

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

VIRGÍNIA LEISMANN MORETTO

**A CAPACITAÇÃO PARTICIPATIVA DE PRÉ-NATALISTAS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: um estudo de caso**

Porto Alegre

2010

VIRGÍNIA LEISMANN MORETTO

**A CAPACITAÇÃO PARTICIPATIVA DE PRÉ-NATALISTAS EM UMA
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: um estudo de caso**

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul para obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Porto Alegre

2010

VIRGÍNIA LEISMANN MORETTO

**A CAPACITAÇÃO PARTICIPATIVA DE PRÉ-NATALISTAS EM UMA UNIDADE BÁSICA
DE SAÚDE: UM ESTUDO DE CASO**

Tese apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem.

Aprovada em Porto Alegre, 21 de setembro de 2010.

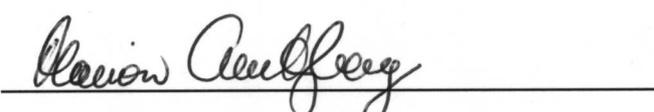
BANCA EXAMINADORA



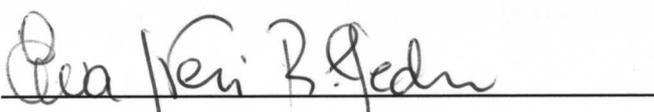
Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha
Presidente da Banca – Orientadora
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Janine Schirmer
Membro da banca
UNIFESP



Profa. Dra. Marion Creutzberg
Membro da banca
PUCRS



Profa. Dra. Eva Neri Rubim Pedro
Membro da banca
PPGENF/UFRGS



Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer
Membro da banca
EENF/UFRGS

*Aos meus filhos Renata e Arthur, lição de
emoção, companheirismo e amor profundo.*

AGRADECIMENTOS

À professora Dr^a Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha, pela dedicação, seriedade e amizade. Sua simplicidade e humildade são exemplos a serem seguidos sempre; apreender contigo é mais fácil, até nas situações que parecem impossíveis.

A D. Imelda, minha mãe, que sempre incentivou o estudo como forma de crescimento e independência pessoal.

A minha irmã, Regina, que sempre apoiou incondicionalmente as minhas decisões e no cuidado dos meus filhos.

A minha cunhada, Ziza, parceira para todas as horas.

A minha afilhada, Laura, que seguiu meus passos profissionais e sempre está ao meu lado quando preciso, e eu ao seu.

A Joice, minha aluna que se tornou bolsista, colega e amiga nesta vida.

À amiga Lúcia, que nos momentos mais difíceis foi capaz de me entender só com o olhar e a voz embargada.

A minha colega Jussara, que se tornou uma grande amiga. Dividimos momentos muito pessoais e emocionantes, trabalhamos muito juntas e, quem sabe, continuaremos assim, em outras empreitadas.

A minha colega Luzia, que me escudou e dividiu comigo alguns momentos nesta etapa.

Às abenfetes e amigas Leila, Marisa e Letícia, que facilitam a vida com suas acolhidas, risadas e ombro quando necessário.

A minha querida chefe de departamento, mas sobretudo amigona, Mariene.

Às colegas e amigas desde o início da enfermagem, Annelise e Cláudia, exemplo de cuidado, proteção e carinho.

À amiga e colega Anne Marie, dedicada nos momentos em que mais precisamos.

À amiga e colega Lilian, pelo incentivo à docência.

À amiga e colega Dora, pelos momentos de reflexões e contribuições na pós-graduação.

À Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, pelo apoio e incentivo.

Ao Programa de Pós-Graduação da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

À Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre.

Ao pessoal da Unidade Básica Panorama, pela participação, dedicação e vontade de acertar.

Às professoras integrantes da banca examinadora.

E, sobretudo, a DEUS.

LISTA DE SIGLAS

ABENFO-RS – Associação Brasileira de Obstetizas e Enfermeiras Obstetizas do Rio Grande do Sul

ASSEPLA – Assessoria de Planejamento da Secretaria de Saúde de Porto Alegre

EEUFRGS – Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

HPV – Hospital Presidente Vargas

MS – Ministério da Saúde

PA – Pronto Atendimento

PAISM – Programa da Atenção Integral a Saúde da Mulher

PHPN – Programa de Humanização do Parto e Nascimento

PUC – Pontifícia Universidade Católica

SINASC – Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SISPRENATAL – Sistema Informatizado de Informações do Pré-natal

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

UFRGS – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo estudo de caso, com pressupostos da pesquisa participante. O caso se constitui na capacitação participativa dos profissionais que atuam no pré-natal de uma unidade básica de saúde. Os objetivos foram desenvolver a capacitação participativa com os profissionais e refletir sobre as ações desenvolvidas por eles durante a capacitação. A humanização foi o referencial teórico para o desenvolvimento da capacitação e seus princípios foram empregados como norteadores da atenção pré-natal. O estudo se desenvolveu em uma unidade básica de saúde da região da Lomba do Pinheiro, na cidade de Porto Alegre-RS, no período de outubro de 2007 a novembro de 2009. Utilizou-se o diário de campo coletivo para a coleta dos dados e estes foram analisados segundo a análise temática de Minayo. A capacitação consistiu em dez encontros, geradores de discussões e reflexões dos pré-natalistas sobre seu cotidiano de atendimento, inserindo-os na busca por estratégias para melhorar o trabalho. Os encontros provocaram mudanças nas práticas, as quais favoreceram o atendimento à mulher no quesito do acesso à unidade de saúde e ao hospital de referência para o parto; nas questões do cotidiano do atendimento, como modificações na sala do atendimento, a inclusão do acompanhante nas consultas, o aumento no tempo das consultas, a uniformização no tempo das consultas entre os pré-natalistas das equipes da UBS e PSF, o acompanhamento da enfermeira no atendimento pré-natal, a sugestão de alteração da carteira de pré-natal e a inclusão de lembretes escritos para as consultas de puerpério. Acredita-se que essas modificações poderão contribuir para aprimorar os indicadores da qualidade da atenção pré-natal.

Descritores: Cuidado pré-natal. Capacitação profissional. Humanização da assistência. Centros de saúde.

RESUMEN

Se trata de un estudio cualitativo de estudio de caso con los presupuestos de la investigación participativa. El caso se constituye en la capacitación participativa de los profesionales que actúan en el prenatal de una unidad básica de salud (UBS). Los objetivos fueron desarrollar la capacitación participativa con los profesionales y reflexionar acerca de las acciones desarrolladas por ellos durante la capacitación. La humanización fue el referencial teórico para el desarrollo de la capacitación y sus principios fueron empleados como orientadores del cuidado prenatal. El estudio se desarrolló en una unidad básica de salud de la región *Lomba do Pinheiro*, en la ciudad de Porto Alegre - RS, desde octubre de 2007 hasta noviembre de 2009. Se utilizó el diario de campo colectivo para la recolección de los datos que fueron analizados según el análisis temático de Minayo. La capacitación consistió en diez encuentros, generadores de discusiones y reflexiones de los profesionales de prenatal acerca de su cotidiano de atendimento, insertándolos en la búsqueda por estrategias para mejorar el trabajo. Los encuentros provocaron cambios en las prácticas, las cuales favorecieron el atendimento a la mujer en cuanto al acceso a la unidad de salud y al hospital de referencia para el parto así como en las cuestiones del cotidiano del atendimento, o sea, cambios en la sala de atendimento, la inclusión del acompañante en las consultas, el aumento del tiempo de las consultas, la uniformización del tiempo de las consultas entre los profesionales de prenatal de los equipos de la UBS e del PSF (Programa de la Salud de la Familia), el acompañamiento de la enfermera en el atendimento prenatal, la sugestión de alteración de la tarjeta de prenatal y la inclusión de apuntes para recordar las consultas de puerperio. Se acredita que estas modificaciones podrán contribuir para mejorar los indicadores de calidad de la atención prenatal.

Descriptorios: Atención prenatal. Capacitación profesional. Humanización de la atención. Centros de salud.

ABSTRACT

It is a qualitative study, developed as a case study, using the procedures of the participative research. The case comprises the participative development of skills of the professionals that work in the prenatal program of a basic health care unit. The objectives were to develop a participative training of those professionals as well as to reflectively think about the actions developed by them during the training. Humanization was the theoretical landmark for the training development and its principles were employed as guidelines of the prenatal attention. . The study was carried out on a basic health care unit at Lomba do Pinheiro Area in the city of Porto Alegre–RS, from October 2007 to November 2009. A collective field diary was used in order to gather the data which was analyzed according to the thematic analysis by Minayo . The development of skills process consisted of ten meetings that generated discussions and reflective thoughts of the prenatal professionals about their daily care activities in a way that they wished to search for strategies to improve their work. The meetings provoked changes such as finding better ways to care for the women to ease their access to the basic health care unit and to the reference hospital for childbirth, as well as in regard to issues of the daily attendance, as the presence of companionship during consultations, physical changes on the offices area, longer consultation hours by all the professionals, prenatal consultation attended by nurses, changes on the Prenatal Card, written reminders of the Postpartum Consultation date, and so on. The author believes that those changes will contribute favorably to the qualitative indicators of prenatal care.

Descriptors: Prenatal care. Professional training. Humanization of assistance. Health centers.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
2 OBJETIVOS	20
3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO	21
3.1 Modelos de atendimento à gestante	21
3.2 Humanização como referencial para o atendimento pré-natal	24
3.3 O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento	27
4 METODOLOGIA	30
4.1 Delineamento do estudo	30
4.2 Descrição do local de estudo	31
4.3 A definição do caso	34
4.4 Os encontros participativos	35
4.5 Participantes pesquisa	36
4.6 Diário de campo coletivo	37
4.7 Etapas do estudo	38
<i>4.7.1 A montagem estrutural: 1º momento</i>	<i>38</i>
<i>4.7.2 Os encontros participativos : 2º momento</i>	<i>40</i>
<i>4.7.3 Ações da pesquisa: 3º momento</i>	<i>45</i>
<i>4.7.4 Avaliação da capacitação pelos pré-natalistas: 4º momento</i>	<i>47</i>
4.8 Análise dos dados	48
4.9 Considerações éticas	49
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	50
5.1 O cotidiano da atenção pré-natal	50
<i>5.1.1 Desconhecimento de políticas, programas e diretrizes da atenção pré-natal</i> ..	<i>50</i>
<i>5.1.2 Predomínio do modelo tradicional de atendimento</i>	<i>55</i>
<i>5.1.3 Dificuldades para desenvolvimento das práticas de atenção humanizadas</i>	<i>64</i>
5.2 Ações decorrentes da capacitação participativa	69
<i>5.2.1 Duração das consultas de pré-natal</i>	<i>69</i>
<i>5.2.2 Mudança na sala de atendimento às gestantes</i>	<i>72</i>
<i>5.2.3 A inserção do acompanhante nas consultas de pré-natal</i>	<i>73</i>
<i>5.2.4 Os papéis dos profissionais nas consultas</i>	<i>76</i>
<i>5.2.5 Aproximação da UBS com o hospital de referência para o parto</i>	<i>79</i>

<i>5.2.6 Propostas para o desenvolvimento das práticas de atenção</i>	83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	87
REFERÊNCIAS	92
APÊNDICE A – Diário de campo	99
APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e informado	100
APÊNDICE C – Termo de compromisso para utilização de dados	101
ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre	102
ANEXO B – Registro na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul	103
ANEXO C – Carteira de puerpério	104

1 INTRODUÇÃO

A pesquisadora deste estudo dedica-se há mais de duas décadas na atenção à saúde da mulher, especialmente durante o ciclo da gestação, parto e puerpério. Nos últimos dez anos, tem se dedicado, na universidade, à docência em sua área, buscando situações de ensino-aprendizagem relacionadas ao contexto local e às políticas de saúde instituídas no Brasil.

A vivência aliada à docência tem oportunizado atuar e participar de diversas equipes de saúde no âmbito da saúde básica, na cidade de Porto Alegre. A experiência permitiu observar que o acompanhamento pré-natal é melhor quando as mulheres conseguem estabelecer vínculo com a equipe de saúde que a atende.

Na prática profissional, é possível observar que há maior vínculo da mulher com o atendimento pré-natal quando as equipes de saúde trabalham de uma forma diferente do modelo tradicional biomédico. Ou seja, outras questões são levantadas e abordadas no atendimento, além dos procedimentos técnicos exigidos pelos respectivos protocolos.

Com relação ao contexto da atenção pré-natal no Brasil, o Ministério da Saúde (MS) aponta que o número de consultas pré-natais aumenta a cada ano; porém, outros indicadores não acompanham essa evolução da atenção à mulher⁽¹⁾. Exemplo disso é a realização de cesarianas estar em patamares próximos a 50% dos partos realizados, fato preocupante, tendo em vista as complicações maternas e neonatais e também as questões econômicas da gestão de saúde em razão desta prática de parto⁽¹⁾.

Na cidade de Porto Alegre, RS, a cobertura da assistência pré-natal da rede básica, em 2006, foi de 56% do total de 18.383 nascimentos, índice mantido no ano de 2007⁽²⁾. Estima-se que nos anos seguintes, de 2008 e 2009, a taxa tenha alcançado 60% de cobertura, em termos de acompanhamento de consultas durante a gestação¹. Observa-se, então, um aumento da cobertura do atendimento pré-natal na rede básica de Porto Alegre, acompanhando o incremento da cobertura nacional: 125% das consultas de pré-natal, no período de 2003 a 2009.

¹ Informações obtidas junto à coordenação da vigilância sanitária da SMS, em 2010.

O incremento da cobertura de consultas de pré-natal do ano de 2006 para o de 2009 é considerado um bom indicador. Porém, é conveniente considerar outros resultados, a fim de evitar uma avaliação do dado isolado e possíveis distorções.

Com relação aos partos realizados em Porto Alegre, a taxa de cesarianas nos últimos anos aumentou de 37,3%, no ano de 2000, para 48,4%, em 2007 e para 50%, em 2008 e 2009²⁽²⁾.

As afecções perinatais foram responsáveis por 48,7% da mortalidade infantil no ano de 2000 e por 45,7%, em 2007⁽²⁾.

A sífilis congênita, outra condição relacionada ao atendimento pré-natal, é a preocupação atual da vigilância sanitária da Secretaria de Municipal de Saúde(SMS), pois nos anos de 2006 e 2007 ocorreram, respectivamente, 82 e 76 casos, enquanto o preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) seria de, no máximo, 18 e 17 casos, respectivamente, de acordo com o número de nascimentos⁽²⁾.

Em 2008, foram notificados 82 casos de sífilis congênita e, no ano de 2009, foram declarados 161 casos³. Observa-se que nesse último ano, dobrou o número de casos de sífilis congênita em relação ao ano anterior, embora os nascimentos permaneçam nos mesmos patamares desde 2006⁽⁵⁾.

Verifica-se que outros indicadores relativos à atenção pré-natal também não conseguiram avançar com resultados positivos. Para ilustrar essa situação, é importante analisar as taxas de realização de exames durante o acompanhamento pré-natal, indicadas pela SMS do município e pelo Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN). São recomendados os seguintes exames: hematócrito, hemoglobina, glicemia em jejum, sistema sanguíneo ABO e fator Rh, hepatite B (HBSAG), pesquisa de HIV, imunofluorescência para toxoplasmose IgG e IgM, urina e pesquisa para sífilis (VDRL)⁽²⁾.

No primeiro trimestre da gestação, a realização dos exames fica em torno de 60% dos acompanhamentos cadastrados; já no terceiro trimestre da gravidez, a cobertura cai para 20%. Esses exames devem ser repetidos no final da gestação, pois são importantes para acompanhar e tratar situações, evitando partos prematuros e complicações perinatais, como a sífilis, por exemplo.

^{2, c} Informações obtidas junto à coordenação da vigilância sanitária da SMS, em 2010.

A situação apresentada permite supor que o vínculo das mulheres com os profissionais, durante o atendimento pré-natal, não se consolida ou se faz de forma inadequada, pois seria esperado que, se as mulheres mantivessem um sólido vínculo com os profissionais de saúde durante o acompanhamento pré-natal, deveriam atender as exigências e necessidades do atendimento.

As falhas do atendimento pré-natal repercutem nas condições de nascimento dos recém-nascidos e nas situações de superlotação das UTIs Neonatais. Estudos destacam que a baixa qualidade do pré-natal está diretamente relacionada a nascimentos de bebês pré-termos e de baixo-peso, sendo a prematuridade a maior causa de internação de bebês. Há vários anos a taxa de prematuridade de recém-nascidos de baixo peso mantém-se em 10% na capital gaúcha⁽³⁻⁵⁾.

Os dados anteriormente referidos, relativos ao pré-natal, demonstram um paradoxo na avaliação desse atendimento: apontam um incremento no número de consultas durante a gestação e um retrocesso nos demais indicadores, revelando deficiências no seu processo e necessitando de ações que modifiquem algumas práticas.

A atenção pré-natal é considerada uma prioridade nas políticas de saúde, pois repercute diretamente na saúde da população, considerando que seu acompanhamento adequado possibilita gerar cidadãos saudáveis e produtivos. A coordenação da área da mulher do Ministério da Saúde ressalta a importância do adequado acompanhamento pré-natal, destacando que nos últimos anos a cobertura do atendimento aumentou em todo o Brasil⁽¹⁾. Mas ressalta que ainda há necessidade de ajustes na condução do pré-natal, a fim de que outros indicadores possam ser melhorados.

O MS lançou o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) no ano de 2000, para estruturar e qualificar o atendimento pré-natal no SUS. Para tanto, estabeleceu critérios mínimos para repasse de verbas aos municípios que aderiram ao programa, quais sejam: gestante cadastrada até dezesseis semanas do início da gestação; realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal e coleta para os exames preconizados; realização e notificação da consulta do puerpério⁽⁶⁾. O município de Porto Alegre está inserido no PHPN desde o ano de 2003⁽⁵⁾.

