

■ Artigo Original

“O Sistema Único de Saúde que dá certo”: ações de humanização no pré-natal

“The Unified Health System that works”: actions of humanization of prenatal care

“El Sistema Único de Salud que funciona”: acciones de humanización en el prenatal



Camila Nunes Barreto^a
Laís Antunes Wilhelm^b
Silvana Cruz da Silva^c
Camila Neumaier Alves^d
Luiza Cremonese^b
Lúcia Beatriz Ressel^b

RESUMO

Objetivo: Entender como ocorre a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e dos programas de saúde propostos pelo Ministério da Saúde na prática da atenção pré-natal de risco habitual.

Método: Estudo de campo, descritivo exploratório de abordagem qualitativa. A pesquisa foi realizada de fevereiro a junho de 2014, com observação participante e entrevista semiestruturada, em quatro unidades de saúde da família, tendo a participação de cinco enfermeiros e três médicos. Quanto à análise de dados, optou-se pela Proposta Operativa.

Resultados: As categorias reveladas neste estudo que promoveram a humanização da atenção pré-natal foram: a aproximação e a vinculação da gestante e de sua família com as unidades de saúde da família e a educação permanente como facilitadora da humanização no pré-natal.

Conclusões: Compreende-se que para a aproximação de uma atenção humanizada é necessário um olhar ampliado frente às singularidades das mulheres.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Humanização da assistência. Atenção primária à saúde. Objetivos de Desenvolvimento do Milênio.

ABSTRACT

Objective: to know how the approach of public policy humanization prerequisites and health programs proposed by the Ministry of Health occur in the practice of prenatal of care usual risk.

Method: field study, exploratory descriptive qualitative approach. The survey was conducted from February to June 2014, with participant observation and semi-structured interviews in four family health units where five nurses and three doctors attended. Operative Proposal was chosen for data analysis.

Results: the categories revealed in this study that promoted the humanization of prenatal care were: The approach and linking of pregnant woman and their family to family health units and Permanent education as a facilitator for humanization in prenatal care.

Conclusions: it is understood that to approach humanized attention, an enlarged look in face of women's singularities is required.

Keywords: Pre-natal care. Humanization of assistance. Primary Health Care. Millennium Development Goals.

RESUMEN

Objetivo: conocer cómo sucede el acercamiento a los presupuestos de humanización de políticas públicas y programas de salud propuestos por el Ministerio de Salud en la praxis de atención prenatal de riesgo habitual.

Método: estudio de campo, descriptivo, exploratorio y cualitativo. La investigación se realizó entre febrero y junio de 2014, con observación participante y entrevistas semiestructuradas en cuatro unidades de salud de la familia, participaron cinco enfermeros y tres médicos. En cuanto a análisis de datos se optó por Propuesta Operativa.

Resultados: las categorías reveladas en este estudio que promueve humanización de atención prenatal fueron: El acercamiento y vinculación de la mujer embarazada y su familia con las unidades de salud de la familia y la educación permanente como facilitador de humanización de atención prenatal.

Conclusiones: se entiende que para aproximar a una atención humanizada se necesita una mirada más grande por delante a las singularidades de las mujeres.

Palabras clave: Atención prenatal. Humanización de la atención. Atención primaria de salud. Objetivos de Desarrollo del Milenio.

DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56769>

^a Secretaria Estadual de Saúde do Rio Grande do Sul. 8ª Coordenadoria Regional de Saúde. Cachoeira do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil.

^b Universidade Federal de Santa Maria. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil.

^c Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Porto Alegre, Rio Grande do Sul, Brasil.

^d Universidade Federal de Pelotas. Programa de Pós-graduação em Enfermagem. Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil.

■ INTRODUÇÃO

A atenção pré-natal é um espaço de construção singular, influenciada pelo conjunto familiar e social da gestante e também a partir da atuação dos profissionais de saúde. As referências e relações destas mulheres devem ser consideradas, pois refletem diretamente na adesão ao pré-natal, na compreensão da atenção e nos cuidados realizados⁽¹⁾.

Outros aspectos também são indispensáveis na busca de um atendimento qualificado e humanizado na atenção pré-natal como, uma visão ampliada para as necessidades da mulher, o cuidado de acordo com os princípios éticos, o respeito ao próximo, a garantia da dignidade e autonomia. Ainda ressalta-se a importância da busca por estratégias para facilitar o acesso aos serviços de saúde e a diminuição do tempo de espera destas usuárias⁽²⁾.

