAL DE PELOTAS. **Plano municipal de saúde 2014-2018**. Disponível em: http://www.pelotas.rs.gov.br/politica_social/saude/arquivos/plano_municipal_saude.pdf.

RIBEIRO, L. **Relação do perfil de acompanhamento nas consultas de pré-natal com os desfechos maternos e perinatais**. Dissertação (mestrado). Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Medicina, Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública. 2017. 96 fls.

ROSA, W.A.G.; LABATE, R.C. Programa Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência. **Rev Latino-am Enfermagem**. v. 13, n. 6, p. 1027- 1034, nov./dez. 2005.

SANFELICE, C., ABBUD, F., PREGNOLATTO, O., SILVA, M., & SHIMO, A. (2014). Do parto institucionalizado ao parto domiciliar. **Revista Rene**, 15(2), 362-370

SANTOS, A.D.S; CUBAS, M.R. **Saúde coletiva**: linhas de cuidado e consulta de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2012. 304 p.

SANTOS, L.F. et al. When the communication is harmful in the encounter between health professional and family of hospitalized child. **Enfermería global**, v. 1, n. 37, p. 2216-26, 2015.

SANTOS, N. D. D.; THIENGO, M. A.; MONTENEGRO, J. R.; PACHECO, S. T. D. A. O empoderamento de mães de recém-nascidos prematuros no contexto de cuidado hospitalar. **Rev enferm UERJ**, Rio de Janeiro, 2014 jan/fev; 22(1):65-70.

SANTOS NETO, E.T.; OLIVEIRA A.E.; ZANDONADE E.; LEAL M.C. **Access to prenatal care: assessment of the adequacy of different indices**. Cad. Saúde Pública. 2013; 29(8):1664-1674.

SARTI, T.D.; CAMPOS, C. E.A; ZANDONADE, E.; et al. Avaliação das ações de planejamento em saúde empreendidas por equipes de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 537-548, mar. 2012.

SEIBERT, S.L.; GOMES, M.L.; VARGENS, O.M.C. Assistência Pré-Natal da Casa de Parto do Rio de Janeiro: a visão de suas usuárias. **Esc Anna Nery. Rev. Enferm.** v. 12, n.4, p. 758-64. dez. 2008.

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

SERRUYA, S.J.; LAGO, T.D.G.; CECATTI, J.G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. **Rev Bras Saúde Matern Infant**.v. 4, n. 3, p. 269-279, 2004.

SILVA, M. J.; ALMEIDA, M. I. D. O materialismo histórico como marco de referência para a enfermagem em saúde coletiva – uma análise crítica. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.1, n.2, p.49-56, jul./dez. 2000.

SILVA A.L.S.; NASCIMENTO E.R.; COELHO E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem** 19(3) Jul-Set 2015; 424-431.

SILVA, R. C. **Operacionalização da política de atenção ao parto humanizado em adolescentes**. 2011. 109f. Dissertação (Mestrado em