O relatório do Sis prenatal de Porto Alegre mostra que, no ano de 2006, apenas 38% das mulheres que receberam acompanhamento da gestação tiveram a

consulta de puerpério notificada⁽²⁾. Cabe destacar que, no ano anterior, a cobertura era de 49,9%, ou seja, em um ano, o município perdeu quase 10% de cobertura da consulta de puerpério⁽²⁾.

A consulta de puerpério é um marco importante no seguimento do atendimento à mulher após a gestação, pois indica o encerramento de todo o acompanhamento recebido ao longo do pré-natal. Ela ainda tem importância direta na avaliação de complicações para a mulher e seu bebê, por exemplo, no desmame precoce e no cadastramento da criança nos serviços de saúde. Nessa mesma ocasião, deve ser indicada a conduta para o adequado intervalo interpartal, é dada a orientação de anticoncepção e feita a avaliação de possíveis alterações, como a anemia e os estados depressivos no pós-parto. É o momento de o profissional reavaliar, incentivar e estabelecer o aleitamento materno, intervindo nas situações em que se fizer necessário. O retorno da mulher para a consulta de puerpério demonstra o vínculo estabelecido, durante a gestação, com a equipe de saúde.

Partindo do entendimento de que o pré-natal contribui para melhorar a qualidade da atenção da saúde da mulher e do bebê, entende-se que o preparo dos profissionais que atendem essas mulheres, assim como sua constante atualização, sejam condições significativas para qualificar a atenção dispensada. Portanto, as capacitações para profissionais que atendem o pré-natal configuram-se em estratégias educativas e de atualização importantes para os municípios melhorarem os indicadores maternos e neonatais.

Segundo o relatório do Sinasc, foram capacitados 177 profissionais no decorrer do ano de 2006 para a realização do pré-natal de baixo risco na cidade de Porto Alegre. A Secretaria de Saúde considerou como capacitação a apresentação da nova diretriz de atendimento pré-natal de baixo-risco para um profissional de cada unidade de saúde. Na maioria dos casos, este profissional era o coordenador da unidade e os demais eram gerentes das áreas, sendo que esses profissionais teriam o compromisso de repassar a então nova diretriz aos colegas envolvidos com o atendimento na gestação⁽⁷⁾. A apresentação consistiu em um momento único de uma explanação de partes do conteúdo das diretrizes, através de *slides* em multimídia.

Essa diretriz referida anteriormente é de autoria de especialistas da área obstétrica, liderado por gestores da SMS; os objetivos estão direcionados para a

qualificação e humanização da assistência pré-natal no município e ainda para a ampliação das coberturas de consultas e exames preconizados pelo PHPN.

As capacitações relatadas vêm acontecendo, dentro desse modelo há vários anos no município; porém, observa-se que os resultados obtidos com as taxas de atendimento pré-natal não contemplam o esperado em relação a certos indicadores. Dessa forma, é de se questionar a forma como as capacitações têm ocorrido e de que modo são realizadas as orientações para os profissionais que atendem a mulher na gestação.

Percebe-se que os modelos de capacitação vigentes são voltados ao cumprimento de exigências técnicas. Para tanto, são elaborados protocolos de atendimento, que visam facilitar o atendimento no que tange à sua execução. No entanto, o modo de operacionalizar não parece ser motivo de discussão com o profissional que o executa.

Dessa forma, pode se afirmar que os programas públicos estabelecem as diretrizes para um atendimento humanizado da mulher, mas parece que não têm sido oferecido aos profissionais o suporte e os mecanismos necessários para a implementação das ações compatíveis com essa filosofia de atendimento.

As práticas humanizadoras no atendimento à gestação mostram-se importantes desde o pré-natal, momento que se julga importante para iniciar o estabelecimento do vínculo da usuária com os profissionais, até o pós-parto. Entende-se que a consulta de puerpério pode indicar a consolidação do vínculo anteriormente estabelecido. Para que isso ocorra, as articulações no campo político também são indispensáveis para implantação e reformulação de estratégias e programas que possibilitem efetivar o atendimento como forma de responsabilizar gestores no cumprimento de tais metas.

No presente estudo acredita-se que investir na capacitação dos pré-natalistas significa contar com a sua participação ativa nos programas e diretrizes do atendimento, corresponsabilizando-os na produção de um atendimento com qualidade e comprometido com as práticas de saúde.

O modelo tradicional de capacitação concentra-se no repasse de informações, contemplando aspectos puramente técnicos, que reflitam em resultados positivos de certos indicadores quantitativos da atenção de saúde. Desta forma se questiona se o modelo de capacitação promovido pela gestão de saúde municipal, pautado no modelo de capacitação tradicional qualifica a atenção nessa

área. A resposta ao questionamento é discutível, pois se avaliar apenas o número de consultas de pré-natal ou de exames de 1º trimestre de gestação solicitados, percebe-se um incremento, mas, novamente, é importante lembrar que outros indicadores do pré-natal não acompanharam tal evolução; em alguns casos, pioraram ou permaneceram nos patamares anteriores.

Há diferentes designações e sentidos são dados para o termo “capacitação”, principalmente quando pretende-se uma discussão entre diferentes áreas, como é o caso da educação e saúde.

Acredita-se que conceitos são produzidos para justificar, organizar, sistematizar e ajudar a compreender ações e situações. Partido desse pressuposto, faz-se importante revisar conceitos publicados a respeito do assunto e definir qual deles será utilizado neste estudo.

Em consulta realizada à Biblioteca Virtual de Saúde, utilizando como referência de busca os Descritores em Ciências da Saúde, foram encontradas oito definições para o termo “capacitação”. Dentre elas, quatro definem capacitação como “atividade de treinamento”, muitas vezes concebendo-a como sinônimo da expressão: “Treinar uma pessoa ou um grupo de pessoas no conhecimento ou na aplicação prática e teórica de uma determinada atividade”⁽⁸⁾.

Nesse sentido, a capacitação poderia ser alcançada apenas pela repetição de uma atividade; contudo, não garantiria nem a aprendizagem, nem a reflexão acerca do que foi aprendido.

Frente ao exposto, não basta treinar um grupo de profissionais a fim de assegurar um melhor atendimento no pré-natal. É preciso ir além de uma proposta de um treinamento, levando os profissionais envolvidos a repensar as práticas de atendimento no pré-natal, fazendo com que suas ações repercutam positivamente nos indicadores de saúde das gestantes.

Dessa forma, foram considerados outros entendimentos acerca do termo capacitação em direção à formação de um conceito próprio, acreditando no envolvimento dos próprios participantes do processo.

Estudos corroboram com a ideia exposta e consideram que a capacitação é uma estratégia para o aperfeiçoamento profissional, que repercute na qualidade do trabalho, propiciando motivação entre os profissionais envolvidos. A motivação desses profissionais é um resultado da capacitação⁽⁹⁾.

A problematização do processo de trabalho de cada profissional deve estar presente na busca pela qualificação da atividade exercida e deve ser a alavanca para a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, da gestão setorial e do controle social em saúde⁽¹⁰⁾.

A capacitação também pode facilitar a correção de problemas nos serviços de saúde. Autores sugerem tal estratégia de educação em saúde para enfrentar, corrigir e superar os processos distorcidos de atenção à saúde nas unidades. Pressupõe-se, desse modo, a inserção dos próprios profissionais de saúde nos processos de qualificação dos serviços de saúde⁽¹¹⁾.

Após as reflexões propostas, considera-se capacitação uma estratégia para rever o trabalho dos profissionais de saúde, desenvolvida por meio de estudos, acompanhamento nas consultas, discussões e reflexões, enfim, ações que possam provocar mudanças na prática cotidiana.

Para tanto, considera-se que sejam contemplados os aspectos técnicos e as questões relacionadas a um atendimento humanizado nas diversas etapas de gestação, parto e puerpério⁽⁶⁾. Partindo desse pressuposto do PHPN, entende-se que melhores indicadores do pré-natal possam ser atingidos quando as gestantes criam vínculo com sua unidade de saúde e com os pré-natalistas, obtendo resolutividade nas diversas etapas do atendimento. O acolhimento, no contexto em análise, é uma ferramenta importante para direcionar o acompanhamento da gestação, considerando tal estratégia como um modo de operar os processos de trabalho de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo os pedidos e assumindo, no local de atendimento, uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários, em um atendimento com resolutividade e responsabilidade⁽¹²⁾.

Pretende-se com este modelo de capacitação com pré-natalistas proporcionar discussões de práticas que envolvam os aspectos técnicos de execução da mesma e pressupostos de humanização da atenção à gestação, cuja base seria os próprios dados concretos da realidade, inserindo quem executa as ações na orientação e operacionalização dos processos de trabalho.

Portanto, partindo da experiência da pesquisadora na área em pauta e da análise do contexto do atendimento pré-natal, considera-se que a tese deste estudo

é que a inclusão dos pré-natalistas no seu próprio processo de capacitação pode provocar transformações nas ações da atenção pré-natal.

Este estudo é parte de uma pesquisa que envolve capacitações de profissionais de saúde no pré-natal e nas ações de saúde que se referem ao aleitamento materno. Seu foco dirige-se à capacitação para pré-natalistas.

2 OBJETIVOS

O presente estudo tem como objetivos:

- a) desenvolver a capacitação participativa com os profissionais que atuam no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde;
- b) refletir sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais durante a capacitação participativa.

3 CONSTRUÇÃO DO OBJETO DE ESTUDO

Entende-se que, para a construção do referencial deste estudo, seja importante discutir o atendimento às mulheres no Brasil, aliado à política de humanização da atenção pré-natal.

3.1 Modelos de atendimento à gestante

Para avaliar a qualidade de saúde de uma população, as organizações internacionais adotam indicadores de morbidade ou mortalidade de certos grupos; para elas, as taxas de mortalidade materna são as que estão diretamente relacionadas ao grau de desenvolvimento de um país ou sociedade⁽¹³⁾.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) indica que as elevadas taxas de morbimortalidade materna e perinatal estão associadas a um cuidado pré-natal precário e destaca que, tradicionalmente, os países em desenvolvimento adotam programas de pré-natal preconizados por países desenvolvidos, apenas adaptando alguns detalhes⁽¹⁴⁾. No cotidiano da atenção, observa-se que modelos de atendimento são organizados e reproduzidos da mesma forma, ou seja, os gestores locais geralmente adaptam as orientações do manual do Ministério da Saúde ao contexto local. No entanto, as mudanças realizadas não apresentam reflexos significativos nos indicadores de saúde, pois as especificidades de cada local e os profissionais que atendem as mulheres na gestação parecem não ser envolvidos na construção de um atendimento que atenda as necessidades das gestantes.

As razões que incrementam as mortes maternas no Brasil estão relacionadas à falta de acesso aos serviços de saúde de boa qualidade, ao despreparo dos profissionais da área, à falta de humanização e aos serviços com condições precárias, especialmente durante o pré-natal⁽¹⁵⁾.

Há várias décadas, o governo federal do Brasil implanta programas e políticas para o cuidado da mulher e da criança, na tentativa de diminuir os elevados índices

de mortalidade materna e neonatal⁽¹⁶⁾. Porém, observa-se que a evolução das políticas de proteção materno-infantil implementadas foi lenta e gradual e ainda não alcançou o resultado esperado, em termos de qualidade de vida de uma população.

Movimentos mundiais surgiram, no final do século passado, com o objetivo de minimizar o problema das desigualdades entre as nações. Durante a Cúpula do Milênio, no ano de 2000, foi aprovada a Declaração do Milênio das Nações Unidas com oito objetivos, entre os quais: promover a igualdade entre os sexos e a autonomia das mulheres, reduzir a mortalidade infantil e melhorar a saúde materna⁽¹⁷⁾. O último objetivo visa reduzir em 75%, até o ano de 2015, as taxas de mortalidade materna no mundo. No encontro, as mulheres foram consideradas como o grupo que mais sofreu discriminações ao longo dos tempos, principalmente quando se trata de países pobres. Observa-se a relação existente entre a morbidade e a mortalidade nessa área, pois a contribuição das doenças e a qualidade de atenção na gestação influenciam significativamente as taxas de morbimortalidade. O Brasil participou da reunião e se comprometeu a viabilizar programas e políticas para alcançar tais objetivos.

Na década de 1980, no Brasil, os movimentos pelos direitos das mulheres iniciaram discussões sobre o modelo de atendimento à saúde da mulher brasileira, pois, até aquele momento, havia um predomínio do modelo biomédico no que se refere à atenção à saúde. Na mesma década, o MS lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), considerado pelos profissionais de saúde e pesquisadores da área como a primeira política em relação à assistência da saúde da mulher com objetivos que abrangeriam as diversas etapas da vida feminina⁽¹⁸⁾. O programa criticou a forma deficitária como o sistema de saúde prestava cuidados às mulheres no Brasil⁽¹⁹⁾.

É importante ressaltar que o PAISM foi implantado em um momento de transição política no país, o que para alguns autores dificultou o alcance dos objetivos esperados. O PAISM tinha como base a integralidade do cuidado no atendimento à saúde da mulher, porém, com verbas insuficientes para implantação de todos os programas, priorizou a saúde reprodutiva, desconsiderando as outras etapas da vida feminina⁽²⁰⁾.

As discussões sobre o modelo de atendimento à mulher cresceram e tomaram conta do país. Associado a esse fato e na tentativa de resgatar a qualidade da assistência ao parto, o MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e

Nascimento (PHPN), em junho de 2000. Os objetivos declarados no documento visavam melhorar os indicadores na cobertura do pré-natal; tentar resgatar a atenção obstétrica integrada, qualificada e humanizada, assim como reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal⁽⁶⁾.

Prosseguindo com as discussões acerca de modelos de atenção à saúde e avaliando as respostas da implantação de programas que adotaram a filosofia da humanização do cuidado, em nível federal, foi instituída a Política Nacional de Humanização como eixo norteador de atenção e gestão no Sistema Único de Saúde (SUS), em 2004. A política proposta valoriza os sujeitos implicados no processo de produção de saúde, compreendendo usuários, trabalhadores e gestores. Também incentiva a autonomia e o protagonismo desses sujeitos, acreditando que a estratégia sugerida aumenta o grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos⁽²¹⁾.

Ainda em 2004, o MS do Brasil, junto com instituições governamentais e não-governamentais, assume o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, cuja proposta foi lançada no Dia Internacional da Mulher, 8 de março do ano de 2004, pelo presidente da República, como uma prioridade do governo. A expectativa era de que o Pacto fosse implantado em todos os estados até o final de 2004 e em todas as cidades brasileiras até o fim de 2006. Nele, união, estados, municípios e sociedade civil se comprometeriam a reduzir em 15% os atuais índices de mortes de mulheres e de bebês até o final de 2006⁽²²⁾. Mesmo não tendo alcançado o comprometimento de todos os estados e municípios, em dois anos houve uma redução de 4.300 mortes neonatais e 210 mortes maternas⁽²³⁾.

O Ministério da Saúde lançou, no ano de 2007, outras ações para qualificar o atendimento às mulheres, destacando-se, dentre elas, liberação de verbas para a capacitação de profissionais que trabalham em emergências obstétricas e incentivos para maternidades que atuam dentro da proposta de humanização do atendimento. Em 2009, o governo federal realizou capacitações para mais de 10 mil profissionais de saúde, com o objetivo de garantir adequado acompanhamento às gestantes no Nordeste e Amazônia Legal, investimento que faz parte do pacto de redução de mortalidade infantil no Brasil⁽²⁴⁾.

Os programas e as políticas instituídas no país recentemente surgiram para dar respostas que faltavam à sociedade e às instituições ligadas a questões da saúde reprodutiva. As discussões continuaram e disseminaram-se em universidades

e associações não governamentais, principalmente, no tocante às abordagens sobre a humanização e qualificação do parto e do nascimento.

3.2 Humanização como referencial para o atendimento pré-natal

Observa-se que, a partir do ano de 2000, programas e políticas nessa área se entrelaçaram, formando um novo paradigma na atenção à mulher: a humanização do atendimento.

As diretrizes dos programas de atenção nessa área vêm reforçando a ideia de uma produção de saúde dentro do programa da humanização. Na área da atenção obstétrica, a proposta de humanização surge como possibilidade de trabalhar para qualificar o atendimento das mulheres, desde o pré-natal até o puerpério.

O manual técnico de atenção ao cuidado à gestação, parto e puerpério do MS reforça que o atendimento na área em questão deve adotar como princípios a qualidade e a humanização. O manual referencia que é dever dos serviços de saúde e de seus profissionais o acolhimento à mulher e ao recém-nascido com dignidade, preconizando que a humanização deve perpassar todo o atendimento, além do domínio das competências técnicas, fundamentais para qualificar a atenção. O documento descreve humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde⁽¹⁷⁾.

O tema Humanização vem sendo debatido e questionado, pois é empregado constantemente nas atividades de saúde. No entanto, em algumas situações, observa-se a banalização do termo e muitas vezes o desconhecimento de conceitos que a envolvem como um norteador de práxis de saúde.

O conceito de Humanização não possui uma definição clara, pois se baseia em um conjunto de iniciativas que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos da paciente, sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional⁽²⁵⁾.

O referido conceito pretende ser o norteador de uma nova prática de fazer o cuidado em saúde. Concorda-se com uma autora que refere que a subjetividade que o termo carrega dificulta a compreensão, pois há décadas a formação do mundo

científico baseia-se em conceitos rígidos e sistemáticos, no que se diz respeito ao modo de fazer saúde⁽²⁵⁾.

Assim, como premissa e sustentação teórica para esta tese, buscou-se identificar conceitos e discutir os “sentidos” do termo humanização em relação à atenção na área do parto e nascimento.

Na literatura é frequente a discussão sobre a polissemia do termo: vários entendimentos e interpretações são utilizados para conceituar humanização. O termo sugere tanto uma ferramenta técnico-assistencial, quanto uma estratégia política de regulação administrativa.

O conceito de humanização, no que diz respeito a uma perspectiva filosófica, pode ser definido como:

[...] um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como Bem comum⁽²⁶⁾.