Esses cuidados na atenção as gestantes estão intimamente ligados à qualificação e humanização do atendimento. Nesta direção, ressalta-se a Política Nacional de Humanização (PNH), a qual norteou este estudo e busca fortalecer as demais estratégias brasileiras na perspectiva da humanização da atenção. A PNH, discutida desde 2003, reconhece avanços e reforça a necessidade de superar desafios e problemas ainda persistentes nos serviços de saúde. Considerando a atenção básica como um espaço de grande significância para o reconhecimento da humanização como política e para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS), devido à aproximação com as usuárias, às trocas solidárias e aos vínculos terapêuticos oportunizados neste contexto⁽³⁾.

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

Além disso, observa-se a existência de uma lacuna na atenção ao ciclo gravídico puerperal relacionada as consultas de pré-natal na atenção básica⁽⁵⁾. Uma vez que caracterizam-se pelo enfoque em procedimentos e rotinas, colocando em segundo plano o compartilhamento de conhecimentos e experiências das mulheres, fragilizando o protagonismo no cuidado.

Ademais, quando fala-se em humanização, geralmente, os estudos abrangem o momento do parto em detrimento às demais etapas da gravidez, contudo, essas não devem ser ignoradas, um vez que todas as fases do processo gestacional possuem uma representação singular na vida da mulher. Logo, o cuidado à mulher e sua família deve ser

longitudinal, respeitando cada fase da gestação e seu significado para vida destes⁽⁵⁾.

Ao optar pelo olhar ampliado sob a humanização do cuidado pré-natal na atenção básica, considerou-se o expressivo reflexo positivo de um pré-natal de qualidade nos índices de morbimortalidade materna e perinatal, os quais diminuíram no Brasil nos últimos. Contudo especificamente no que tange ao quinto Objetivo de Desenvolvimento do Milênio (ODM), referente à “*melhoria da saúde materna*”, intensamente associada com a qualidade da assistência de pré-natal, ainda constata-se algumas fragilidades, as quais não permitirão o seu alcance no prazo estabelecido. Esse objetivo abrange duas metas globais, sendo as metas: reduzir a mortalidade materna a três quartos do nível observado em 1990 e universalizar o acesso à saúde sexual e reprodutiva⁽⁶⁾.

Destaca-se, neste contexto, a importância de debater a temática de humanização neste período singular da vida mulher, uma vez que um pré-natal qualificado contribui para o bem estar da mulher e do bebê, corroborando com o quinto objetivo do ODM, a qual busca melhorar a saúde materna.

Nesta esteira de pensamento, balizado nas propostas do Ministério da Saúde (MS) voltadas à saúde da mulher e norteadas pela PNH a questão de pesquisa desse estudo é: quais os fatores que promovem a aproximação dos pressupostos de humanização das políticas públicas e programas de saúde propostos pelo MS na práxis da atenção pré-natal de risco habitual?

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

■ METODOLOGIA

Tratou-se de um estudo de campo, de caráter descritivo exploratório, com abordagem qualitativa. Esta produção originou-se de uma dissertação de mestrado, intitulada “Humanização da atenção pré-natal na práxis dos profissionais de saúde”, do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria⁽⁷⁾.

A atenção básica (AB) em saúde do município onde se desenvolveu o estudo é composta por 31 unidades, das quais 18 são Unidades básicas de Saúde (UBS) tradicionais e 13 são Unidade de Saúde da Família (USF), sendo que três unidades contam com equipe dupla, contabilizando 16 equipes no total. O cenário que compôs este estudo compreendeu quatro Unidades de Saúde da Família da rede básica de saúde de um município do Sul do Brasil.

A seleção dos campos de estudo foi realizada por meio de sorteio e concretizada pela saturação dos dados. Quanto à organização destes serviços, três contavam com uma equipe de saúde da família (equipe simples) e uma com equipe dupla. A equipe dupla corresponde à duas equipes de saúde da família simples, dividindo o no mesmo estabelecimento de saúde, a fim de abranger toda a população que compõe o território.

A atenção pré-natal nas quatro USF cenários deste estudo eram organizadas da seguinte maneira: em três serviços as consultas de pré-natal eram centralizadas num único dia da semana com flexibilidade do atendimento conforme a demanda espontânea. Ainda, um dos serviços disponibilizava a agenda livre, possibilitando a marcação em qualquer dia da semana.