- Ciências). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas. 2011.
- SILVA, R.C., SOARES, M.C., JARDIM, V.M.R.; et al. O discurso e a prática do parto humanizado de adolescentes. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 629-36, jul./set. 2013.
- SILVA E.P.; LIMA, R.T.; FERREIRA, N.L.S; et al. Pré-natal na atenção primária do município de João Pessoa-PB: caracterização de serviços e usuárias. *Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.* Recife, v. 13, n. 1, p. 29-37 jan. / mar. 2013.
- SILVA, R. C. **Qualidade da Atenção Pré-Natal à Gestante Adolescente na Perspectiva dos Profissionais de Saúde**. 2015. 140 f. Tese (Doutorado em Ciências) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, 2015.
- SODRÉ, T. M.; MERIGHI, M. A. B.; BONADIO, I. C. Escolha informada no parto: um pensar para o cuidado centrado nas necessidades da mulher. **Cienc Cuid Saude**, v. 12, n. supl 1, p. 115-20, 2012.
- SOUZA, C.R.; BOTAZZO, C. Construção Social da demanda em saúde. *Physis Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 393-413, 2013.
- SOUZA.C. Políticas Públicas: uma revisão da literatura. **Sociologias**, Porto Alegre, v. 8, n.16, p.20-45, 2006.
- SOUZA, J. P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030) **Rev Bras Ginecol Obstet**. 2015; 37(12):549-51
- STRUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa Qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. Tradução Luciane de Oliveira da Rocha. 2.ed.- Porto Alegre: Artmed, 2008. 288p.
- TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo: Atlas, 2008.
- UCHIMURA, L. Y. T.; UCHIMURA, N. S.; SANTANA, R. G.; FELCHNER, P. C. Z.; UCHIMURA, T. T. Adequabilidade da assistência ao pré-natal em duas unidades de saúde em Curitiba, Paraná. **Cienc Cuid Saude**, v. 13, n. 2, p. 219-27, 2014.
- VASCONCELOS-MOURA; M. A.; SILVA, G. F.; SANTOS, Cláudia; ARAÚJO, V. M. La calidad de asistencia de enfermería en el período prenatal desde la perspectiva de la mujer embarazada. **Aquichán**, v. 14, n. 2, p. 196-206, 2014.
- VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 30 Sup: S85-S100, 2014.

XIMENES NETO, F. R. G. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na estratégia de saúde da família em Sobral, Ceará. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, DF, v. 61, n. 5, p. 595-602, set. /out. 2008.

WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Trends in maternal mortality: 1990 to 2013: estimates by WHO, UNICEF, UNFPA, the World Bank, and the United Nations Population Division.** 2014

WHO. World Healthy Organization. **Definitions.** 2010.

APÊNDICES

**APÊNDICE A – CARTA A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Pelotas, ___ de _____ de 2018.

Prezado(a) Secretário(a) da Saúde Municipal,

Vimos por meio desta solicitar sua autorização para desenvolver a pesquisa intitulada “Contribuições da Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento à atenção no pré-natal”, sendo este requisito para obtenção do título de Mestre em Ciências da Saúde da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, tendo como orientadora a Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares. A pesquisa tem por objetivo conhecer a contribuição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para atenção no pré-natal.

Farão parte do presente estudo os profissionais de nível superior que realizam consulta de pré-natal nas unidades Bom Jesus, Cohab Guabiroba, Sanga Funda e Simões Lopes.

Assume-se o compromisso ético de resguardar todos os profissionais envolvidos na pesquisa, garantindo o anonimato, em consonância com a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos e o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem de 2017.

Certas de contar com o apoio e acolhida, desde já agradecemos, e estamos à disposição para as informações que se fizerem necessárias.

Atenciosamente,

Enf^a Luiza Rocha Braga
Email: luizarochab@gmail.com
Tel: (53)999693687

Dr^a Enf^a Marilu Soares Correa
Email: enfermeiramarilu@gmail.com
Tel: (53)991479691

**APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Orientadora: Dr^a Enf^a Marilu Correa Soares

Email: enfermeiramarilu@gmail.com

Tel: (53) 991479691

Orientanda: Enf^a Luiza Rocha Braga

Email: luizarochab@gmail.com

Tel: (53)999693687

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Vimos, respeitosamente, por meio do presente, solicitar a sua colaboração no sentido de participar da pesquisa intitulada “Contribuições do PHPN à atenção no pré-natal” que será desenvolvida com os profissionais de saúde que realizem assistência ao pré-natal, das equipes nas Unidades Básicas de Saúde vinculadas a Rede Bem Cuidar. A pesquisa tem por objetivo conhecer a contribuição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para atenção no pré-natal.

PROCEDIMENTOS: Serão realizadas entrevistas gravadas com os profissionais que integram as equipes. Os resultados serão usados para fins científicos e estarão à sua disposição sempre que solicitar.

RISCOS: O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento ou experimento com seres humanos. A entrevista poderá causar desconforto, que serão minimizados, pois a(o) Senhora (Senhor) responderá as questões de livre e espontânea vontade, e as perguntas poderão ser respondidas na totalidade ou em parte, sem prejuízo para a(o) Senhora (Senhor). A entrevista será gravada com seu consentimento.