O conceito citado anteriormente assume um compromisso além do normativo, constituindo-se em um marco nas mudanças das práticas e atitudes no campo da moral e da ética, na prestação de atenção à saúde. O fato foge das estruturas demarcadas e previsíveis do atendimento, característica do modelo biomédico de atendimento, o que pode parecer dificultar o entendimento de muitos profissionais com formação tecnicista, banalizando a práxis da humanização do cuidado e, com isso, desprezando orientações e recomendações de novas práticas na atenção à saúde.

Para que a humanização não seja entendida como apenas uma questão de modismo, existem experiências positivas de práticas que a envolvem, em alguns serviços de saúde no país, tendo esse sucesso se multiplicado e avançado nos mais diversos setores de saúde do Brasil⁽²⁷⁾.

A proposta de atenção humanizada pode gerar questionamentos, e modificar as práticas de saúde, pois o atendimento baseado apenas em critérios tecnicistas não qualificou a assistência e não satisfaz as protagonistas do evento: as mulheres⁽¹⁷⁾.

O modo de operar a assistência nas questões relacionadas à gestação, parto e nascimento – na perspectiva tecnicista – pode levar o atendimento a comparar-se a uma linha de produção de fábrica, o que culminaria na despersonalização da

mulher e de sua família. Assim, tornaria esse momento algo impessoal, cujo objetivo seria apenas o de produzir bebês saudáveis, sem levar em consideração as necessidades e a satisfação das mulheres^(27,28). O corpo feminino é comparado a uma máquina defeituosa e que necessita constantemente de ajustes para a produção de bebês⁽²⁸⁾.

Na tese aqui apresentada, será utilizado o conceito de Deslandes⁽²⁵⁾ para humanização do atendimento, pois para a autora, o mesmo pode ser compreendido como ferramenta técnica assistencial, dentro de uma visão sócio-cultural, mas também como estratégia política. Sendo assim, define:

[...] forma de assistência que valoriza a qualidade do cuidado do ponto de vista técnico, associada ao reconhecimento dos direitos do paciente, de sua subjetividade e cultura, além do reconhecimento do profissional⁽²⁵⁾.

Entende-se que este conceito possa ser o norteador de uma nova prática no atendimento à mulher. Logo, passa-se a considerar a humanização como um paradigma na atenção pré-natal. Assim, para contemplar o conceito utilizado, crê-se que o atendimento baseado na humanização deve estar solidificado em três premissas indissociáveis: conhecimento, prática e atitude. O primeiro é imprescindível para buscar novas práticas e atitudes dos profissionais.

Com vistas ao alcance de tais premissas, impõem-se alguns desafios para revisão das práticas no atendimento à mulher durante a gestação e os seguintes questionamentos a serem respondidos:

- a) de que modo podem ser operacionalizadas mudanças no atendimento pré-natal?
- b) como a equipe pode participar da elaboração de uma nova forma de atendimento pré-natal?

Entende-se que, para modificar o trabalho, seja necessário os pré-natalistas repensarem suas práticas.

3.3 O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

Das discussões sobre o modelo vigente na atenção à mulher durante o ciclo gravídico e puerperal, partiu-se para a atenção à necessidade de um resgate da atenção à mulher, promovido de forma qualificada e humanizada. O MS lançou o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), que tem como objetivo estimular a articulação dos estados e municípios, reforçando a responsabilidade do gestor municipal por qualificar suas equipes de atenção básica para alcançar os objetivos propostos. São ações básicas do programa: captação precoce da gestante com seu cadastramento no sistema informatizado (Sisprenatal) até dezesseis semanas de gravidez; exames laboratoriais mínimos de pré-natal, nos três trimestres de gestação; vacinação antitetânica; consulta de puerpério; entre outras⁽⁶⁾.

O PHPN evidencia a importância de ações educativas e reforça o benefício da existência da vinculação da mulher a uma maternidade, assim como estimula a gestante a conhecer o local do parto antes que ele ocorra⁽⁶⁾. Um estudo avaliou os resultados iniciais do PHPN no Brasil, constatando aumento no número de consultas e na quantidade de exames solicitados, mas apontaram para a necessidade de constantes avaliações e readequação da atenção prestada⁽²⁹⁾. Em outro estudo, com o objetivo de contextualizar historicamente a implantação do PHPN, os mesmos autores referem que a discussão sobre a humanização ainda é incipiente entre os profissionais e apontam duas questões que merecem análise e avaliação imediatas. A primeira refere-se à necessidade de vínculo entre a atenção pré-natal e o local de nascimento, a segunda, às práticas humanizadoras na atenção ao parto. Os autores sugerem, também, trabalhos que incluam os gestores, profissionais de saúde e as mulheres no mesmo contexto⁽³⁰⁾.

Com relação à avaliação do PHPN no Brasil, pesquisas indicam que o índice de mulheres que realiza o pré-natal cresceu no país, bem como os indicadores de sua qualidade; entre eles, o número de gestantes cadastradas e o número de consultas e exames realizados. Porém, dados que foram comparados ao período anterior à implantação do PHPN mostraram que a cobertura da consulta de puerpério continua apresentando índices baixos⁽³¹⁾.

Dentro dessa linha de pesquisa, de avaliação do PHPN, um estudo ratifica a ideia de avaliações constantes do programa, com ajustes e novas intervenções na assistência. Apesar de alguns indicadores revelarem melhoras, as estatísticas de morbimortalidade materna e perinatal permanecem preocupantes, e estão sendo associadas ao não cumprimento de cuidados maternos e perinatais de boa qualidade⁽³²⁾.

No Brasil, pesquisas mostram que o acesso melhorado e a qualidade dos serviços prestados no pré-natal estão diretamente relacionados à redução da mortalidade materna e perinatal^(33,34). Porém elas não definem nem sugerem as estratégias para melhorar o acesso e a qualidade dos serviços.

A qualidade tem sido considerada e definida, pelos gestores da esfera da saúde, como indicadores pré-estabelecidos; por exemplo, número de consultas e exames solicitados.

Dentro do que é considerado qualidade no pré-natal, além dos indicadores clássicos e quantitativos já conhecidos, como o número de consultas, exames, vacinações, entre outros, autores comprovam em seus estudos que o vínculo construído entre a mulher e o profissional que presta o acompanhamento do pré-natal foi apontado como importante quesito da humanização da atenção, no que se refere à adesão e permanência das gestantes no serviço básico de saúde⁽³⁵⁾. Com base no achado, acredita-se que discutir e trabalhar com os pré-natalistas a formação de vínculo da usuária é fundamental para modificar alguns indicadores do pré-natal, pois a consolidação do vínculo entre usuária e os/as pré-natalistas poderá melhorar indicadores que estão relacionados ao acompanhamento e comparecimento da mulher ao atendimento, como: o número de consultas, os exames solicitados nos três trimestres da gestação e a realização da consulta de puerpério.

Tais indicadores são quesitos preconizados pelo PHPN para adesão dos municípios ao repasse de verbas do Ministério da Saúde.

A Prefeitura Municipal de Porto Alegre confirmou sua adesão ao PHPN pela Portaria Conjunta/MS nº 8, de 18 de janeiro de 2002; porém, sua efetividade acontece a partir de 2003, após treinamento de toda a equipe da rede básica⁽¹⁾.

Segundo o relatório do Sisprenatal da cidade de Porto Alegre, equipes de atenção básica estão sendo sistematicamente treinadas para operacionalização do PHPN, desde 2005⁽¹⁾.

A partir de então, as equipes de saúde notificam as consultas de pré-natal e puerpério em formulários próprios e encaminham para a secretária municipal de saúde, para avaliação sistemática dos dados e publicação nos relatórios anuais da prefeitura, disponibilizados via *on-line*.

4 METODOLOGIA

4.1 Delineamento do estudo

É um estudo qualitativo do tipo estudo de caso, fundamentado nos pressupostos da pesquisa participante.

O estudo de caso segue a proposta de Yin, que o caracteriza como estratégia de pesquisa e indica-o para fatos contextuais e contemporâneos; e ainda para quando o pesquisador tem pouco ou nenhum controle sobre eles, acreditando que a situação em si é altamente pertinente ao fenômeno do estudo⁽³⁶⁾.

No caso em estudo, a situação analisada faz parte da pauta de discussões atuais sobre os modos de atendimento do pré-natal e de reflexão sobre as práticas, o que direciona o estudo para fatos da atualidade.

Seguindo, então, a proposição de Yin, caracteriza-se a presente pesquisa como quase sem controle dos acontecimentos, à medida que é lançada a proposta para o grupo de pré-natalistas para uma capacitação com alguns temas a serem discutidos, mas aberta para o grupo incluir temas de seu interesse⁽³⁶⁾.

O estudo de caso possibilita generalizações, a partir de replicações de casos, embora afirme que os estudos de casos não têm compromisso com a generalização em relação a populações ou universos, mas o têm em relação a proposições teóricas. Partindo de tal afirmativa, acredita-se que alguns resultados do estudo em questão podem ser aplicados em outros locais de atendimento básico à saúde da gestante, adaptando-o caso a caso. A situação apontada, o autor denomina de generalização analítica⁽³⁶⁾.

Os estudos de caso, da mesma forma que os experimentos, são generalizáveis a proposições teóricas e não a universos ou populações; seus objetivos são expandir e generalizar teorias⁽³⁶⁾.

Situamos nossa pesquisa como um estudo de inovações, pois a partir da proposta de capacitação participativa, a pesquisa pode revelar novas perspectivas e aprimorar o atendimento para dar respostas a indicadores quantitativos, a partir de inovações subjetivas do atendimento⁽³⁶⁾.

Para complementar e buscar alcançar os objetivos desse estudo foram utilizados pressupostos da pesquisa participante. Tal abordagem de pesquisa social consiste em inserir os próprios pesquisadores na pesquisa, e os participantes, em vez de serem passivos e apenas depositários de informações, são capazes de analisar sua situação em relação ao problema que está sendo investigado e buscar soluções⁽³⁷⁻³⁹⁾.

Só se conhece em profundidade a sociedade ou a cultura quando há comprometimento entre pesquisadores e aquilo ou aquele que se investiga. O autor critica os modelos rígidos de metodologias e acreditação de estudos com universalização de investigações. Afirma que cada pesquisa deve ser adaptada a um método que dê respostas para os questionamentos do estudo⁽⁴⁰⁾. Dentro do mesmo pensamento, autores reiteram que não existe um modelo de “pesquisa participante”, pois cada caso deve ser adaptado às condições da situação e do problema a ser investigado. Para ele, o método deve ser adaptado à pesquisa de acordo com os objetivos; do mesmo modo que instrumentos como roteiros, questionários, dados ou outros geralmente não podem ser elaborados antecipadamente⁽³⁷⁾.

Então, optou-se pela inserção da metodologia da pesquisa participante no estudo de caso, uma vez que a pesquisa proposta tem como pressuposto o envolvimento dos atores implicados no processo⁽⁴⁰⁾.

Partindo das considerações dos autores citados anteriormente e buscando contemplar os objetivos do estudo, foi proposta a inserção dessa estratégia na pesquisa, a fim de enriquecê-la e dar as respostas para a tese em questão.

4.2 Descrição do local de estudo

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre dividiu a cidade em áreas, descritas como gerências de saúde, em toda a extensão da cidade para atender e estruturar a saúde da população. Atualmente, a SMS dispõe de oito gerências de saúde na cidade.

A região onde foi realizada a pesquisa chama-se Lomba do Pinheiro e está inserida na gerência Lomba do Pinheiro/Partenon.

Durante o encaminhamento das tratativas para a realização do estudo, a Coordenação da Saúde Básica de Porto Alegre sugeriu a realização da pesquisa na região da Lomba do Pinheiro/Partenon, por ser a região, dentro do município de Porto Alegre, que apresenta o maior número de registros de pré-natal cadastrados no Sis prenatal e também o maior número de nascimentos da cidade⁽¹⁾.

A gerência solicitou que o estudo se desenvolvesse em alguma Unidade Básica de Saúde, pois os profissionais de saúde das unidades básicas não têm sido contemplados em capacitações recentes, fato constatado em estudos como de Piccini, o que reforça a necessidade, pois demonstrou que verbas federais têm privilegiado para capacitações os PSFs⁽⁴¹⁾.

A gerência Lomba do Pinheiro/Partenon abrange 21 unidades de saúde, sendo sete Unidades Básicas de Saúde (UBS), e quatorze Postos de Saúde da Família (PSF).

Conhecer um pouco da região, situada nos arredores da cidade, é importante para entender determinadas características de sua população.

A região é bastante extensa e se localiza na parte leste de Porto Alegre, na divisa com o município de Viamão. Compõem essa área os bairros Agronomia e Lomba do Pinheiro, com 56.275 habitantes, representando 4,14% da população do município⁽⁴²⁾. Nela convivem núcleos densamente povoados em áreas consideradas “verdes” e de preservação ambiental; portanto, muitos de seus habitantes estão morando irregularmente nesses locais.

Observa-se uma descontinuidade do povoamento no local: há uma mescla de uma formação social por vezes rural e em outras, mais urbana⁽⁴³⁾. Configura, muitas vezes, “pequenas cidades” em determinados locais urbanos. Algumas unidades de saúde da região atendem uma população maior do que muitos municípios do estado do Rio Grande do Sul, como é o caso da unidade onde foi realizado o estudo.

Foi realizado um sorteio para determinar a Unidade Básica onde a pesquisa desenvolveria a capacitação com os pré-natalistas. A UBS Panorama foi sorteada entre as sete pertencentes à gerência em questão.

A UBS Panorama tem 5.200 prontuários-família registrados, o que corresponde a aproximadamente 24 mil habitantes. O número de nascimentos na região foi de 203 no ano de 2006, sendo que tais números permanecem nos

mesmos patamares até 2009⁴. Ressalta-se que a UBS em análise fez o acompanhamento de 269 pré-natais, o que corresponde a 132,5%, percentual explicado pela definição de a unidade básica ser aberta, ou seja, receber usuários residentes em outras regiões compreendidas pelo seu limite⁽¹⁾.

O quadro funcional da UBS Panorama é composto por 30 profissionais, entre médicos, enfermeiras, nutricionista, técnicos de enfermagem, agentes de saúde, administrativos, segurança e limpeza. O alvo da capacitação do pré-natal foram quatro médicas e três enfermeiras e, eventualmente, a nutricionista, pois estes são os profissionais que conduzem o pré-natal.

Em agosto e setembro de 2007, a área da saúde de Porto Alegre passou por um período de reestruturação dos serviços de saúde básica, com incentivo para implantação das estratégias de saúde da família. Como a SMS recebeu verbas para a contratação de equipes de PSFs, mas não estava organizada em termos de estruturação física para as equipes atuarem, algumas UBSs absorveram essas equipes.

A UBS Panorama incorporou um PSF na sua estruturação desde o segundo semestre de 2007; portanto, conta com quatro agentes de saúde nessa área de abrangência, além de uma médica, uma enfermeira e dois técnicos de enfermagem.

É importante salientar que novos paradigmas se incorporaram à unidade básica junto à equipe do PSF, apesar de atender a mesma população. Assim, a partir da incorporação do PSF à unidade Panorama, classificamos a mesma como mista, pois tem equipes de profissionais de UBS e PSF.

A incorporação de um PSF na UBS repercute em todas as ações de saúde da unidade, pois a formação dos profissionais do PSF é voltada para políticas públicas relacionadas ao SUS. Portanto, a estratégia do PSF é entendida, por alguns autores, como uma alternativa de consolidação dos princípios do SUS, mas sua expansão e implementação têm encontrado dificuldades nos grandes centros urbanos, tendo em vista a complexidade dos contextos sociais, políticos e econômicos que envolvem as famílias residentes nesses territórios⁽⁴⁴⁾ e a dificuldade de alguns atores (profissionais) de incorporar novas ações em sua práxis. As mesmas autoras reiteram que, para o alcance das metas pretendidas, foram criados, pelo governo federal, mecanismos de fomento e incentivo à realização de atividades voltadas para

⁴ Informações obtidas junto à coordenação da vigilância sanitária da SMS em 2010.

a formação, capacitação e remuneração dos integrantes da equipe de saúde, a fim de propiciar condições favoráveis ao estabelecimento de um novo patamar de relação entre profissionais, gestores e famílias, de modo a garantir o princípio da integralidade dentro do modelo de atenção desenvolvida nos PSFs.

Até o ano de 2007, toda primeira consulta de pré-natal era realizada pela enfermeira e todas subseqüentes, por médicos.

A UBS oferece serviços como acolhimento, atendimento em pediatria, ginecologia, clínica médica, odontologia, serviço social e nutrição e, ainda, vacinação, curativos, medicações injetáveis, teste do pezinho, nebulizações, coletas para exame citopatológico, distribuição de medicamentos, visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, entre outros.

O PSF da Panorama atende uma reserva indígena, inserida na sua área de abrangência, atendimento que se constitui em visitas mensais de profissionais do PSF à reserva. Fazem parte do seu atendimento, também, os programas elaborados pela Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre. Dentre eles: Nascer, Pra crescer, Esperança, Pré-natal, Pra-nenê, Cuidando da mãe e do bebê e Hiperdia (acompanhamento de hipertensos e diabéticos), no horário das 8 às 20h.

4.3 A definição do caso

Partindo do entendimento de que o momento da gestação é propício para a educação em saúde e analisando publicações recentes sobre avaliações da efetividade do pré-natal^(45,46), trabalhou-se com os pré-natalistas da UBS Panorama no sentido da construção de uma proposta de atendimento que envolvesse os pressupostos da humanização no atendimento pré-natal. Essa participação se fez necessária, uma vez que a pesquisa proposta pressupõe o envolvimento dos atores implicados no processo.

Produzir um atendimento dentro da perspectiva da pesquisa participante permite pensar em modelos assistenciais, nos quais o conceito parte de uma reorganização e de uma reestruturação dos serviços.

Discutir estratégias para melhoria dos serviços sugere que “os modelos” normatizados e implantados por gestores não podem ser rígidos e fechados, pois

cada unidade de saúde tem suas características, localização na cidade e culturas diferenciadas. Por isso, as estratégias devem ser permanentemente discutidas e reorganizadas. Partindo daí, o estudo define os movimentos de encontros entre gestores e pesquisadoras, trabalhadores e pesquisadoras como capacitação participativa quando o propósito for discutir e aprofundar situações do cotidiano do trabalho na atenção pré-natal, com objetivo de reflexão das práticas.