Os critérios utilizados para inclusão dos participantes corresponderam a enfermeiros e médicos que desenvolvessem ações referentes à atenção pré-natal. Quanto aos critérios de exclusão foram enfermeiros e médicos que estivessem afastados do serviço no momento da pesquisa, ou que estivessem se integrando ao serviço no período de coleta de dados.

A seleção dos participantes⁽⁸⁾ ocorreu por meio da saturação de dados e no momento em que a pesquisadora compreendeu atingir os objetivos propostos pelo estudo, o que justifica o desenvolvimento da pesquisa em quatro serviços de saúde. Considerando estas questões, os participantes corresponderam a cinco enfermeiros e três médicos.

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

A pesquisadora trilhou na observação participante um caminho minucioso que pode ser traduzido por três fases. Na primeira fase a observação foi pautada a fim de facilitar a aproximação com os participantes, e diminuir a distância entre pesquisador e observado. A segunda fase exigiu que ao observar, a pesquisadora se desfizesse de conceitos pré-estabelecidos e buscasse compreender o conjunto da comunidade pesquisada e dos diferentes fatores que compreendiam e influenciavam as ações e percepções dos participantes, a fim de conhecer a realidade de cada serviço. A última e terceira fase foi caracterizada pela sua complexidade, demanda a sistematização e organização dos dados, onde se respeitou o mais fielmente possível as questões metodológicas, a fim de garantir resultados válidos e confiáveis⁽⁹⁾.

Neste contexto, destaca-se a importância de um instrumento de registro, que foi o diário de campo. Este possibilitou as anotações das observações em tempo real e

também posteriormente com maior aprofundamento pela observadora⁽⁹⁾.

Ainda, a entrevista semiestruturada contribuiu na produção dos dados. Optou-se por realizá-la no final das observações, com caráter complementar. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos participantes. O conteúdo das entrevistas compreendeu: a percepção dos profissionais da saúde acerca da humanização na atenção pré-natal, o conhecimento das políticas públicas e programas de saúde voltados à humanização, as potencialidades e fragilidades na práxis para concretização de uma atenção humanizada e o reconhecimento de estratégias que aproximam de um cuidado humanizado no pré-natal no dia a dia dos profissionais de saúde, complementando as observações realizadas.

A análise dos dados foi embasada na proposta operativa⁽⁸⁾, caracterizada por dois níveis operacionais. Primeiramente, o pesquisador buscou explorar e compreender o contexto do grupo pesquisado, denominado nível operacional exploratório. Nesta etapa, a pesquisadora buscou conhecer a rotina das ações ofertadas na atenção pré-natal nas USF e aproximou-se dos profissionais de saúde a fim de acompanhar a abordagem realizada com a gestante e sua família no momento do pré-natal. Em seguida, iniciou-se o encontro com os fatos empíricos possibilitados pelo estudo, descrito pela autora como o ponto de partida e de chegada de qualquer pesquisa, sendo segundo nível operacional, denominado interpretativo. A fase interpretativa corresponde a duas etapas, simultaneamente: ordenação dos dados e classificação dos dados, sendo que esta última inclui a leitura horizontal e exaustiva dos textos, a leitura transversal, a análise final e a construção do relatório com a apresentação dos resultados. Na ordenação dos dados, a pesquisadora transcreveu as entrevistas realizadas com os profissionais e aprofundou as reflexões realizadas no diário de campo, possibilitando o reconhecimento das ações de aproximação da humanização na atenção pré-natal. Já na classificação dos dados, de maneira minuciosa, elencou-se os fatores de aproximação da humanização, sendo estes discutidos conjuntamente com a PNH, política norteadora deste estudo e também as demais políticas e programas de saúde voltados à saúde da mulher.

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

O presente estudo conduziu-se pelos os preceitos da Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos⁽¹⁰⁾. As questões éticas previstas compreenderam a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos participantes e o termo de confidencialidade pelo pesquisador responsável. A pesquisa foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM, conforme parecer nº 513.040.

■ RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados deste estudo corroboram com os objetivos da PNH ao apontar iniciativas na organização e na oferta de práticas em saúde, as quais aproximam a humanização da práxis na atenção pré-natal, fortalecendo o “SUS que dá certo”. As categorias que contribuíram para a aproximação dos pressupostos da política nacional foram: A aproximação e vinculação da gestante e sua família com as unidades de saúde da família e A educação permanente como facilitadora da humanização no pré-natal.