BENEFÍCIOS: Os benefícios de sua participação nesta pesquisa relacionam-se com a possibilidade de reflexão sobre sua prática, bem como da assistência ofertada por sua equipe e troca de informações entre a(o) participante e a pesquisadora.

PARTICIPAÇÃO VOLUNTÁRIA: A sua participação neste estudo será voluntária, podendo interrompê-la a qualquer momento, se assim desejar, sem que isso lhe traga prejuízo pessoal ou profissional.

CONFIDENCIALIDADE: Sua identidade permanecerá confidencial durante todas as etapas do estudo. Os resultados serão transcritos e analisados com responsabilidade e honestidade e usados exclusivamente para fins científicos.

CONSENTIMENTO: Pelo presente consentimento informado, declaro que fui esclarecida(o), de forma clara e detalhada, livre de qualquer forma de constrangimento e coerção dos objetivos, da justificativa, da metodologia da presente pesquisa, bem como dos riscos e benefícios de minha participação no estudo. A pesquisadora respondeu todas as minhas perguntas esclarecendo minhas dúvidas. Portanto, estou de acordo em participar do estudo. Este formulário de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, ficando uma em seu poder e a outra, com o pesquisador responsável pela pesquisa.

Assinaturas:

Pesquisador

Participante da Pesquisa

Data: ____/____/_____

**APÊNDICE C – ROTEIRO PARA ENTREVISTA
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS
FACULDADE DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

Dados de Identificação

Idade:

Sexo:

Escolaridade:

Tempo de trabalho na UBS:

Vínculo com a Instituição:

Profissão:

Tempo de formado:

Curso de aperfeiçoamento/especialização:

Quais profissionais compõem sua equipe?

QUESTÕES NORTEADORAS

1. Comente sobre a rotina da assistência no pré-natal nesta unidade?
2. Comente sobre as atividades que você realiza no que tange a assistência ao pré-natal? Questão de apoio: Esta assistência está embasada em alguma política, protocolo ou documento orientador?
3. Comente sobre a Política de Humanização do Pré-Natal e Nascimento? Questão de apoio: Qual a sua opinião sobre as contribuições do PHPN e da Rede Cegonha no que tange a assistência do pré-natal?
4. Em relação a implantação do PHPN, comente as potencialidades para sua atenção na assistência ao pré-natal
5. Em relação a implantação do PHPN, comente as fragilidades para sua atenção na assistência ao pré-natal.
6. Comente sobre as atividades além das consultas pré-natal que são realizadas com as gestantes em sua UBS?
7. Você acredita que as questões socioculturais e econômicas influenciam na assistência pré-natal? Sim? Não? Comente.
8. Comente sobre o reflexo da implantação do PHPN na sua rotina de trabalho junto a gestante.

ANEXOS

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Contribuições do Programa de Humanização do Parto e Nascimento para atenção no pré-natal

Pesquisador: LUIZA ROCHA BRAGA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 89944918.1.0000.5317

Instituição Proponente: Faculdade de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.677.553

Apresentação do Projeto:

A experiência da gestação e do parto contribui para a transformação na vida da mulher, implicando em modificações que repercutem nas esferas pessoal, familiar e socioeconômica, que na maioria das vezes exige a tomada de decisões importantes. As modificações, especialmente às relacionadas à esfera pessoal devem ser acompanhadas de maneira oportuna pelos profissionais da saúde, contribuindo para uma vivência prazerosa e o protagonismo da gestante (CRUZ, CAMINHA, BATISTA FILHO, 2014). O protagonismo e a autonomia têm sido incluídos nas discussões das políticas para mulheres no país em vários cenários sociais e científicos como um componente essencial da humanização do parto e nascimento. Porém, o incentivo a essa autonomia, com foco na assistência durante o pré-natal, ainda é um tema abordado com certa timidez no Brasil (SANTOS, THIENGO, MORAES et al, 2014). Desde a implantação do Programa de Humanização do Parto e Nascimento, no ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) vem estimulando a humanização na assistência a gestante, incentivando a autonomia como forma de potencializar a capacidade natural da mulher de dar à luz. A preparação para o parto deve promover o empoderamento feminino, estimulando a escolha informada, resgatando o cuidado centrado nas necessidades da gestante e exercendo uma prática ética fundamentada em evidências (BRASIL, 2013). Diante do exposto, elaborou-se a seguinte questão norteadora: Qual a contribuição do Programa de Humanização do Parto e Nascimento para atenção no pré-natal?