A unidade de análise deste estudo de caso foi a capacitação participativa com os pré-natalistas da UBS.

4.4 Os encontros participativos

Foram realizados encontros com os profissionais da UBS Panorama com o objetivo de esclarecê-los sobre os objetivos da pesquisa e a metodologia utilizada, partindo, a seguir, para a construção das práticas de atendimento pré-natal na Unidade.

As reuniões foram previamente acordadas com a Gerência da Lomba do Pinheiro/Partenon, assim como com a coordenação da UBS selecionada.

Foram realizados encontros com médicas e enfermeiras que atendem o pré-natal em dias previamente marcados pela coordenação da UBS e com o hospital de referência para o parto da região da Lomba do Pinheiro. A duração dos encontros não ultrapassou uma hora, ficando a cargo da equipe que participou dessa construção a escolha das datas. Em cada encontro foram discutidos assuntos pertinentes ao objetivo da pesquisa e outros, abordados pelas pré-natalistas, totalizando dez encontros participativos. Concomitante a esses encontros foram discutidas pela equipe as práticas de atendimento, em acordo com os pré-natalistas em consultas agendadas e acompanhadas pela pesquisadora da tese, o que denominamos de **ações** da pesquisa.

Nas consultas de pré-natal acompanhadas pela pesquisadora, foram revisados os procedimentos técnicos (medida de altura uterina, ausculta de batimentos cardíacos fetais, coleta de exame citopatológico, exame físico, medida de avaliação de dinâmica uterina, sinais de alerta em relação à gestante e ao feto,

exames clínicos e laboratoriais, entre outros), adotando-se como referência as ações preconizadas pelo PHPN e pelo protocolo da Secretaria Municipal de Saúde⁽⁴⁷⁾.

Sempre se buscou a construção de um atendimento que estimule o acolhimento e o vínculo no atendimento pré-natal, com vistas a atender aos objetivos propostos. Então, a cada consulta era analisada a carteira do pré-natal, discutia-se consulta anterior e buscava-se traçar um plano para atendimento, contemplando os aspectos sociais, físicos e emocionais da usuária. Foram abordadas também as questões de educação em saúde em todas as etapas do atendimento e a importância da conexão entre a UBS e o hospital de referência para o parto, conforme sugerem autores que sistematicamente vêm avaliando o PHPN, desde sua implantação⁽³¹⁾.

Os assuntos a serem discutidos nos encontros da capacitação foram abertos ao grupo decidir, estratégia recomendada pela pesquisa participante. O problema se origina das experiências do grupo e daqueles com saber que são fora do grupo, todos são participantes comprometidos e aprendizes do objetivo de transformação das práticas.

Nesse caso os beneficiários da pesquisa incluem pesquisadores, pré-natalistas e as usuárias; o produto final deve ter alguma utilidade prática social e as transformações incluem o envolvimento de todos os interessados nela⁽⁴⁸⁾.

4.5 Participantes

Profissionais de saúde que assistem o pré-natal na Unidade Básica de Saúde e nele atuam, ou seja, médicas e enfermeiras da equipe do PSF e da UBS, definidas pelo estudo como pré-natalistas. Foram identificados como, PN1, PN2, PN3, PN4, PN5, PN6, PN7.

4.6 Diário de campo coletivo

Durante os encontros foram elaborados diários de campo, onde os membros da equipe de pesquisa (bolsista, duas pesquisadoras e orientadora) redigiram e discutiram os conteúdos dos diários, denominado pelo grupo de diário de campo coletivo.

Os princípios preconizados pela metodologia da pesquisa participante influenciaram a adaptação de um modelo de diário de campo que contemplasse todos os momentos da capacitação, desde as articulações entre pesquisadoras e gestores, visitas ao hospital de referência da UBS para o parto até os encontros participativos entre pesquisadoras e pré-natalistas, incluindo acompanhamento e intervenção nas consultas de pré-natal.

As interações e discussões geradas durante os encontros participativos resultaram em construções coletivas de estratégias para a atenção pré-natal na Unidade Básica do estudo, sendo que todas as informações e observações colhidas foram registradas pelas pesquisadoras no diário de campo, denominado, conforme dito antes, de diário de campo coletivo.

O diário de campo é definido por uma autora como instrumento mais simples de registro de dados, revelando-se fundamental para o pesquisador em determinadas áreas de pesquisa. Nele, todas as observações, reflexões e experiências são registradas para posterior seleção dos dados mais relevantes. A definição desta autora, entretanto, pode ser questionada, pois este pode dar conotação simplista do conceito⁽⁴⁹⁾.

Considerou-se a confecção do diário como algo complexo, desde a sua concepção, mas principalmente na parte destinada à reflexão sobre os achados e à validação dos dados registrados. O grupo de pesquisa que participou da confecção dos diários discutiu o registro dos dados e principalmente os critérios para o registro. Assim, designou uma pesquisadora do grupo de pesquisa para a responsabilidade dos registros dos dados no momento da capacitação; logo após, aos registros feitos durante a capacitação, agregou informações e reflexões de seus registros por *e-mail* com as demais pesquisadoras que também participaram da capacitação. O grupo de pesquisa se reuniu por diversas vezes após encontros durante a capacitação para agrupar informações e confeccionar um registro único no diário.

Os critérios para a uniformidade e conclusão do diário único se definiram por leitura e conformidade dos registros, ou seja, observações, falas e informações registradas por, pelo menos, duas participantes ao mesmo tempo.

É muito importante para o registro dos fatos e para o registro fidedigno dos dados o tempo de inserção dos mesmos; por isso, recomenda-se registrar e organizar o diário de campo imediatamente após os encontros. Assim, posteriormente a equipe pesquisadora poderá trocar os registros, acrescentar dados e reformular as impressões até o encontro final para, então, decretar “oficial” aquele diário de campo.

Observa-se que o conceito que refere o registro como simples pode determinar que os pesquisadores não valorizem aspectos importantes da observação e percepção dos momentos, diálogos e considerações discutidas durante a fase da coleta de dados⁽⁴⁹⁾. Além de registros de informações, as situações foram registradas através de observações e reflexões por mais de um integrante do grupo de pesquisa. O diário de campo repaginado foi denominado pelas pesquisadoras de “diário de campo coletivo”.

Assim, considera-se que a construção de um diário de campo coletivo possa constituir-se em uma nova estratégia para a coleta de dados na pesquisa qualitativa, buscando alcançar o rigor científico exigido em pesquisa.

4.7 Etapas do estudo

Didaticamente optou-se por organizar os momentos da capacitação para melhor compreensão e estruturação da análise dos dados. Utilizando-se os critérios que a pesquisa participante propõe⁽⁵⁰⁾, adaptados para este estudo, a capacitação foi subdividida em quatro momentos distintos: a montagem estrutural; os encontros participativos; as ações da pesquisa e a avaliação, conforme segue.

4.7.1 A montagem estrutural: 1º momento

Foi o momento inicial da pesquisa, de organização da entrada no campo e organização dos encontros participativos na Unidade Básica. Essa etapa durou 11 meses até a entrada no campo para trabalhar diretamente com os pré-natalistas, nos encontros participativos. Abrangeu a agenda e descrita a seguir.

OUT/06: A proposta foi apresentada e discutida com secretária substituta da saúde de Porto Alegre. Comentário da secretária – A SMS tem o interesse na pesquisa e considerou que “qualquer intervenção no pré-natal vai melhorar os indicadores”. Solicitou apresentação do projeto para a coordenação da área da mulher. Agendado encontro.

OUT/06: Houve a apresentação do projeto para coordenação da área da mulher, da prefeitura. A coordenação considerou a proposta difícil de ser aceita pelos pré-natalistas, pois considerava as equipes de saúde pouco envolvidas na qualidade da atenção e como exemplo trouxe o protocolo da SMS de atendimento do pré-natal, desconhecido da maioria dos pré-natalistas, apesar de sua publicação disponibilizada *on-line*. A coordenação mostra resultados de capacitações para apresentação das diretrizes elaboradas pela SMS e o número de profissionais considerados capacitados; demonstrou interesse na pesquisa e se disponibilizou a facilitar o acesso para o desenvolvimento da pesquisa na apresentação do projeto em outras coordenadorias. Sugeriu encaminhar ao comitê de ética e pesquisa da prefeitura para, posteriormente, agendar a apresentação à coordenação da rede básica.

DEZ/06: Ocorreu encaminhamento da pesquisa para comitê de pesquisa e ética da prefeitura de Porto Alegre.

JAN/07: Houve reformulação do projeto conforme solicitação do comitê. Projeto aprovado. Encaminhamento para registro na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS.

FEV/07: Aconteceu reunião com a coordenação da rede básica de saúde para apresentação da proposta. Após discussão de diversos aspectos da pesquisa, passou-se a discutir a região onde seria realizada a pesquisa. Após análise de dados dos nascimentos em Porto Alegre e números de pré-natais cadastrados, a Região da Lomba do Pinheiro foi designada como local para a realização do estudo. Esta reunião ocorreu na sede da SMS e teve também da participação da coordenação da área da mulher e da criança.

Foi marcada reunião com a gerência Lomba do Pinheiro/Partenon.

MAR/07: Ocorreu reunião com gerência da Lomba do Pinheiro para apresentação do projeto. Esta reunião foi na sede da gerência com a participação das coordenações das unidades de saúde. A unidade básica Panorama foi selecionada mediante sorteio.

MAIO/07 A SET/07: Ocorreu apresentação do projeto na Unidade Básica Panorama. No primeiro momento a equipe de pesquisadoras visitou a unidade básica e disponibilizou o projeto para a coordenação. No retorno das pesquisadoras com a coordenação foram organizados e agendados os encontros com as pré-natalistas, uma vez que para o desenvolvimento da pesquisa requer a suspensão das agendas de atendimento. Além disto, as profissionais que atendem as gestantes têm horários de trabalho diferenciados na Unidade; a coordenação da Unidade tomou a iniciativa de conversar com as pré-natalistas.

A gerência aprovou fechamento de agendas nos horários dos encontros participativos e a coordenação da UBS apresentou a proposta aos pré-natalistas. Marcado o primeiro encontro.

4.7.2 Os encontros participativos (25 meses): 2º momento

Neste momento ocorreu a intervenção do estudo na perspectiva da pesquisa participante, configurando-se, por isso, em unidade de análise do estudo de caso. Os encontros participativos geraram outro momento, concomitante, descrito como ações da pesquisa, característico dessa metodologia inserida ao estudo de caso.

Foram dez encontros entre pré-natalistas e pesquisadoras, em que foram suscitadas discussões para reflexão das práticas e elencadas ações resultantes dos mesmos.

O número de encontros foi definido no decorrer do processo, entre pesquisadoras, pré-natalistas e coordenação da Unidade.

O último encontro deste estudo aconteceu em novembro de 2009, considerado como sendo avaliação pelas pré-natalistas e aconteceu após o término da capacitação para o aleitamento materno, uma vez que a iniciativa da amamentação surgiu durante os encontros participativos com as pré-natalistas.

Portanto, essa etapa da capacitação teve duração de 25 meses. A fim de situar os conteúdos desses momentos descrevem-se abaixo um breve resumo dos encontros:

Os encontros foram suspensos pela coordenação da Unidade em dois momentos; primeiro pela epidemia de febre amarela no estado do Rio Grande do Sul (dezembro de 2007 a março de 2008); e segundo, pela epidemia da gripe A (junho a agosto de 2009).

4.7.2.1 1º encontro – E1 – 19/10/2007

A equipe de pesquisa apresentou a proposta para o grupo de pré-natalistas e estas saúde aceitaram participar.

Na ocasião foram apresentados dados em relação aos indicadores do pré-natal de Porto Alegre e da região da Lomba do Pinheiro, discutidos alguns aspectos do PHPN e as diretrizes de ações para o atendimento do pré-natal.

Foram propostos momentos de reflexões sobre outros modos de realizar o atendimento pré-natal, além do que é feito tradicionalmente, pois este baseia-se em medidas e indicadores quantitativos, os quais não conseguiram reverter os dados materno-infantis. Neste sentido, a pesquisa aposta, também, nas tecnologias leves (vínculo, acolhimento e escuta) de atendimento como forma de buscar a criação de vínculo com as mulheres na UBS.

As pesquisadoras propuseram uma construção coletiva de atendimento, avaliando as diversas situações e dificuldades apresentadas, dentro do PHPN e de acordo com as diretrizes da SMS de PMPA.

Neste encontro as pré-natalistas solicitaram capacitação específica em aleitamento materno e foi agendado o próximo encontro.

4.7.2.2 2º encontro – E2 – 26/10/2007

Neste encontro aconteceu a discussão sobre o PHPN e suas diversas recomendações e diretrizes, além de reflexões sobre aspectos técnicos das recomendações e as suas inovações em relação às questões educativas.

Discussão sobre como está organizada a rede de referência e contrarreferência na SMS e o hospital de referência para o parto; conceito de acolhimento nos princípios do MS.

Agendado o próximo encontro.

4.7.2.3 3º encontro – E3 – 29/11/2007

No terceiro encontro ocorreram discussões sobre as reflexões e ações que ocorreram desde o 1º encontro. O grupo destacou a importância de se fazer uma aproximação e um intercâmbio entre a UBS Panorama e o hospital de referência para o parto.

A equipe de pesquisadoras se comprometeu a agilizar uma reunião entre UBS e HPV.

Agendado o próximo encontro.

4.7.2.4 4º encontro – E4 – 13/12/2007

Foi uma convidada especialista em aleitamento materno, representante da SMS junto ao MS para discutir as questões sobre amamentação.

Apresentou-se os últimos estudos em aleitamento e aspectos práticos da amamentação.

Houve reflexão sobre a importância do pré-natal no incentivo ao aleitamento e formação de vínculo com a gestante.

As pré-natalistas solicitaram capacitação específica em aleitamento para todos os profissionais da Unidade Básica.

Agendado o próximo encontro.

4.7.2.5 5º encontro – E5 – 24/01/2008

As gestoras do Hospital de referência do parto – HPV – foram a UBS discutir a referência e contrarreferência.

Apresentaram os programas do hospital em relação à gestação, parto e puerpério.

Houve discussão sobre encaminhamentos ao hospital de referência e retorno de pacientes a UBS e estratégias para facilitar estes encaminhamentos .

Foi marcada a visita das pré-natalistas ao hospital.

Agendado o próximo encontro.

4.7.2.6 6º encontro – E6 – 25/04/2008

Realizada discussão de um texto sobre tecnologias leves de atendimento.

A coordenação da UBS solicitou auxílio das pesquisadoras para discutirem com a gestão municipal, estadual e federal para realizar capacitações dirigidas ao aleitamento materno para a UBS Panorama se integrar na Iniciativa Unidade Amiga da Amamentação.

Agendado o próximo encontro.

4.7.2.7 7º encontro – E7 – 07/11/2008

Houve reflexão sobre os encontros anteriores e com relação as ações da pesquisa, a aproximação da UBS com o Hospital de referência para o parto.

Neste encontro foram discutidos detalhes técnicos das consultas: sobre os exames do pré-natal, exame físico geral e obstétrico e consulta de puerpério. Além disto, foram revisadas as consultas acompanhadas pela pesquisadora e destacadas as questões que envolveram humanização da assistência nas consultas.

Agendado o próximo encontro.

4.7.2.8 8º encontro – E8 – 09/12/2008

Aconteceu discussão dos protocolos do MS e SMS. Neste encontro foi acessado via *on-line* as publicações do MS e SMS. As pesquisadoras levaram os protocolos impressos, por solicitação das pré-natalistas.

Foi revisado aspectos técnicos da consulta, como exame físico, solicitação de exames de acordo com o período da gestação e o cadastramento das gestantes no sistema SISPRENATAL, o retorno ao puerpério e sua notificação.

O encontro proporcionou reflexão sobre a divulgação das diretrizes do atendimento pré-natal e suas repercussões.

Agendado o próximo encontro.

4.7.2.9 9º encontro – E9 – 22/12/2008

Continuação das discussões dos protocolos, exames e estratégias para melhorar a captação de exames do terceiro trimestre de gestação e o retorno das mulheres na consulta de puerpério.

Reflexão sobre os aspectos de humanização na consulta, estímulo de acompanhante nas consultas de pré-natal na UBS.

Agendado o próximo encontro.

Neste intervalo ocorreram os encontros para capacitação específica de aleitamento. A avaliação dos encontros específicos para aleitamento ocorreu no mês de novembro de 2009 com toda a equipe de saúde da unidade básica.

4.7.2.10 10º encontro – E10 – 18/11/2009

Avaliação das pré-natalistas sobre os encontros participativos da capacitação específica do pré-natal.

É importante lembrar que esta pesquisa é parte de um projeto que aborda na capacitação participativa questões do pré-natal e aleitamento materno para pré-natalistas; portanto, durante a capacitação, foram abordadas questões pertinentes ao pré-natal e ao aleitamento materno.

Com o andamento e os resultados da pesquisa, extrapolou-se a proposta inicial da capacitação, pois a equipe de pré-natalistas, junto com a coordenação da UBS, solicitou a interferência da equipe pesquisadora para promover uma capacitação específica de aleitamento materno. Com isso, além da capacitação no pré-natal, o estudo organizou e promoveu com todos os profissionais da UBS a iniciativa reivindicada, o que possibilitou também diários de campo coletivos desses encontros específicos.

Os encontros para a capacitação do aleitamento materno ocorreram após o término da capacitação do pré-natal.

4.7.3 Ações da pesquisa: 3º momento

Neste momento foram discutidas com as pré natalistas as ações, os resultados e as estratégias sugeridas através dos encontros participativos e acordos com o gestor. Estas ocorreram concomitantemente aos encontros participativos para o pré-natal e específicos para o aleitamento.

Os pontos descritos a seguir são destacados como ações.