A aproximação e vinculação da gestante e sua família com as unidades de saúde da família

A PNH evidencia a importância do reconhecimento do contexto e demandas sociais das usuárias, a valorização da dimensão subjetiva e a construção de vínculos solidários. Percebeu-se nos trechos a seguir a aproximação da gestante e sua família com a equipe de saúde:

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

Na consulta médica, a gestante questionou o profissional sobre os tipos de parto. O médico esclareceu as dúvidas da gestante e estimulou a mesma a conversar com seus familiares, especialmente, a figura materna para saber como foi esta experiência, o tipo de parto realizado e os sentimentos vivenciados. (02).

O reconhecimento da gestação como um evento singular, familiar, cercado de influências sociais e sentimentos é um dos alicerces iniciais para concretização de um cuidado integral. Ainda, o respeito às crenças e singularidades da gestante, fortalecem o vínculo entre profissional de saúde

de e usuária, possibilitando que as reais demandas sejam atendidas na atenção pré-natal.

O atendimento acolhedor e respeitoso proporcionado à gestante, reflete-se de maneira positiva na adesão ao pré-natal. A empatia com a equipe de saúde, o estabelecimento de vínculo com os profissionais, a valorização da cultura da gestante, o reconhecimento do contexto social, especialmente, o familiar e a oferta de serviços de acordo com as demandas das gestantes auxiliam na participação ativa da mulher no cuidado prestado⁽¹¹⁾.

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

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

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

Em estudo, realizado no Maranhão, evidenciou-se a expansão do acesso às consultas de pré-natal nos últimos anos. Sugere-se que esta mudança está associada pela reorganização que a USF propõe com equipes de referências, as quais promovem ações que articulam a participação da enfermagem e dos agentes comunitários de saúde⁽¹²⁾.

O estímulo à participação do companheiro no pré-natal e nos cuidados durante a gestação foi evidenciado pelos profissionais de saúde como promotores de um atendimento humanizado. Visualiza-se a importância de considerar a família neste contexto de atenção:

Na consulta de enfermagem, a enfermeira questionou sobre a participação do pai do bebê nos cuidados durante a

gravidez. Gestante relatou boa aceitação, parceria e preocupação nos cuidados. Enfermeira incentivou a participação do pai no acompanhamento pré-natal, se for o desejo da gestante. (03).

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

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

A inserção do companheiro, de maneira direta ou indireta, na atenção pré-natal contribui positivamente na continuidade dos cuidados. Uma vez que é um elemento cultural, de forte significado, influencia na compreensão do pré-natal e na adesão precoce e contínua ao serviço. Cabe aos profissionais de saúde, referenciar a figura paterna, considerar sua opinião e desejos, visto que a participação do companheiro é valorizada pela gestante⁽¹⁾.

O vínculo entre a gestante e o enfermeiro foi observado, neste estudo, como promotor de cuidados mais humanizados. A manutenção de vínculos solidários entre usuárias e profissionais de saúde denotou sentimentos de segurança por parte das gestantes. Como se percebeu nos trechos a seguir:

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

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

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

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

A atuação do enfermeiro como elemento ativo na equipe de saúde cada vez mais se amplia na atenção básica. Num primeiro momento, a presença do enfermeiro pode gerar sentimentos de desconfiança e insegurança nas mulheres, que é resultado de uma construção cultural focada apenas no cuidado médico centrado. Porém, verifica-se que estes conceitos sofrem mudanças, à medida que as gestantes são atendidas pelos enfermeiros, acabam desenvolvendo uma relação de confiança e segurança devido à atenção diferenciada, acolhedora e pautada no saber científico⁽¹³⁾.

Quanto à graduação em Enfermagem, percebe-se uma forte corrente didático-pedagógica que tem contribuído na superação do modelo biologicista. Porém, são necessárias mudanças no processo educativo de todas as profissões, rompendo com a dicotomia entre ensino e prática, aproximando as políticas sociais e programas de saúde da realidade dos serviços. Entende-se que a formação deve contemplar uma aprendizagem proativa, no reconhecimento do outro e na escuta ativa das gestantes⁽¹⁴⁾.