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Parecer: 2.677.553

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer a contribuição do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento para atenção no pré-natal.

Objetivo Secundário:

- Identificar o conhecimento dos profissionais de saúde acerca do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento;
- Averiguar as práticas desenvolvidas pelos profissionais da saúde que assistem a mulher durante o pré-natal;
- Identificar as facilidades e dificuldades apontadas pelos profissionais de saúde na assistência a mulher no pré-natal com a implantação do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O estudo não desencadeará riscos físicos, pois não será realizado nenhum procedimento invasivo, coleta de material biológico ou experimento com seres humanos. No entanto, poderá desencadear desconfortos durante a entrevista os quais serão minimizados, uma vez que as perguntas poderão ou não ser respondidas na sua totalidade. Também será garantida a desistência da participação em qualquer momento, sem prejuízo para os participantes.

Benefícios:

Os benefícios para os envolvidos no estudo serão a troca de conhecimentos e de informações entre os participantes e pesquisadoras.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo qualitativo e descritivo, que será realizado na cidade de Pelotas/RS. Optou-se por realizar este estudo nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) da zona urbana de Pelotas que façam parte da Rede Bem Cuidar que tem por objetivo estabelecer um novo padrão de atendimento aos pacientes por meio da integração dos usuários com os servidores da saúde na definição das prioridades e na forma humanizada de cuidado, com promoção da prevenção e do bem-estar. Farão parte do estudo as seguintes unidades: Bom Jesus, Cohab Guabiroba, Sanga Funda e Simões Lopes. Os participantes do estudo serão profissionais de nível superior atuantes

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata CEP: 96.030-001
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com

**UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS**



Continuação do Parecer: 2.677.553

na atenção básica e que realizam consultas de pré-natal. Os dados obtidos na coleta de dados serão transcritos e analisados sob a perspectiva da análise textual discursiva (ATD), esta tem como finalidade "a produção de novas compressões sobre os fenômenos e discursos".

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

OK

Recomendações:

OK

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

OK

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1133731.pdf	15/05/2018 12:32:42		Aceito
Outros	cartadeanuencia.pdf	15/05/2018 12:32:00	LUIZA ROCHA BRAGA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	15/05/2018 12:31:27	LUIZA ROCHA BRAGA	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	tcle.pdf	15/05/2018 12:30:52	LUIZA ROCHA BRAGA	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	15/05/2018 12:30:34	LUIZA ROCHA BRAGA	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	15/05/2018 12:30:11	LUIZA ROCHA BRAGA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	15/05/2018 12:06:59	LUIZA ROCHA BRAGA	Aceito
Outros	projeto2.pdf	26/05/2018 16:44:06	Patricia Abrantes Duval	Aceito
Outros	cartadeanuencia2.pdf	26/05/2018 16:44:34	Patricia Abrantes Duval	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Endereço: Av Duque de Caxias 250

Bairro: Fragata

CEP: 96.030-001

UF: RS

Município: PELOTAS

Telefone: (53)3284-4960

Fax: (53)3221-3554

E-mail: cep.famed@gmail.com

UFPEL - FACULDADE DE
MEDICINA DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PELOTAS



Continuação do Processo: 2.677.553

Não

PELOTAS, 26 de Maio de 2018

Assinado por:
Patricia Abrantes Duval
(Coordenador)

Endereço: Av Duque de Caxias 250
Bairro: Fragata CEP: 96.030-001
UF: RS Município: PELOTAS
Telefone: (53)3284-4960 Fax: (53)3221-3554 E-mail: cep.famed@gmail.com