4.7.3.1 Acompanhamentos das consultas de pré-natal

Foi o momento no qual a pesquisadora desta tese acompanhou, discutiu, orientou e entrevistou nas consultas de pré-natal das enfermeiras. Aconteceram em dois dias com agendas previamente marcadas com tal objetivo. Foram dois turnos diferentes, com agenda marcada em nome da enfermeira da ESF.

O atendimento teve a observação e o acompanhamento das três enfermeiras participantes.

Foram atendidas gestantes em todos os trimestres de gestação e puérperas, sendo seis consultas em cada dia.

Abordou-se o atendimento às usuárias, o vínculo entre pré-natalista e mulher, a importância de um acompanhante na consulta e o estímulo a que entre nas consultas, a indicação do hospital de referência para o parto, sinais de alerta na gestação, sinais de bem-estar fetal; foi reforçado o vínculo da gestante e puérpera na UBS, feita a lembrança da consulta pós-parto e a do bebê, o exame físico geral e obstétrico, os pedidos e interpretação dos exames pré-natais e encaminhamento das usuárias ao hospital de referência.

Foi um momento em que as enfermeiras puderam trabalhar situações práticas da atenção, mas, sobretudo, refletir a respeito de suas competências no atendimento às gestantes, puérperas, família e ao recém-nascido. A pesquisadora observou e participou das consultas.

4.7.3.2 Visitas ao hospital de referência ao parto

A primeira visita aconteceu entre as pesquisadoras e os gestores do Hospital Materno-Infantil Presidente Vargas, com o intuito de explicar a pesquisa e seus objetivos.

A equipe de pesquisadoras foi convidada a visitar todas as dependências do hospital. Após a visita, houve uma reunião com as chefias do HPV, na qual foi solicitado auxílio da universidade para implementar dispositivos do programa de

humanização, principalmente nas questões referentes ao parto. O compromisso foi aceito pela pesquisa e foi marcada a visita das pré-natalistas da UBS ao HPV.

A segunda visita ocorreu com as pré-natalistas da Unidade Básica Panorama e deu-se nos mesmos moldes da primeira; porém, quem apresentou as dependências do hospital foram as chefes de cada unidade, que as fez conhecer pessoalmente as colegas da UBS e já discutir os encaminhamentos.

4.7.3.3 Câmara de Vereadores de Porto Alegre

O objetivo de consultar a Câmara Municipal foi avaliar a proposta de Lei para transporte gratuito às gestantes no dia da realização de exames e da busca pelo hospital de referência.

4.7.3.4 Reunião com gestores de saúde de Porto Alegre

O objetivo da reunião com a coordenação da área da mulher e assessoria da SMS foi trazer sugestões da pesquisa em relação ao atendimento pré-natal.

4.7.4 Avaliação da capacitação pelos pré-natalistas: 4º momento

Último momento de reunião com os pré-natalistas, com o objetivo de avaliar os encontros e as mudanças nas práticas após a pesquisa. Foi um encontro em que houve discussão e avaliação da pesquisa.

O registro foi feito em um relatório de diário de campo coletivo, como os demais encontros participativos.

4.8 Análise dos dados

Foram analisados os diários de campo coletivo, com os registros realizados durante a capacitação nas quatro etapas do estudo.

Considerou-se capacitação todos os movimentos da pesquisa, desde as articulações entre pesquisadoras e gestores (momento institucional/estrutural), visitas ao hospital de referência para o parto da UBS (Ação), os encontros participativos entre pesquisadoras e pré-natalista e a avaliação.

Os diários de campo coletivo dos quatro momentos foram investigados através da análise temática proposta por Minayo, segundo a qual os núcleos de sentido que compõem uma comunicação e a frequência ou presença significou algo para o objeto pesquisado. Em se tratando de análise temática, o objetivo é buscar uma afirmação a respeito de um determinado assunto, em que o tema é a unidade de significado a aparecer naturalmente no texto analisado⁽⁵¹⁾.

A noção de tema está ligada a uma afirmação a respeito de determinado assunto. Ela comporta um feixe de relações e pode ser graficamente apresentada, através de uma palavra, de uma frase, de um resumo⁽⁵¹⁾.

Operacionalmente, a análise temática se desdobrou em três etapas.

Na primeira, deu-se a escolha dos documentos a serem analisados em relação aos objetivos iniciais da pesquisa.

Na segunda, houve exploração do material e consistiu essencialmente em uma operação classificatória, que visou alcançar o núcleo de compreensão do texto. Para isso, a pesquisadora buscou categorias, que são expressões ou palavras significativas, em função das quais o conteúdo de uma fala foi organizado. Para a categorização, o processo consistiu em uma redução do texto a palavras e expressões significativas.

A terceira etapa foi o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação. Nela, a pesquisadora propôs inferências e realizou interpretações, relacionando-as com o quadro teórico desenhado inicialmente; mas também abriu a outras situações em torno de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas pela leitura do

material. O material analisado foi categorizado em unidades de significação, categorias temáticas e temas.

4.9 Considerações éticas

Para o desenvolvimento do estudo, foi estabelecido um acordo informal entre o GEMBE, que faz parte da Escola de Enfermagem da UFRGS, e a área técnica Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre – RS.

O estudo estabeleceu risco mínimo para os que dele participarem, de acordo com as Normas de Pesquisa em Saúde⁽⁵²⁾. Todos os que desejaram fazer parte do estudo foram informados a respeito dos objetivos do mesmo, participando somente após concordarem com o que foi exposto e assinarem o Termo de Consentimento Livre e Informado (Apêndice B).

O anonimato dos participantes foi garantido e os resultados obtidos foram utilizados somente para fins de pesquisa. Foi dada, ainda, a garantia aos participantes de que sua recusa ou desistência não interferiria em suas atividades profissionais.

A autora comprometeu-se, também, a manter a confidencialidade das informações contidas nos diários de campo, nos dados coletados do Sis prenatal, nos dados dos prontuários das pacientes e nas carteiras de pré-natal, através do Termo de Compromisso para a Utilização de Dados (Apêndice C).

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Após leitura e análise dos diários de campo, emergiram dois temas para análise e discussão: o cotidiano da atenção pré-natal e as ações decorrentes da capacitação participativa.

5.1 O cotidiano da atenção pré-natal

No tema “O cotidiano da atenção pré-natal”, foram relacionadas três categorias temáticas que dão sustentação ao tema, conforme fica exposto a seguir.

5.1.1 *Desconhecimento de políticas, programas e diretrizes da atenção pré-natal*

A humanização se tornou uma proposta de atenção nas práticas de saúde do Brasil, programa que faz parte de uma política de atenção na rede pública de saúde do país desde o ano de 2004. No lançamento da política, o governo federal publica o documento da política nacional de humanização, no qual sugere mudanças nos modelos de atenção e gestão dos processos de trabalho, enfocando as necessidades dos cidadãos, valorização dos sujeitos e seu protagonismo⁽²¹⁾, visto que a humanização persiste como um desafio para consolidação dos princípios do SUS.

A publicação do documento da política nacional de humanização considera que, apesar de alguns avanços nos princípios norteadores do SUS, ainda se observa uma fragmentação dos processos de trabalho, das relações entre os profissionais, das redes de assistência, mas, sobretudo, o despreparo dos profissionais em lidar com questões subjetivas das práticas, pois o sistema de saúde é burocrata e verticalizado⁽²¹⁾.

Um autor concorda com as considerações da cartilha; para tanto, sugere mudanças no modelo de gestão e de atenção à saúde, destacando a necessidade

de capacitação e desenvolvimento dos trabalhadores do setor da saúde para, possivelmente, refletir e operar seus processos de trabalho⁽⁵³⁾.

A humanização é hoje um tema abordado com frequência nos serviços públicos de saúde e eventos da área, mas se percebe que exige uma discussão aprofundada sobre a dimensão do tema entre os profissionais. O termo foi extremamente divulgado e amplamente empregado em todas esferas de atenção da saúde, mas muitas vezes distorcido do seu conceito original, o qual destaca o conhecimento, a prática e a atitude como alicerces do programa.

Acredita-se que a distorção e a diversidade de interpretações foram acontecendo pela recorrência do uso do termo sem o entendimento da proposta, o que muitas vezes contribui para a banalização da expressão. Portanto, entende-se que pré-conceitos existentes em relação à proposta de humanização da atenção, ocorram pela dificuldade do entendimento, dada a sua complexidade.

Há autores que discorrem sobre suas experiências com a proposta da humanização e descrevem que os resultados desse trabalho dependem do desejo e da preparação dos profissionais para a sua adesão⁽⁵⁴⁾. Tais estudos demonstram resultados impressionantes se comparados aos tradicionais modos de atendimento, principalmente nas questões do acesso, evidenciando melhoria em outros indicadores.

Nesta pesquisa, durante os encontros participativos, discuti-se a humanização como prática de atenção que não rompa com o conhecimento e a técnica, e também não signifique apenas subjetividade no atendimento, mas que alie todo esse processo.

A proposta da pesquisa despertou interesse no grupo de pré-natalistas de aprofundar a questão da humanização, pois demonstraram desconhecimento teórico sobre o tema. Tal observação surgiu durante os encontros em que os profissionais radicalizaram situações, dicotomizando o atendimento como técnico ou educativo e humanizado, conforme referido a seguir:

[...] pergunta se o foco da reunião é a revisão do atendimento ou se é com relação à humanização (E6PN7).

A fragmentação do atendimento entre técnico e humanizado foi a dificuldade inicial demonstrada pelo grupo, o que é compatível com a literatura estudada, pois ainda se discute um conceito para o termo humanização.

Porém, no decorrer dos encontros, observa-se a preocupação com as mudanças no trabalho diário da equipe, principalmente no sentido de agregar o conceito de humanização no entendimento da proposta de pesquisa. No mesmo encontro, em que uma pré-natalista dicotomizou o atendimento entre técnico e humanizado, outra demonstra a preocupação de evitar a dissociação, aliando a técnica e a subjetividade da teoria da humanização:

[...] considera os trabalhos teórico e técnico importantes para tornar a consulta menos mecânica (E6PN6).

A humanização, enquanto entendida como conceito impreciso no campo da saúde, vincula-se a sentidos na sua compreensão, o que, muitas vezes, relaciona-se apenas ao voluntarismo e à dedicação ao subjetivo; destacam a importância de um reposicionamento dos sujeitos no modo de fazer, trabalhar, praticar e produzir saúde⁽⁵⁵⁾.

Ao propor a reflexão de suas práticas, a pesquisadora observou dificuldade dos pré-natalistas em avaliá-las, pois desconhecem outras formas de atenção:

[...] De que forma poderia ser diferente o atendimento? (E1PN4).

Proporcionar momentos para equipes de saúde discutir o trabalho é a forma que a pesquisadora entendeu como facilitadora da troca de saberes, experimentações, momento que permite a discussão do cotidiano e o entendimento da proposta de humanização da atenção. Essa dúvida parte de profissionais que aprenderam a prestar atendimento com perspectivas biomédicas, baseadas apenas no tecnicismo da atenção.

Partindo da perspectiva de atenção adotada, foi discutido com o grupo de pré-natalistas os dados dos indicadores de saúde da UBS Panorama em relação à atenção da mulher, para avaliação e discussão. A surpresa foi grande, pois entendiam a situação de sua unidade diferente e melhor da que é fornecida pelos dados oficiais apresentados. Foram contrapostos os resultados de alguns indicadores como o retorno das gestantes às consultas e as orientações em relação à importância de certos cuidados relacionados com tais taxas. Apesar do desconhecimento das profissionais a respeito dos resultados de seu trabalho, é importante frisar que estes dados são disponibilizados publicamente *on-line* no site da prefeitura de Porto Alegre a cada ano.

[...] Diz ter ficado surpresa com as diferenças entre os valores das taxas de exames (E2PN7).

Observa-se que a atenção à saúde da mulher em nosso meio continua sendo um desafio para melhorar indicadores; para tanto, sugere-se uma aproximação entre a gestão e os profissionais que prestam atendimento imediato às mulheres, com encontros sistemáticos para avaliação dos indicadores. Percebeu-se que os pré-natalistas desconhecem o resultado de seu trabalho, assim como os outros profissionais da saúde no âmbito do SUS, o que não estimula a participação e a corresponsabilização dos mesmos na produção de saúde, um dos alicerces da política de humanização.

As pré-natalistas, além de demonstrarem desconhecimento das políticas da área, como a Humanização e do próprio PHPN, que normatiza e controla a situação do pré-natal no país, desconhecem os protocolos do município e o atendimento dentro da própria UBS, conforme se observa no relato:

[...] a PN2 busca entendimento sobre o funcionamento do pré-natal da UBS, apesar de estar realizando as consultas de pré-natal, puerpério e do bebê, assim como, visitas domiciliares às gestantes, puérperas e recém-nascidos desde seu ingresso na Unidade, reforça dizendo que desconhece as rotinas de atendimento da UBS e as diretrizes da SMS de POA (PN2E1).

O relato acima traduz a forma de incorporação de um trabalho sem reflexão, apenas voltado para a tarefa, sem comprometimento com seus resultados. Apesar de as discussões sobre humanização e seus programas terem ocupado espaço e momentos de destaque nas propostas de revisão das práticas de saúde no país, por parte do MS, carecem de divulgação entre os gestores locais e os trabalhadores da saúde.

O que chama a atenção sobre o desconhecimento da temática é que a prefeitura de Porto Alegre aderiu ao PHPN em 2003; portanto, questiona-se o modo como acontece a comunicação entre os gestores e os trabalhadores da saúde. A temática da humanização na atenção à mulher vem se desenvolvendo há algumas décadas. Mesmo assim, o entendimento fica difícil por parte de alguns profissionais da saúde, pois extrapola padrões normativos e, com isso, pode levar a entendimentos de abstrações e banalizações. Acredita-se que o referido

entendimento pode ser vinculado à formação profissional, voltada para o modelo tecnocrático de atendimento, caracterizando-se como modelo tradicional de se operar as práticas de saúde. Baseado nessa premissa, pretendeu-se discutir com as pré-natalistas o conceito de humanização e sua aplicabilidade, uma vez que elas pré-natalistas já haviam demonstrado dissociação do conceito nos primeiros encontros participativos.

Humanizar o atendimento na proposta da pesquisa não implica a ruptura total com o modelo tecnocrata, mas uma interação nas relações interpessoais entre usuária e profissional de saúde, aliada a técnicas e condutas de melhores resultados do acompanhamento pré-natal.

Promover debates para buscar um atendimento dentro da proposta de humanização no pré-natal foi a intenção desta pesquisa. Na avaliação das atividades, uma pré-natalista referiu que a pesquisa contribui para tal, conforme descrito a seguir:

[...] diz que acompanha a gestante até o final e refere que o momento de revisão das práticas, nas aulas sobre o pré-natal foi muito importante, pois ela percebe que agora consegue ter um discernimento maior sobre informações são mais importantes em cada momento, ou seja, consegue priorizar o que deve ser informado à mulher (E10PN4).

É importante considerar que para a pré-natalista entrevistada, as discussões sobre conceitos da humanização foram importantes, mas aponta também para a existência de uma carência de revisão dos procedimentos técnicos no atendimento, ou seja, falta associar técnica e relações.

O gestor espera dos profissionais de saúde um cumprimento de metas dentro de programas instituídos; para tanto, exige dos profissionais de saúde atendimentos que, muitas vezes, desconhecem e não estão capacitados para exercê-los com qualidade. O que corrobora com a consideração da pré-natalista:

*[...] as discussões sobre humanização e vínculo foram importantes, mas refere que a parte técnica **também** foi muito importante para otimizar as consultas (E10PN4).*

Observa-se que a pré-natalista consegue aliar o conceito de humanização entre teoria e prática, conjugando esses extremos em um conceito que deve ser

incorporado. É importante lembrar que a afirmação citada foi feita na avaliação da capacitação, após dois anos de encontros.

5.1.2 Predomínio do modelo tradicional de atendimento

Os currículos da área da saúde ainda são voltados para uma formação com ênfase demasiada no tecnicismo e intervencionismo da atenção à saúde. Há críticas ao modelo biomédico, no qual a técnica é soberana na atenção, pois acredita que fragiliza as práticas de atenção, uma vez que o profissional não sabe lidar com as questões subjetivas dos usuários⁽⁵⁶⁾. Esse modelo é centrado no poder do profissional em todas as resoluções sobre a saúde dos usuários. O profissional de saúde é detentor de saberes técnicos e acadêmicos e se julga soberano em suas ações, desconsiderando outros aspectos também importantes nas questões de saúde. Esta é a característica marcante do modelo tecnicista: o poder do profissional⁽⁵⁶⁾.

Alguns autores descrevem o modelo tecnocrático como controlador de corpos e normatizador, no qual a doença é supervalorizada na atenção e os profissionais de saúde regulam os corpos considerados deficientes⁽²⁸⁾. Várias profissões da saúde baseiam-se nesse modelo para a formação de seus profissionais. Ele perpetua o poder do profissional em relação ao usuário e às estruturas de saúde, pois, assim, são mantidas certas hegemonias de classes e controles sociais.

No campo da saúde, o tecnicismo vai de encontro ao paradigma da humanização da atenção. Percebe-se que existe dissociação entre técnica e humanização, parecendo mesmo ser impossível a conjugação de ambos.

Durante os encontros, observou-se que as práticas das pré-natalistas refletem a formação do profissional nas academias. A discussão ocorreu após a leitura de um texto sobre formas de atendimento:

[...] a pré-natalista fala sobre a formação do médico de família e como isto contribui para a relação e integração da equipe de saúde e que facilita a forma de um atendimento diferenciado para a população (E6PN2).

Observa-se que a participante citada sinaliza ao grupo que a formação do médico de saúde de família é diferente das outras especialidades da medicina. Sabe-se que ele tem uma formação voltada para o SUS, dentro dos princípios da universalidade, integralidade e equidade, diálogo que apareceu na busca por alternativas para sobrepor o paradigma tecnocrático. A referida participante teve uma formação tecnocrática durante a graduação e diferenciada, segunda ela própria, na especialização. Assim, sinalizou aos colegas que as relações interpessoais são importantes, tanto entre a equipe de saúde, como também voltada às necessidades dos usuários.