A facilidade no acesso aos exames laboratoriais e preventivos colaborou na resolutividade das ações no pré-natal e também na aproximação e vinculação da gestante com os serviços de saúde, sendo destaque nos serviços observados. Como se visualiza nos trechos a seguir:

Os exames laboratoriais eram coletados num dia específico da semana na própria USF, e em média, no período de uma semana os resultados retornavam às unidades para avaliação dos profissionais de saúde. Também, nos serviços que havia internet, o acesso ocorria online, quando os resultados eram disponibilizados pelos laboratórios. Ainda, nos casos de maior urgência, solicitava-se que as gestantes coletassem diretamente nos laboratórios credenciados pelo município e assim que os resultados estivessem disponíveis, levá-los à USF. (01, 02, 03, 04).

Na USF observou-se uma boa organização quanto à realização do exame preventivo (papanicolau). Todas as gestantes que faziam acompanhamento pré-natal realizavam o exame. Na unidade, existia um caderno para acompanhar os exames coletados, os resultados e o telefone das mulheres, para contato quando necessário. A enfermeira relatou que todos os resultados dos exames eram avaliados quando chegavam do laboratório, no caso de qualquer alteração buscavam contatar a gestante para início imediato dos cuidados. (03).

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

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

Num estudo, realizado na região Sul do Brasil, apontou-se o maior número de exames laboratoriais no grupo de mulheres que aderiram ao pré-natal no primeiro trimestre. Revelou-se que 52% das gestantes iniciaram os cuidados no primeiro trimestre, destas 84,2% realizaram os exames preconizados pelo MS. Reforça-se a relevância de estratégias para captação precoce das gestantes, pois o período iniciado interfere na cobertura das ações⁽¹⁵⁾.

A educação permanente como facilitadora da humanização no pré-natal

Nesta categoria, apresentam-se distintas estratégias, fomentadas pela educação permanente que facilitaram a promoção de uma atenção humanização à mulher. Neste contexto, a atuação da Residência Multiprofissional Integrada instigou os profissionais a repensarem sua práxis. Dos serviços observados, três são campos de formação de residentes multiprofissionais, ressaltado positivamente pe-

los profissionais de saúde, ao contribuir para renovação das práticas em saúde.

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

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

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

Além disto, possibilitou a atuação de profissionais de diferentes áreas, dando suporte à equipe de saúde da família na atenção multidimensional à gestante. Outro fator observado, diz respeito às práticas de educação em saúde, sendo alavancadas pela residência, com ações que promovem o protagonismo da gestante e fortalecem sua autonomia.

Sem dúvida, a residência multiprofissional consiste numa forte estratégia do SUS, visando à formação crítica, enfatizada na PNH pelo incentivo à educação permanente. Esta apresenta, por meio da aprendizagem em contato direto com a realidade dos serviços de saúde, potenciais pedagógicos e políticos para transformação do modelo de atenção à saúde e das práticas de cuidado à gestante⁽¹⁶⁾.

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

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

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

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

Em pesquisa, realizada no mesmo município deste estudo, revelou-se que a maioria das condutas preconizadas pelo MS, no atendimento pré-natal, foi realizada com maior frequência nos serviços de saúde da família, quando comparados as unidades básicas tradicionais⁽¹⁷⁾. Outro estudo, apontou a realização de procedimentos já consolidados no pré-natal independente do modelo de atenção, como a verificação de medidas e a solicitação de exames⁽¹⁸⁾.

No âmbito das USF deste estudo apareceram com mais assiduidade as ações educativas e preventivas, o uso de sulfato ferroso, a realização das vacinas, a realização de exames preventivo de câncer de colo e mama e o incentivo as práticas saudáveis durante a gestação. Estas ações são destacadas nos manuais e cadernos de saúde como essenciais no acompanhamento pré-natal.

O reflexo do aprimoramento profissional na qualidade da atenção prestada às gestantes corrobora com um dos eixos priorizados pela PNH, a qual enfatiza a importância da educação permanente na reformulação das práticas em saúde. Confirmou-se mais uma vez, a contribuição do processo educativo, na qualificação do atendimento, como percebeu-se nos trechos a seguir:

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

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

A continuidade no processo educativo realizada pelos profissionais fortaleceu a renovação das práticas e abor-

dagens em saúde. A educação permanente estimulou os trabalhadores a refletirem sobre seu processo de trabalho e pautarem-se em evidências científicas para desenvolver as ações no pré-natal. Além disso, percebeu-se o destaque nos cursos de pós-graduação em saúde da família e residências multiprofissionais na inclusão de temas como a humanização, o acolhimento e as redes de atenção à saúde, os quais incentivam a mudança do modelo de atenção prestado.

Entende-se que o SUS e suas políticas, como a PNH, passam um processo de construção social contínua. Nesta direção, a educação permanente revelou-se com uma das principais estratégias para garantia de um cuidado humanizado. O ensino e a prática não podem dissociar-se, é necessário resgatar a práxis reflexiva e envolver ativamente os profissionais nesta fase, para que possam, por meio de suas ações e estudos, promover transformações no processo de trabalho pautadas na humanização da atenção⁽¹⁹⁾.

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

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

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

As ações educativas foram entendidas pelos profissionais como essenciais para aproximação da humanização. A participação em cursos de especialização refletiu no maior acesso à literatura científica, contribuindo para desmistificação da consulta clínica como prioridade no pré-natal. Compreendeu-se que espaços, como o grupo de gestantes, oportunizaram a expressão das vivências das

mulheres, sua participação ativa, estabelecem vínculos entre usuária e profissional e conscientizaram sobre a importância do pré-natal e do início precoce destes cuidados.

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

Apesar do reconhecimento da importância das ações educativas, percebem-se fragilidades neste contexto, pois conforme estudo recente, realizado neste município, em equipes de saúde da família e unidades básicas tradicionais, destaca-se que menos de 20% das gestantes acompanhadas, em algum momento do pré-natal participaram de grupo de gestantes ou de orientações em sala de espera⁽¹⁷⁾.

Ratifica-se com isso que uma das principais estratégias para evitar a medicalização no período gravídico puerperal, refere-se a ações voltadas à promoção e educação em saúde, pautada em práticas que envolvam o mínimo de intervenções. Nessa esteira de pensamento, por meio da educação em saúde, cria-se um espaço de trocas de experiências e participação ativa das mulheres, além disto, oportuniza-se o empoderamento desta mulher, tornando a mesma multiplicadora de conhecimentos com seus iguais. Acredita-se que ao priorizar estas ações, diminui-se o distanciamento entre as gestantes e os serviços de saúde, ainda reflete positivamente na qualidade do pré-natal e consequentemente nos indicadores de morbimortalidade materna e infantil⁽²⁰⁾.

■ CONCLUSÕES

A aproximação com a humanização no pré-natal envolve um comprometimento pessoal e profissional dos trabalhadores de saúde, uma vez que os desafia a superar dificuldades do cotidiano e buscar dentro das possibilidades um atendimento humanizado e integral às gestantes. O primeiro passo na humanização da atenção no pré-natal abarca o reconhecimento do outro, ou seja, reconhecer a gestante como um sujeito de direitos, marcado por uma história de vida e familiar, sendo sua cultura norteadora na adesão aos cuidados de saúde.

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

Entende-se que a mudança no modelo de atenção e gestão do SUS ocorre a longo prazo, alicerçada em discussões e reflexões, reformas curriculares e por um processo contínuo de educação. Este estudo reafirmou a importância da atenção básica neste processo, já vislumbrando bons resultados na atenção à saúde da mulher.

Ainda destaca-se a relevância de um pré-natal qualificado para garantia da melhor saúde materna, uma das metas dos ODM. As ações apresentadas contribuem para aproximação com a humanização demonstram a importância das práticas de promoção e educação em saúde, para o empoderamento da mulher e a efetividade do cuidado pré-natal.

Entende-se que este estudo possui limitações referentes às de uma pesquisa qualitativa, quanto ao número de participantes e generalização dos resultados. Contudo compreende-se sua contribuição para o aprofundamento da temática.

Espera-se que as ações evidenciadas contribuam nas práticas dos profissionais de saúde e estimulem um processo reflexivo frente ao cuidado humanizado no pré-natal, buscando atender as reais demandas das mulheres. Ademais, almeja-se que este estudo, fomenta as discussões que possam expandir as práticas que possibilitem a concretização do “SUS que dá certo”.