A mesma compreensão é entendida por outra participante, que manifesta seu entendimento em relação ao trabalho em equipe multiprofissional no grupo e compreende que as relações interpessoais e profissionais são construídas no local de trabalho e delas depende a forma de operacionalizar as práticas:

[...] Faz diferença trabalhar onde e com quem se gosta... e realizar o trabalho em equipe... a prática humanizadora faz parte do cotidiano desta equipe (E6PN7).

Essa reflexão demonstra entendimento da proposta da pesquisa, já que, inicialmente, o grupo mostrou-se desconfiado e inseguro. Observa-se que o mesmo aceitou a proposta, o que reflete nas atitudes de todos, quando o assunto é a importância dessa formação no trabalho em equipe:

[...] fala do trabalho integrado entre médicas e enfermeiras e entre médicas e médicos com formação em Saúde da Família (E6PN7).

Na Unidade Panorama, o atendimento pré-natal era realizado por médicas e enfermeiras, porém com práticas bem definidas no início da pesquisa:

[...] o preenchimento da ficha do pré-natal, elaborada pelas enfermeiras facilita a condução do atendimento, pois é detalhada... (E2PN6)

As enfermeiras realizavam apenas a primeira consulta; as demais eram acompanhadas pelas médicas de saúde da família ou pela ginecologista. Observa-se que essa mesma consulta é o momento de preencher o cadastramento da usuária no sistema informatizado de saúde da gestante, a carteira do pré-natal e as orientações da sistematização do acompanhamento. Pode-se considerar que a

primeira consulta configura-se um encontro que despende um tempo maior para atender todas as exigências da gestão, porém fundamentais para a avaliação da condução do pré-natal. É um momento da gestação em que geralmente não é realizado exame físico obstétrico. Parece que a situação inicialmente estava cômoda para todos pré-natalistas: as enfermeiras assumiam uma ação mais administrativa e educacional e as médicas prosseguiam no atendimento assistencial já organizado e sistematizado.

Fica evidente uma posição subalterna de parte de uma categoria em prol de outra, sendo que pelos protocolos e programas governamentais, assim como legalmente, ambas as categorias podem conduzir e acompanhar a gestação. Além disso, as enfermeiras também necessitam reciclar a consulta e suas especificidades técnicas de atuação no pré-natal.

Percebe-se que ações de investimento em melhores práticas, como as realizadas pelas capacitações tradicionais, têm favorecido apenas um repasse de informações especificamente técnicas no atendimento da gestação por parte da gestão. Os profissionais de saúde nem sempre parecem buscar e renovar conhecimentos no relato abaixo como aparece:

[...] Desde que me formei [20 anos] nunca mais busquei informações... (E4PN1).

A resposta dos profissionais acontece de acordo com sua formação e preparação; muitas vezes, eles desconhecem outras formas de atendimento que possam trazer melhores resultados.

Analisando as capacitações do município, nos últimos quatro anos, observa-se que as mesmas acontecem de forma verticalizada, ou seja, um repasse de informações por parte dos gestores de áreas técnicas para as coordenações das unidades de saúde⁽⁷⁾. As coordenações de cada unidade repassam as informações para o profissional que atende as usuárias, reforçando o modelo de um atendimento essencialmente técnico e prático, parece não haver momentos de discussões sobre as práticas profissionais, suas dificuldades no trabalho e seus resultados.

Ainda analisando o que foi relatado pelas pré-natalistas em relação à formação acadêmica, entende-se que o país tem investido na estratégia da Saúde da Família como principal proposta de reorganização do modelo de atenção à saúde, com apoio direto dos três níveis da esfera governamental.

Durante os encontros participativos, além de discutir textos que abordaram humanização, acolhimento e vínculo, também foi realizado acompanhamento das consultas de pré-natal, por solicitação das enfermeiras, pois para a categoria, capacitar tecnicamente para o atendimento era essencial, uma vez que são amparadas legalmente para tal exercício e solicitaram auxílio da pesquisadora para tanto:

[...] desde o 1º encontro as PNs solicitam capacitação para aleitamento e consultoria nas consultas e pedido de exames (E1, E2 e E3).

Após acompanhamento e discussão das atividades de atendimento, a avaliação do grupo em questão foi:

[...] é muito importante a atualização dos profissionais (E3PN6).

A afirmação transcrita foi acompanhada pela mudança das ações das enfermeiras. Atualmente, uma enfermeira do PSF e outra da UBS dividem agenda de pré-natal com a médica, alternando as consultas.

Na Unidade Básica Panorama, existem profissionais concursados pela prefeitura que atendem na UBS e profissionais da estratégia PSF contratados por empresas terceirizadas da prefeitura. É um momento de adaptações na UBS, pois foi incorporado na sua estrutura um PSF:

[...] disse que o momento é de transição que a UBS está passando e fala da incorporação do PSF à Panorama (E1PN1).

O modelo de atendimento do PSF facilita a discussão da proposta de Humanização, pois os profissionais conhecem sua população, uma vez que sua área de abrangência é demarcada. Os usuários conhecem os profissionais e estabelecem uma relação mais próxima, favorecendo o vínculo entre usuários-profissionais. Desde a incorporação do PSF pela UBS, a busca ativa por usuárias grávidas ou no puerpério melhorou, importante estratégia do PSF, que conta com agentes de saúde na sua formação de equipe, conforme relato de uma pré-natalista:

[...] os casos de busca ativa às mulheres aumentou muito (E7PN1).

A aproximação entre a equipe e a usuária favorece o vínculo e a adesão à unidade de saúde. Essa situação compromete o profissional no seu agir, fazendo com que busque formas de pensar as práticas para resolver as questões das usuárias.

A compreensão de que o PSF facilita a integração do trabalho e, conseqüentemente, a resolução de muitas situações é percebida pelo grupo:

[...] a formação em saúde da família proporciona o trabalho integrado (E6 PN6).

Embora haja manifestações como a do relato anterior, ainda se observa bastante solidificada a hegemonia do modelo tecnicista vigente, pois os profissionais esboçaram dúvidas no decorrer de uma discussão sobre modos de atenção com as questões de humanização do PHPN, o que reforça o predomínio do modelo de atenção:

[...] o foco da reunião é a discussão dos exames e a consulta !? (E6PN7).

Este questionamento anterior necessitou uma retomada dos objetivos e das questões da pesquisa, um ano após o primeiro encontro. Isso faz pensar que trabalhar questões ligadas à educação em serviço, como o caso da capacitação participativa, requer, além do investimento em tempo para reflexão, a também necessária continuidade dos encontros.

Neste momento (sétimo encontro), as respostas vieram do próprio grupo:

[...] As revisões [técnicas e exames] têm a ver com a humanização e como essa articulação se dá no cotidiano (E7PN7).

Uma participante fez um pronunciamento na última reunião da UBS em defesa da capacitação específica para o aleitamento materno, gerando comentários laterais na reunião com todos os colaboradores da Unidade. Esse encontro aconteceu depois de 1 ano e 3 meses de encontros participativos exclusivamente com as pré-natalistas, conforme é descrito:

[...] precisamos escutar nossas pacientes e incentivar a presença de acompanhantes em todas etapas do atendimento, nas consultas, grupos, visitas, pois muitas vezes a mulher não tá nem aí para orientações, e o acompanhante absorve e entende e daí vai ajudar

quando precisar... gestante e mãe com nenê tem que ser atendida sempre como prioridade e trazer acompanhante (E10 PN7).

O relato destacado demonstrou uma mudança de comportamento nesta pré-natalista. No início da capacitação, ela foi considerada pelo grupo como a profissional com a conduta mais tecnicista. A mudança de pensamento e atitudes da pré-natalista reforça a tese de que o modelo de capacitação proposto gera a reflexão sobre as práticas e modifica o atendimento. Tal análise foi percebida pelas pré-natalistas durante os encontros, quando questionaram a metodologia do estudo, ao acompanharem algumas modificações do atendimento, resultantes das reflexões proporcionadas nos encontros participativos:

[...] nunca viu um movimento tão articulado entre pesquisa, extensão e política, elogiando a pesquisa e mostrando, mais uma vez, disponibilidade em discutir as questões propostas... (E6 PN2).

Acredita-se que as avaliações positivas obtidas são respostas ao modelo proposto de capacitação participativa.

[...] Se fosse uma intervenção simples tudo isto não seria possível, que em outros tipos de intervenção apenas seriam observados os resultados ao final, e não no processo (E10PN3).

A avaliação de intervenção simples referida pela pré-natalista diz respeito ao modelo vigente de capacitação, no qual os conhecimentos são repassados e os protocolos de atendimento são apresentados aos profissionais para cumprimento de metas.

O depoimento solidifica a proposta de discussão a que a pesquisa se propôs, pois é coerente com o conceito de humanização em que se acredita, sem dissociar a técnica da subjetividade dos sujeitos.

A metodologia utilizada nos encontros participativos alia investigação social, trabalho educativo e ação. A ação é entendida, no caso, pelo que as participantes denominaram de mudança ao longo do caminho; tais são princípios da pesquisa participante, o que Demo considera um diálogo através do tempo, no qual a mobilização existe no sentido de resolver coletivamente os problemas⁽⁴⁸⁾.

Os movimentos mencionados aconteceram durante a pesquisa pela possibilidade de criar diálogo e buscar respostas às dificuldades que surgem no

trabalho. Percebe-se a ocorrência de uma falha na comunicação entre gestão e profissionais que realizam o atendimento; por isso, não basta produzir manuais se a informação não é compreendida e socializada por todos que a utilizam.

O Ministério da Saúde disponibiliza manuais de atendimento de fácil acesso *on-line*, divulgando práticas baseadas em evidências e nos propósitos da humanização do atendimento⁽¹⁷⁾. A crítica que se impõe neste estudo reside no fato de não ser suficiente apenas o repasse de informações aos profissionais, responsabilizando-os para uma mudança de posturas, sem que sejam oferecidos suporte ou discussões para buscar formas de operacionalizar as formas de atendimento.

Evidencia-se que os gestores que elaboram as diretrizes ou manuais de atendimento buscaram o melhor conhecimento para o atendimento pré-natal, porém estão distantes da prática cotidiana e de todas exigências impostas ao profissional do atendimento.

A Prefeitura de Porto Alegre elaborou diretrizes de atendimento disponibilizadas no *site* do município, com livre acesso; mesmo assim, nos primeiros encontros, os pré-natalistas declararam desconhecer os protocolos. Foi solicitado, então, que no sétimo encontro fosse discutido o protocolo de atendimento pré-natal da Prefeitura e feita uma revisão teórica sobre os exames do pré-natal, mais especificamente sobre os pedidos de exames de acordo com a idade gestacional, interpretação e encaminhamentos necessários.

Anteriormente ao encontro em questão, a pesquisadora informou as participantes sobre a publicação das diretrizes do pré-natal no *site* da prefeitura, porém nenhum dos presentes, até o momento, havia manuseado ou acessado *on-line* as diretrizes. A equipe pesquisadora enviou o *link* de acesso e levou-o impresso no encontro subsequente, juntamente com as diretrizes para discussão no grupo.

Em um encontro participativo, as pesquisadoras levaram a proposta de leitura e discussão de um texto que polemiza conceitos sobre acolhimento e vínculo, com o objetivo de abordar a humanização das práticas de saúde⁽⁵⁷⁾. O autor reflete acerca das práticas de saúde, as quais sofreram avanço e desenvolvimento científico e tecnológico importante nos últimos anos; porém, vêm encontrando sérias limitações para responder efetivamente às complexas necessidades de saúde de indivíduos e populações. A leitura e a reflexão sobre essas temáticas tiveram o propósito de resgatar o objetivo da pesquisa, com base no atendimento da humanização, buscar

discutir a tecnologia nessa proposta e aliar as subjetividades e necessidades do indivíduo. O relato a seguir ilustra aspectos da discussão em estudo:

[...] comenta o texto lido e coloca que por mais que esteja preparada, ela considera os trabalhos teórico e técnicos importantes para tornar a consulta menos mecânica (E6PN6).

Nos encontros buscou-se sempre trabalhar com as pré-natalistas, partindo dos pressupostos dos programas e protocolos municipais e federais disponibilizados publicamente. Então, por solicitação do grupo, o debate partiu das práticas atuais, entre as quais foram discutidas situações das práticas cotidianas, como solicitação de exames de pré-natal e dúvidas em relação ao exame físico geral e obstétrico.

Esse encontro aconteceu depois dos acompanhamentos das consultas pela pesquisadora; foi uma retomada de algumas situações de dados concretos do atendimento pré-natal na UBS para discussão de determinados pontos, geradores de dúvidas de condutas:

[...] comenta a dificuldade de tratar o parceiro da mulher [VDRL] e que, às vezes é necessário o envolvimento da família inteira (E7PN1).

O relato anterior reforça a importância da inclusão de algum acompanhante nas consultas, participando, argumentando, mas, sobretudo, sendo instrumentalizado a participar do processo da gestação, parto e puerpério, a fim de que possa intervir quando necessário.

A equipe de pré-natalistas, ao ser questionada sobre a inclusão de um acompanhante nas consultas, demonstrou pouco interesse sobre o assunto, inclusive desconheciam a lei do acompanhante de parto⁽⁵⁸⁾.

[...] nunca viu a Lei (E1PN2).

No grupo foi abordado que a situação descrita demonstra a importância da inclusão de um acompanhante nas consultas para participar e compreender a importância do tratamento da sífilis. Sabe-se que a inclusão de acompanhante nas consultas não é prática na UBS por parte de nenhum profissional:

[...] comenta sobre a presença do acompanhante, dizendo ser difícil determinar condutas a outros profissionais (E6PN7).

Outras situações especificamente técnicas na condução da atenção foram discutidas, tais como:

[...] realiza o toque vaginal na primeira consulta e a partir das 20 semanas faz em consultas alternadas. No 3º trimestre realiza o toque em todas as consultas (E7PN3).

Nos encontros ocorreram discussões a respeito de rotinas instituídas, mas sem respaldo técnico nas diretrizes de acompanhamento do pré-natal pela SMS.

Os fatos demonstram que muitas vezes torna-se difícil o profissional abandonar práticas incorporadas, porém sem sustentação científica, como é o caso das ecografias obstétricas.

A diretriz da SMS orienta os pré-natalistas que a ecografia obstétrica não é uma ferramenta que tem evidência científica forte para garantir um adequado acompanhamento pré-natal; mesmo assim, a solicitação do exame é uma praxe para todas as grávidas.

No relato a seguir, percebe-se o desconhecimento das diretrizes que regem o trabalho da condução do pré-natal da SMS, mas também a dificuldade de revisar sua prática dentro de um modelo intervencionista:

[...] a DUM fornecida pelas mulheres, muitas vezes, não é fidedigna. É necessário juntar a DUM com a altura uterina e com a ecografia (E7PN3).

O protocolo vigente da SMS orienta os pré-natalistas a práticas que levem a uma resolutividade do acompanhamento; para tanto, descreve o diagnóstico e o tratamento para os corrimentos vaginais. Ainda assim:

[...] todas participantes questionam, discutem sobre a questão dos corrimentos vaginais, como identificar e tratar (E7).

Ao final de um encontro participativo, as participantes fizeram acordos para pactuar a atenção pré-natal:

[...] é importante que todo mundo fale a mesma língua para que as coisas andem bem (E7PN3).

Alguns dos acordos firmados resultaram em ações da pesquisa que repercutem diretamente na atenção pré-natal da Unidade de Saúde.

É importante salientar que no grupo de pré-natalistas se observa que as divergências estão presentes no que diz respeito às condutas no atendimento e as formas de atendimento não são percebidas da mesma maneira por todas as integrantes.

O movimento de perceber e evidenciar as diferenças de condutas pode ser um momento de crescimento quando se oportuniza, entre os colegas, a discussão entre eles e posteriormente com o grupo de trabalho. Além disso, faz revisar ideias, práticas e atitudes do cotidiano e facilita a produção coletiva de cuidados.

Os acordos estabelecidos após as discussões sobre o atendimento entre as sete pré-natalistas demonstram o comprometimento das mesmas com a atenção da saúde.

As discussões das práticas dos profissionais da UBS e do PSF geraram discussões e situações de desconfortos em alguns momentos, entre elas. Mas a situação pode ter como resultado um retorno benéfico aos usuários, pois oportuniza melhores práticas. Para efetivar mudanças, é importante a desacomodação de modelos assistenciais.

Observou-se um avanço no entendimento dos conceitos abordados e, ao final de um dos encontros, é salientada a importância da escuta da usuária e do seu acompanhante. Nesse sentido, as pré-natalistas trouxeram um exemplo prático de uma situação ao grupo:

[...] o pré-natal da UBS está sendo eficaz e as orientações que as usuárias estão recebendo no pré-natal tem surtido efeito, a presença do acompanhante nesta situação foi fundamental no sucesso do aleitamento. As dificuldades apresentadas por uma puerpera no aleitamento foram superadas, pois ela procurou a UBS sabendo que poderia contar com o apoio de todos (E10PN7).

5.1.3 Dificuldades para desenvolvimento das práticas de atenção humanizadas

A principal dificuldade para a efetivação de alguns dispositivos do PHPN e diretrizes da SMS, levantada pela equipe de pré-natalistas da Unidade Panorama, foi o acesso, caracterizado como sócio organizacional e geográfico⁽⁵⁹⁾.

As pré-natalistas relatam que a UBS sempre privilegiou o atendimento aos recém-nascidos, gestantes e puérperas e constatou-se durante os encontros participativos que o acesso é facilitado para a parcela citada, na UBS:

[...] A PN 2 acha legal que na UBS Panorama a gestante não precisa entrar na fila para marcar consulta (PN2E1).

Observa-se que as mulheres grávidas ou no puerpério, assim como recém-nascidos não necessitam entrar em fila na UBS: sempre são acolhidas e encaminhadas ao serviço, através de consultas agendadas, ou no próprio acolhimento.

A maior dificuldade no atendimento pré-natal, no entendimento das pré-natalistas, está no acesso aos exames e ao hospital de referência para o parto. A dificuldade apontada está relacionada à distância entre a UBS e os laboratórios de coleta de exames e ao hospital onde será realizado o parto, ambos situados no centro da cidade.

A distância aproximada da UBS Panorama e do centro de Porto Alegre é de 20km. Porém, para as usuárias irem até lá, é necessário utilizar dois transportes coletivos e aproximadamente uma hora em cada deslocamento, o que gera um turno do dia perdido no trajeto.

Para a realização dos exames, é necessário a gestante estar disponível em um turno do dia para as coletas necessárias, assim como para a busca dos resultados. Quando vai levar os exames ao pré-natal, a mulher necessita oito passagens de transporte coletivo, o que causa impacto no orçamento doméstico.

Em relação ao hospital de referência, além de estar longe da UBS, está afastado cerca de 2km dos terminais de transportes coletivos do centro da cidade.

O hospital de referência está localizado em uma região de Porto Alegre em que o acesso é dificultado pelo fato de a mesma ser íngreme, com muitas subidas, o que dificulta o deslocamento das gestantes, considerando as mudanças físicas no corpo feminino ocasionadas pela gravidez.

As pré-natalistas elegeram como prioridade a discussão desse tema, pois entendem o acesso a tais serviços como maior problema para melhorar os indicadores de cobertura de exames e referenciamento para o parto, ou situações que exigem atendimento durante a gestação. Vários fatores se interrelacionam com

o acesso, pois dependem das condições econômicas das usuárias e disponibilidade de tempo para os deslocamentos.

Em relação aos exames, os pré-natalistas sugerem que a SMS seja um posto de coleta na própria unidade, em algum dia da semana, ou na parada doze da região, onde funciona um pronto atendimento (PA) 24h, local próximo à Unidade Panorama e que possui laboratório de análises dentro da estrutura do PA:

PN1 fala sobre a necessidade de implantação de um posto de coleta no Pronto Atendimento da Lomba do Pinheiro, na parada 12, dá exemplo de posto que trabalhou em outro local da cidade, onde a coleta dos exames era centralizada em um posto de referência da região, as pacientes não necessitam colher seus exames em laboratórios credenciados no centro da cidade. Fato este que dificulta a coleta devido as questões financeiras e de acesso das mulheres (PN1E3).

Existe precedente na situação dos exames, em que outros locais considerados periferia de Porto Alegre, assim como a região da Lomba do Pinheiro, realizam coletas de exames laboratoriais próximo à residência dos usuários.

Compreende-se que a busca aos serviços vai depender do usuário e da facilidade de chegar até a unidade de saúde no primeiro momento; mas a continuidade do atendimento depende da interação com o profissional que o atende e facilita os acessos necessários para suas necessidades. Portanto, não se pode descrever e limitar o acesso apenas à entrada aos serviços de saúde, mas também à continuidade da atenção, a utilização dos serviços de saúde depende da interação do usuário com a unidade e do profissional que o conduz dentro do sistema de saúde.

Transpondo-se a situação para o período gravídico puerperal, momentos de intensas modificações físicas emocionais, o acesso facilitado se torna um dispositivo da humanização da atenção que repercute no vínculo da gestante com os serviços. Esta constatação veio também da experiência das pré-natalistas:

[...] todas as presentes na capacitação acreditam que quando há um acesso facilitado, as gestantes realizam mais os exames gestacionais e, desta forma, estes indicadores melhoram (E3).

Durante o desenvolvimento da pesquisa, aconteceram mudanças em relação à realização de ecografias obstétricas. Elas eram realizadas em clínicas credenciadas pela prefeitura, no centro de Porto Alegre, e a cobertura era baixa.

A partir de 2009, a SMS instituiu um programa para realização de ecografias obstétricas à distância, por meio virtual em algumas unidades de saúde longe do centro de Porto Alegre. Atualmente o programa funciona na região da Restinga e Lomba do Pinheiro, bairros distantes do centro da cidade. Na Lomba do Pinheiro, esses exames são realizados na parada 12 da região, a 4 Km da UBS do estudo, local onde se situa o Pronto Atendimento (PA) e os 3 PSFs.

A Prefeitura equipou o local com aparelhos para enviar as imagens das ecografias para especialistas no HPV, ou seja, as gestantes não necessitam deslocamento e gastos para realizar o exame; o laudo é emitido imediatamente, ou anexado na própria ficha da gestante. Pelo protocolo da SMS de POA, a realização de ecografia na gestação não tem evidência científica forte na diminuição de riscos de morbimortalidade materna e perinatal a ponto de justificar sua universalização; porém, é recomendada para determinadas situações⁽⁶⁰⁾.

A realização de exames de ecografia obstétrica foi intensificada pelo acesso facilitado.

Analisando esta situação de acesso, constata-se que, atualmente, todas as gestantes atendidas na UBS realizam ecografia quando necessário.

Este exemplo em relação à realização de ecografias na gestação é mais um argumento para os gestores repensarem sobre o local de coleta de exames de sangue e urina. Utilizar os serviços já existentes, como o laboratório do PA, seria uma estratégia para melhorar o acesso aos exames de pré-natal e refletiria nos indicadores de atenção pré-natal.

As pré-natalistas observaram outra dificuldade em relação à coleta de exames, relacionada diretamente às gestantes e, mais especificamente, ao momento da gestação: as usuárias, no último trimestre da gestação, na busca do serviço, tanto às consultas quanto aos exames, reclamam: as gestantes possuem dificuldades para realizar os exames de 3º trimestre de gestação e que quando os fazem, às vezes não levam os exames para as PN olharem. Muitas alegam que a barriga está muito grande, que estão mais cansadas e que quando veem que os exames de 1º trimestre deram normais, não fazem os de 3º, julgando não ser necessário (E3PN3; E3PN6).

Pelo que se observa, a argumentação responsabiliza também a mulher por seus cuidados, mas não isenta os profissionais que as atendem de terem que realizar a busca ativa e o acompanhamento preconizado. Há uma série de fatores

que deve ser levado em conta para melhorar indicadores no pré-natal; buscar estratégias é o objetivo da capacitação participativa.

Foi acordado com o grupo de pré-natalistas que as sugestões em relação aos exames do pré-natal seriam encaminhadas à coordenação da saúde da mulher da SMS, caracterizando, assim, uma **ação** desta pesquisa participante.

O entendimento sobre o referenciamento da gestante da UBS para um hospital é importante, tornando-se objeto de discussão no E3:

É consenso geral que o relacionamento entre o serviço e rede é de extrema importância! (E3PN3).

As pré-natalistas também entendem que um dos problemas de referenciamento da gestante ao hospital é a distância, pois:

As mulheres que ganharam bebê no HPV gostaram bastante de lá (E3PN1).

Portanto, acreditam que:

É mais fácil adequar a referência ao posto do que mudá-la (E3PN2).

Porém, os pré-natalistas transmitem o relato de algumas usuárias acerca do que pensam ser um dos maiores problemas do HPV:

[...] a área física e não permissão da entrada de um acompanhante (E2PN2).

As palavras da pré-natalista traduzem as reações de quem usa o serviço – a usuária. Portanto observa-se que os serviços de saúde precisam se readequar na sua estrutura e na constante atualização e preparação dos profissionais que prestam atendimento imediato às usuárias.

Alguns aspectos foram abordados pelas pré-natalistas em relação ao hospital de referência ao parto, além do problema de acesso, como os encaminhamentos e o desconhecimento do funcionamento do HPV. As profissionais declararam que não conhecem os colegas do hospital e, ao falar pelo telefone:

Conversou com uma colega do HPV e foi pouco receptiva e fria com ela (E3PN1).

Situações de relacionamento entre profissionais do sistema devem ser discutidas para evitar prejuízos no atendimento à usuária; com esse intuito, houve a sugestão das pesquisadoras de que os profissionais da UBS visitassem o HPV, com vistas a conhecer a estrutura e as rotinas e tentar criar estratégias para melhorar os encaminhamentos. As pré-natalistas sugeriram também que os profissionais do HPV também viessem até a Unidade como forma de trocar informações e:

Colocar as pessoas próximas é uma forma de lembrar pactuações e compromissos (E10PN6).

As duas situações ocorreram: as profissionais da UBS foram até o HPV e profissionais do HPV foram até a UBS, item que será descrito no próximo tema.

5.2 Ações decorrentes da capacitação participativa

A proposta de capacitação participativa possibilitou modificações da prática de atenção durante o transcorrer dos encontros, o que este estudo nomeou de **ações** da pesquisa. Dentro do tema, consolidaram-se como categorias temáticas:

- a) duração das consultas de pré-natal;
- b) mudanças na sala de atendimento;
- c) inserção do acompanhante nas consultas;
- d) papéis dos profissionais;
- e) aproximação da UBS com Hospital de referência;
- f) propostas para desenvolvimento das práticas de atenção.

5.2.1 Duração das consultas de pré-natal

No encontro 6 foi lido o texto: “O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde”, de autoria de José Ricardo Ayres. Nele, o autor relata um caso os modos de atenção e discute as práticas de saúde no sentido da humanização⁽⁵⁷⁾. Imediatamente após a leitura, as pré-natalistas contestam o tempo de duração das

consultas, diferente dos sistemas UBS e PSF, sendo de 20 e 30min, respectivamente, conforme o relato de uma pré-natalista:

Foi necessário se adequar ao tempo proposto pela UBS para realização das consultas de pré-natal de 20min, e questiona porque no PSF o tempo é de 30min? (E6PN6).

O mesmo questionamento é reforçado por outra pré-natalista:

[...] 20min é pouco, o ideal é 30min (E6PN2).

A capacidade de escuta e a possibilidade de diálogo têm sido relacionadas como um dispositivo tecnológico de destacada relevância nas propostas de humanização da saúde.

Ayres relaciona esse dispositivo com a qualidade do atendimento e o traduz como ferramenta para efetivação do acolhimento⁽⁵⁷⁾. Partindo de tal entendimento, acredita-se que possa ser um dispositivo para melhorar o vínculo da mulher com a UBS. Nesse sentido, a gestação é o momento em que a mulher passa por um dos períodos de maior instabilidade emocional de sua vida; portanto, dar oportunidade de escuta à gestante nessa fase facilita um envolvimento com a equipe de saúde e adesão ao acompanhamento da gestação.

Questionadas a respeito da diferença entre o atendimento da UBS e o do PSF, nenhuma das participantes soube responder, mostrando seguir uma orientação da coordenação e até o momento não haver questionado tal decisão.

O tempo das consultas é normativa que parece não ter sido discutida com a equipe de saúde; decidida por coordenações, foi repassada em reuniões administrativas, situação que mostra os limites da equipe frente a sua atuação, constituindo um modelo de prática distante da política de humanização preconizada.

Deslandes reflete sobre os modelos referidos e argumenta que as práticas têm um limite a ser enfrentado: o da produção do cuidado orientado para o reconhecimento da pessoa, tanto do usuário, quanto do profissional⁽⁶¹⁾.

O modelo de atendimento tradicional impõe barreiras à produção de saúde, colocando o profissional que presta atendimento às usuárias como mero coadjuvante e demonstra as fronteiras a serem atravessadas para consolidar o modelo de humanização na atenção.

A situação descrita dificulta o atendimento e causa frustração nos profissionais, como é possível perceber na seguinte fala:

As participantes demonstram o sofrimento de ter que apressar as consultas, pois isto dificulta a interação com as pacientes (E6PN5; E6PN6; E6PN2 e E6PN3).

Além de distanciar o profissional de saúde do usuário, observa-se que são exigências meramente para adequar e atingir metas quantitativas de demandas.

As agendas de consultas de pré-natal são determinadas por número, por turno de trabalho e pelo tempo entre as consultas, todas normativas acordadas entre a coordenação da UBS e a gerência distrital.

Constatou-se que até o momento as normatizações previstas nunca foram discutidas, mas apenas exigido o seu cumprimento. Um momento de decisão coletiva das ações de saúde determina práticas baseadas no conhecimento do trabalho e dos seus usuários. Autores reportam e denominam essa situação como uma micropolítica, na qual os sujeitos envolvidos na assistência exercem sua capacidade normativa, definindo regras e protocolos no atendimento⁽⁶²⁾.

[...] falam sobre a necessidade de atender demandas [X consultas/mês] para atingir metas propostas pelos programas do governo (E6PN6 e E6PN7).

O movimento de buscar soluções sempre foi o esperado pelo estudo; nele, os participantes da equipe de saúde lançam estratégias e avaliam o modo de produção do atendimento. As participantes da pesquisa percebem que o modelo tradicional impõe normativas e distancia profissionais das decisões e avaliam que algumas ações indicadas no PHPN poderiam complementar o atendimento e deveriam ser contabilizadas como produção no trabalho. Deveriam estar presentes nos formulários de atendimento e sugerirem alternativas:

[...] seria mais produtivo se fosse dada ênfase aos procedimentos realizados, pois em uma consultas, às vezes, é realizado coleta de citopatológico, orientações em relação a medicações e até mesmo atendimento de saúde mental (E6PN6).

As pré-natalistas percebem a situação sobre exigências institucionais e indicadores quantitativos e ainda que os mesmos, muitas vezes, não demonstram qualidade de atendimento na consulta de pré-natal. E ainda avaliam que o tempo da consulta é insuficiente para manter a qualidade do atendimento:

[...] *o tempo das consultas não é válida para o registro da consulta dentro dos programas instituídos [quantidade X qualidade] (E6PN7).*

Para chegar a este momento, foi importante um tempo de aprendizado sobre o programa e a política da gestão, o que oportunizou a discussão e a reflexão das práticas.

As pré-natalistas foram capazes de entender que a escuta é uma ferramenta importante para a formação do vínculo e foi buscar resolver a situação. Após o encontro, os seis pré-natalistas discutiram com a coordenação da unidade e definiram que as consultas de pré-natal passariam a ter 30 min de duração, independentemente de o profissional estar vinculado à UBS ou ao PSF. Observa-se ainda, que a coordenação, junto com as pré-natalistas, definiu que a primeira consulta teria um tempo maior: seria de 45 min.

A nova resolução foi comunicada para a equipe de pesquisa, no encontro subsequente, E7. Cabe aqui analisar o tempo de início da capacitação até o encontro sete para observar que a mudança ocorreu um ano após o início dos encontros participativos. Segundo a afirmação feita, é preciso oportunidade e encorajamento dos profissionais para participarem do processo de construção da atenção, mas principalmente reflexão e oportunidade para o debate. Para tanto, é necessário tempo.

O grupo de pré-natalistas buscou a melhor alternativa quanto o tempo de atendimento da consulta de pré-natal, igualando o tempo utilizado tanto pelos profissionais vinculados da UBS, quanto pelos do PSF. Se o modelo do PSF traz melhores resultados de escuta e vínculo, as pré-natalistas buscaram no tempo de consulta adotado, o exemplo a ser implementado e seguido.

5.2.2 Mudança na sala de atendimento às gestantes

A disposição de atendimento às mulheres do consultório foi modificada ao longo do período em que houve a capacitação. O tamanho do consultório é de aproximadamente 6m. Há uma mesa ginecológica, uma mesa de escritório com uma cadeira para o profissional que atende e uma cadeira para a usuária. A mesa

ginecológica inicialmente era colocada no meio do consultório, lateralmente à porta de acesso e de frente para a janela da rua; a mesa do profissional era colocada separando a usuária do profissional de saúde.

Foi solicitado acompanhamento das consultas e avaliação das práticas durante o encontro participativo 7, ou seja, dez meses após as discussões e reflexões das práticas.

No acompanhamento das consultas, as pré-natalistas apresentaram a nova disposição do consultório em clima de surpresa. Foi colocada cortina, separando a mesa ginecológica do restante do consultório, com o objetivo de dar privacidade à mulher durante o exame físico. Também foi providenciada uma cadeira para um acompanhante durante a consulta, caixa com brinquedos para crianças que acompanham as usuárias, e a mesa que o profissional atende e registra a consulta foi colocada voltada para a parede, deixando a pré-natalista voltada para a usuária.

Todas as modificações foram adaptadas para o maior envolvimento da profissional com a usuária, pensada para as situações características da comunidade atendida pela UBS, por exemplo, no caso da caixa de brinquedos.

As mulheres vêm acompanhadas de filhos menores, pois não têm onde deixar os filhos pequenos. Como recurso de evitar o absenteísmo, a solução encontrada pelas pré-natalistas foi a de dar esse suporte, ou, ainda no caso da criança que precisa acompanhar a mãe, outro profissional se dispõe a ficar com ela durante o exame físico.

Cartazes para lembrar a importância da consulta de puerpério foram fixados na parede e pequenos lembretes com os dizeres: “Não se esqueça de marcar sua consulta e a do bebê após o parto!” estão dispostos em uma caixa em grande quantidade sobre a mesa do profissional para colar na carteira de pré-natal, nos últimos encontros com a gestante.

5.2.3 A inserção do acompanhante nas consultas de pré-natal

As práticas de saúde devam estar pautadas em prioridades éticas e ir além do normativo, sugerindo o diálogo entre os coletivos que produzem a saúde⁽⁶³⁾.

Partindo-se tais considerações, buscou-se com o grupo a reflexão sobre a possibilidade de inserir o acompanhante no atendimento pré-natal.

A Lei 11.108, de 2005, altera a lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do sistema único de saúde⁽⁵⁸⁾.

Percebeu-se uma reação de surpresa quando as pesquisadoras questionaram o grupo acerca da participação do acompanhante nas consultas, principalmente quando foi discutida a Lei do acompanhante de parto, até iniciar a capacitação era desconhecida pelos pré-natalistas.

Imediatamente as pré-natalistas inseriram no debate outros assuntos, desviando o foco da discussão do acompanhante, pois segundo elas:

[...] as salas da unidade não são apropriadas para ter acompanhante (E1PN3).

A ideia defendida foi ratificada por outras pré-natalistas, demonstrando não ser um problema que pudesse ser resolvido, pois a estruturação física é o maior empecilho.