■ REFERÊNCIAS

1. Barreto CN, Ressel LB, Santos CC, Wilhelm LA, Silva SC, Alves CN. Atenção pré-natal na voz das gestantes. Rev Enferm UFPE online [Internet]. 2013 [citado 2014 out 5];7(6):4354-63. Disponível em: http://www.revista.ufpe.br/revista-enfermagem/index.php/revista/article/view/4355/pdf_2721
2. Marin MJS, Stornilo LV, Moravcik MY. A humanização do cuidado na ótica das equipes de saúde da família de um município do interior paulista, Brasil. Rev Latino-Am Enfermagem [Internet]. 2010 [citado 2014 out 3];18(4):[7 telas]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n4/pt_15.pdf
3. Ministério da Saúde (BR). Caderno HumanizaSUS: atenção básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
4. Ministério da Saúde (Brasil). Caderno HumanizaSUS: formação e intervenção. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
5. Zampieri MFM, Erdmann AL. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. Rev Bras Saúde Matern [Internet]. 2010 [citado 2014 out 20];10(3):359-67. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v10n3/v10n3a09.pdf>
6. United Nations (US), General Assembly. Road map towards the implementation of the United Nations Millennium Declaration: report of the Secretary-General. New York; 2001.
7. Barreto CN. Humanização da atenção pré-natal na práxis dos profissionais de saúde [dissertação]. Santa Maria (RS): Universidade Federal de Santa Maria; 2015.
8. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: Hucitec; 2010.

9. Victora CG, Knauth DR, Hassen, MNA. Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.
10. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Diário Oficial da União [da] República Federativa do Brasil. 2013 jun 13;150(112 Seção 1):59-62.
11. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção de puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. Texto Contexto Enferm [Internet]. 2011 [citado 2014 out 10];20(Esp):255-62. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20nspe/v20nspea32.pdf>
12. Costa GRC, Chein MBC, Gama MEA, Coelho LSC, Costa ASV, Cunha CLF, et al. Caracterização da cobertura do pré-natal no Estado do Maranhão, Brasil. Rev Bras Enferm [Internet]. 2010 [citado 2014 out 10];63(6):1005-9. Disponível em: www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/21.pdf
13. Barbosa TLA, Gomes LMX, Dias OV. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. Cogitare Enferm [Internet]. 2012 [citado 2014 out 15];16(1):2-35. Disponível em: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/view/21108/13934>
14. Costa RKS, Miranda FAN. Opinião do graduando de enfermagem sobre a formação do enfermeiro para o SUS: uma análise da FAEN/UERN. Esc Anna Nery Rev Enferm [Internet]. 2010 [citado 2014 out 15];14(1):39-47. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n1/v14n1a07.pdf>
15. Hass CN, Teixeira LB, Beghetto MG. Adequabilidade da assistência pré-natal em uma estratégia de saúde da família de Porto Alegre-RS. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2013 [citado 2014 out 15];34(3):22-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v34n3/a03v34n3.pdf>
16. Nascimento DDG, Oliveira MAC. Competências profissionais e o processo de formação na residência multiprofissional em saúde da família. Saúde Soc [Internet]. 2010 [citado 2014 out 12];19(2):814-27. Disponível em: www.revistas.usp.br/sausoc/article/29705/31580
17. Anversa ETR, Bastos GAN, Nunes LN, Pizzol TS. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2012 [citado 2014 out 13];28(4):789-800. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v28n4/18.pdf>
18. Mendoza-Sassi RA, Cesar JA, Teixeira TP, Ravache C, Araújo GD, Silva TC. Diferenças no processo de atenção ao pré-natal entre unidades da Estratégia Saúde da Família e unidades tradicionais em um município da região sul do Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2011 [citado 2014 out 12];27(4):787-96. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v27n4/18.pdf>
19. Cotta RMM, Reis RS, Campos AAO, Gomes AP, Antonio VE, Batista RS. Debates atuais em humanização: quem somos nós? Ciênc Saúde Coletiva [Internet]. 2013 [citado 2014 out 12];18(1):171-9. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v18n1/18.pdf>
20. Souza VB, Roecker S, Marcon SS. Ações educativas durante a assistência pré-natal: percepção de gestantes atendidas na rede básica de Maringá-PR. Rev Eletr Enf [Internet]. 2011 [citado 2014 out 15];13(2):199-210. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/v13/n2/v13n2a06.html>

■ Endereço do autor:

Camila Nunes Barreto
Rua Aníbal Loureiro, 370, Santo Antônio
96506-770 Cachoeira do Sul – RS
E-mail: camilabarreto_6@msn.com

Recebido: 29.06.2015

Aprovado: 03.11.2015