Parecia que a situação do acompanhante no pré-natal não era prioridade na discussão com as pré-natalistas, pois em vários momentos desviaram a discussão para outros assuntos; como por exemplo, procuraram saber se, nos hospitais públicos a que costumavam encaminhar as usuárias, a lei era cumprida:

[...] questiona da lei do acompanhante no Hospital Conceição (E1PN3).

Relacionaram o assunto da lei do acompanhante ao hospital de referência para o parto, quando trouxeram para a discussão:

[...] as usuárias reclamam da área física do HPV e da não entrada do acompanhante de Parto no HPV e PUC (E1PN5).

Partindo do entendimento de que o acompanhante facilita e auxilia no cuidado à mulher, várias organizações científicas da área vêm propondo para sociedade a incorporação da Lei desde o pré-natal.

Em várias oportunidades, durante os encontros participativos, foi sugerido para as pré-natalistas incentivarem as usuárias a trazer um acompanhante nas consultas e nas atividades em grupo na UBS. Constatou-se que esse assunto não foi inicialmente aprofundado entre as pré-natalistas. No encontro 4, foi reforçada pela palestrante a estimulação da presença de um acompanhante nas consultas, apesar de ser debatido desde o encontro 1. A palestrante convidada é referência para as questões do aleitamento materno no município e, ao mesmo tempo, participa da gestão da área da mulher da SMS. A convidada reforça que a presença de familiares nas consultas melhora a questão do vínculo da usuária com a equipe de saúde e conseqüentemente melhora a credibilidade da Unidade de saúde com a comunidade.

Em um primeiro momento, a análise sobre a presença do acompanhante nas consultas de pré-natal parecia não ser um problema na Unidade de Saúde Panorama, pois as profissionais, além de desconhecerem a Lei do acompanhante de parto e as evidências em relação à presença dele⁽⁶⁴⁾, sempre atenderam apenas a mulher nas consultas e julgavam que a área física das salas dificultava a presença de mais uma pessoa.

O que parecia desinteresse em modificar as práticas ficou demonstrado nas atitudes, ao reformularem a sala de atendimento às gestantes, acomodando as condições para permitir a presença de um acompanhante. Percebeu-se que os encontros sensibilizaram as pré-natalistas para reflexões e mudanças das práticas e atitudes. Por exemplo com relação ao acompanhante, pois embora o assunto não tivesse gerado uma discussão ampla durante os encontros participativos com as pré-natalistas, no último, cujo objetivo da UBS era o de estabelecer estratégias para a promoção do aleitamento materno, ocorreu a sugestão :

[...] incluir, sempre que possível o acompanhante em todas as consultas e grupos oferecidos, pois se a mulher não absorver as orientações, ele pode ser uma peça chave para o sucesso da amamentação (E10PN3 e E10PN6).

Compreende-se que inovações ou estabelecimento de novas práticas na atenção à saúde necessitam de tempo para a acreditação. A necessidade da inclusão do acompanhante no pré-natal como forma de melhorar a atenção parte do próprio grupo de profissionais que atendem o pré-natal, ou seja, o tempo, os

exemplos, os estudos e as evidências científicas apresentadas causaram impacto na mudança de posturas e atitudes da equipe.

O Ministério da Saúde avaliou diversos serviços que atendem mulheres na gestação, parto e puerpério e concluiu que é possível qualificar e também humanizar os serviços, encontrando soluções viáveis, muitas vezes simples e de baixo custo, quando há o compromisso de oferecer o melhor à população. Para essa avaliação, os critérios utilizados contemplam práticas assistenciais baseadas em evidências científicas e que respeitam a autonomia da mulher e seu acompanhante durante o processo da gestação, parto e puerpério⁽⁶⁵⁾. O relatório do MS aponta que o profissional de saúde desempenha um papel relevante como facilitador para o desenvolvimento dessa atenção como parte dos serviços de pré-natal.

5.2.4 Os papéis dos profissionais nas consultas

Dentro das diretrizes a respeito das consultas, evidenciou-se os papéis e definições sobre “quem” faz a consulta de pré-natal, conforme relato:

[...] a ficha que é preenchida pela enfermeira na 1ª consulta facilita muito nas consultas subsequentes realizadas pelas médicas [...]
(E1PN3).

Os papéis da equipe de saúde nunca não haviam sido discutidos entre os profissionais até o início desta pesquisa. Até então a enfermeira realizava apenas a primeira consulta, quando a gestante é cadastrada no Sis prenatal, é aberta e iniciada a carteira de pré-natal e realizado o registro de uma anamnese na ficha de família e ainda feita a solicitação dos primeiros exames, ou seja, a primeira consulta é o momento do acompanhamento que despende maior tempo em questões burocráticas.

A ficha de anamnese foi criada pelas três enfermeiras da Unidade para conhecer e situar a pré-natalista na história obstétrica atual; é um modo de organizar o acompanhamento da gestação e facilitar a visualização de todo o acompanhamento. As enfermeiras fazem apenas a primeira consulta, e as demais são realizadas pelas médicas pré-natalistas.

A tarefa de organização do modo como estava até então sendo executado o atendimento pré-natal facilita o acompanhamento pelas médicas, mas desconsidera a capacidade da enfermeira de acompanhar a mulher até o final da gestação.

Quando questionadas por que não acompanham todo o pré-natal, as enfermeiras relataram várias dificuldades de acompanhar as consultas, pela falta de experiência e dificuldades técnicas, pois nunca foram preparadas para exercer a atividade, principalmente a avaliação do exame físico da gestante. Solicitaram supervisão da equipe de pesquisa, em especial na avaliação física e técnica das consultas.

A pesquisadora deste trabalho acompanhou uma agenda de pré-natal com as enfermeiras para uma supervisão técnica das consultas nos três trimestres de gestação e no puerpério. O objetivo dessa supervisão foi debater modelos de atenção no que tange à recepção e ao acolhimento da gestante, ao acompanhamento da técnica da consulta (exame físico, avaliação e solicitação de exames, encaminhamentos necessários) e orientações pertinentes ao trimestre da gestação.

Julgou-se importante a demonstração do atendimento de acordo com os pressupostos de humanização; para tanto, a pesquisadora responsável realizou e acompanhou toda a agenda do primeiro dia, conforme relatos a seguir.

Na chamada e recepção da gestante, a mesma pesquisadora saiu da sala de atendimento e se dirigiu até o saguão, chamou a usuária pelo nome e a acompanhou até a sala, perguntou se havia acompanhante e convidou o companheiro para participar da consulta. A gestante demonstra entusiasmo, mas pergunta: “pode?”

Imediatamente a usuária foi até o saguão e buscou seu acompanhante para entrar na sala.

Após a apresentação de todos, esclarecemos para o casal acerca da lei do acompanhante e incentivamos a vinda de um acompanhante nas consultas, regularmente. Então, toda anamnese foi discutida junto com a usuária, ou seja, o porquê de cada pergunta. As enfermeiras estimularam o acompanhamento a todas as consultas, por um acompanhante.

Em uma das consultas foi ressaltada a presença de um acompanhante, pois:

[...] no 1º acompanhamento das consultas o companheiro de uma gestante que trata sífilis na gestação estava presente [...] (E10PN2).

Estimular a presença do companheiro nessa situação foi importante para o tratamento pois, naquele mesmo momento, foi oportuno para orientações sobre a importância do casal para o tratamento da sífilis na gestação. O casal aproveitou a ocasião para sanar dúvidas.

Entender as situações de cada usuária é uma forma de colocar-se no lugar do outro. Vários são os motivos que fazem as mulheres não comparecerem às consultas, como por exemplo:

O filho de uma usuária veio na consulta com sua mãe, a [...] o segura no colo enquanto a pesquisadora e a enfermeira procedem o exame físico. A criança dorme no colo. É reforçado para usuária que pode trazer seu filho sempre nas consultas (E8PN5).

As ações citadas anteriormente demonstram para as pré-natalistas uma proposta de humanização do cuidado, inserindo acolhimento e atenção na produção do vínculo da usuária com a equipe. Talvez essa usuária não comparecesse à consulta se a equipe não tivesse oportunizado a presença do filho pequeno.

Oportunizar discussão para expor essas atitudes de uma prenatalista pode influenciar nas mudanças de toda a equipe, evidenciando que as alternativas para buscar adesão e vínculo ao pré natal existem e são possíveis. É possível fazer uma transposição entre esse pensamento e o tipo de capacitação proposto pela presente pesquisa, ou seja, reflexão e mudança de práticas.

Novas tecnologias são recomendadas como estratégias para dar qualidade na atenção à gestante: escuta, diálogo e produção de vínculo^(57,66). Um estudo afirma que os dispositivos citados podem viabilizar mudanças no paradigma de atendimento, aproximando-se cada vez mais dos princípios do sistema de saúde brasileiro, ou seja, da efetivação da universalidade, equidade e integralidade do cuidado⁽⁶⁷⁾.

A avaliação dos acompanhamentos das consultas foi descrito por uma das pré-natalistas:

[...] considerou que o momento de revisão da prática, nas aulas, sobre o pré-natal foi muito importante, pois agora consegue ter discernimento maior sobre quais informações são mais importantes em cada momento, ou seja, consegue priorizar o que deve ser

informado à mulher. A parte técnica também foi muito importante para otimizar as consultas (E10PN4).

Após a capacitação, a forma de atendimento nas consultas às gestantes e puerpéras mudou, pois agora as consultas de pré-natal são alternadas entre médicas e enfermeiras.

5.2.5 Aproximação da UBS com o hospital de referência para o parto

Para desenvolver essa ação, as pesquisadoras foram previamente ao HPV levar a sugestão da aproximação entre a UBS e o hospital. Apresentaram as propostas da pesquisa e foram convidadas a conhecer a estrutura e o ambiente físico do mesmo. Entendeu-se que o convite tinha o objetivo de mostrar a estrutura do HPV, no qual, segundo seus gestores, havia deficiências no atendimento, provocadas pelas condições da área física que, ainda conforme a gestão, é precária e dificulta diretamente na implementação do programa de Humanização do Parto. Observamos que no momento daquela visita havia uma reforma na área física do Centro Obstétrico.

Durante a visita das pesquisadoras ao HPV, foi constatado que a estrutura física não interferiria em mudanças no paradigma do atendimento, pois o espaço físico era maior do que o existente em outras maternidades da cidade, onde já se trabalha com esse modelo da atenção.

No encontro com os profissionais que atendem as gestantes, observou-se que talvez a dificuldade para implantação e implementação de práticas humanizadoras seja a defesa hegemônica de um modelo centrado no poder do profissional médico. Acredita-se que, para iniciar algumas mudanças, faz-se importante, por parte dos profissionais e da gestão do Hospital, o entendimento de que tais mudanças são recomendações para melhores práticas, relacionadas ao movimento de Humanização do nascimento. Pesquisas relacionam as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal com a medicalização excessiva e, conseqüentemente, com a epidemia de cesárea, exemplo paradigmático desse modelo de atenção. O modelo de atenção de parto hegemônico no Brasil tem sido

denunciado crescentemente por alguns profissionais, movimentos sociais e organizações, todos articulados em torno de um conjunto de valores e práticas identificadas pela noção de humanização⁽⁶⁸⁾.

Os limites e possibilidades da humanização da assistência ao parto e afirma que a resistência a mudanças de paradigma está relacionada a motivos além das técnicas. Percebe que no modelo em questão há, por parte de profissionais, um distanciamento entre as evidências científicas e as práticas⁽⁶⁹⁾.

Durante a visita observou-se práticas consideradas inadequadas no acompanhamento do trabalho de parto há mais de uma década, mas que ainda persistem como rotinas da maternidade visitada, dentre as quais: não permitir acompanhante de parto, jejum prolongado durante todo trabalho de parto, a realização de enema, tricotomia perineal, permanência da parturiente restrita ao leito em posição litotômica, indução do trabalho de parto por ocitócitos⁽⁷⁰⁾.

Após a visita houve uma longa discussão sobre tais práticas e firmou-se o compromisso da autora desta pesquisa de fornecer bibliografias atualizadas e baseadas em evidências científicas para justificar mudanças de algumas condutas consideradas inadequadas ou inapropriadas e, logo, prejudiciais à parturiente.

A equipe gestora do HPV sensibilizou-se com a proposta de Humanização e solicitou o apoio das pesquisadoras para mudanças nesse sentido. Ao serem questionadas sobre o acompanhante durante o parto, a resposta veio assim:

Todos os profissionais estão cientes deste direito, mas que o hospital impõe algumas condições para o cumprimento desta lei. Algumas delas dizem respeito à situação que o acompanhante se encontra [se está preparado, nervoso, atrapalhando o trabalho da equipe, etc.], outra quanto ao espaço físico, segundo as profissionais do HPV está muito “detonado” e necessitando de uma reforma urgente (Ação-visita).

Apenas dois meses após a visita ao hospital, as gestoras do HPV foram na UBS Panorama como estratégia para estreitar os vínculos da referência e contrarreferência e estabelecer estratégias de aproximação. Ao apresentar os programas do hospital de referência, surpreendeu as pesquisadoras com o pronunciamento:

Fala sobre a Lei do Acompanhante no pré-natal, parto e, inclusive, no alojamento conjunto, ressalta que na visita das gestantes ao hospital, os seus companheiros podem ir junto (E5).

A mudança ocorrida, relacionada à presença do acompanhante, repercutiu durante todo o ano de 2008 e de 2009, sendo que nos encontros ocorridos nas maternidades de Porto Alegre, para promoção de práticas humanizadoras no nascimento, o HPV apresentou as mudanças propostas na atenção ao parto como exemplo para outras maternidades.

Os referidos encontros são promovidos pela ABENFO-RS, anualmente, com o objetivo de comprometer os gestores municipais da saúde e das maternidades de Porto Alegre a promover mudanças na atenção ao pré-natal, parto e puerpério, nos propósitos da humanização do nascimento. São momentos de discussões de práticas humanizadoras, sempre baseadas em evidências científicas que têm o respaldo da OMS para diminuir as taxas de morbimortalidade materna e perinatal.

Nos mesmos dois anos, o HPV também apresentou a temática nas semanas de Enfermagem do HCPA e na Escola de Enfermagem da UFRGS e da Faculdade IPA-Metodista.

Os profissionais gestores do HPV iniciam a apresentação das suas conferências, contando a trajetória desde a primeira visita da pesquisa, em 09/11/2007, enfatizando que, a partir deste encontro, despertou a necessidade das mudanças e que sempre puderam contar com apoio científico da Escola de Enfermagem da UFRGS.

O próximo encontro das maternidades de Porto Alegre, promovido pela ABENFO-RS, acontecerá com apoio da SMS e UFRGS, no HPV. A direção geral do hospital municipal solicitou sediar o próximo encontro das maternidades, abrindo-o para visitas públicas.

A pesquisa não tinha o objetivo de trabalhar as questões de humanização no hospital de referência ao parto da UBS, mas os movimentos que a metodologia participante proporciona extrapolaram esses limites e se fizeram importantes para contemplar o objetivo da capacitação participativa na UBS. Foi durante as reuniões da capacitação que surgiu a necessidade de estreitar as relações com os profissionais que trabalham no hospital de referência ao parto.

É consenso geral que o relacionamento entre serviço e rede é de extrema importância (E3PN4).

Para efetivar o relacionamento recém-citado foi sugerida a visita dos profissionais da UBS ao Hospital Presidente Vargas, pois, segundo as pré-natalistas, quando precisam encaminhar paciente ao HPV não sentem receptividade, o que dificulta a comunicação:

[...] comenta que conversou com uma profissional do HMIPV e esta foi pouco receptiva e fria com ela (E3PN1).

O 5º encontro participativo foi marcado pela visita dos gestores do HPV à UBS Panorama, em 24/01/2008, dois meses após a visita das pesquisadoras ao hospital.

Foi o momento dos profissionais do HPV conhecerem um pouco da realidade das usuárias atendidas na região. Mas também foi um momento decisivo para compromissos e ajustes no atendimento, principalmente na referência e contrarreferência.

Além de expor todos os seus programas e atendimentos, houve um comprometimento do HPV em atender as necessidades da UBS, inclusive para “atender situações que a gestação precisa ser discutida e melhor analisada”.

No encontro em questão, as pré-natalistas da UBS relataram situações das usuárias envolvendo o atendimento no HPV; exemplos de satisfação com o atendimento, mas a queixa maior versa sobre a distância entre a região e o hospital. O entendimento da dificuldade do acesso em função da distância é minimizado quando a profissional do HPV comenta:

[...] distanciamento existe, mas que esse não é o maior problema e que ela gostaria de sempre receber os profissionais das unidades nas reuniões realizadas no hospital (E5, gestora HPV).

Após cinco meses da visita do HPV à UBS, as pré-natalistas da unidade foram até o HPV, onde visitaram todas as instalações do hospital e conheceram os programas específicos de um hospital de referência para o risco na gestação. Atualizaram-se sobre os encaminhamentos ao hospital, método canguru, doações de leite humano e medicina fetal, e principalmente sobre as ecografias realizadas na Lomba do Pinheiro em parceria com o HPV.

Encontraram uma usuária da UBS Panorama sendo atendida no hospital-dia com diagnóstico de diabetes; conversaram com ela e seu acompanhante.

Ao visitarem as instalações do método canguru, encontraram uma usuária da UBS cujo parto foi prematuro e agora utiliza as instalações do hospital para praticar o método canguru e ficar próximo do seu recém-nascido. É importante salientar que o método canguru está relacionado no PHPN, sendo também um programa estimulado pelo MS.

Na visita ao centro obstétrico, as pré-natalistas avaliaram as instalações, após as reformas anunciadas, e as consideraram muito boas, desmistificando a impressão anterior, de que as instalações do hospital eram péssimas e não permitiam a presença do acompanhante de parto.

Percebe-se que, ao aproximar as profissionais que devem trabalhar juntas para o mesmo objetivo na atenção à usuária, as relações se estabelecem:

É ótimo colocar as pessoas próximas para lembrar as pactuações feitas e dos compromissos assumidos (E10PN3).

A intervenção da pesquisa para esta **ação** foi providenciar e efetivar os encontros entre UBS e Hospital de referência ao parto; acordos e pactuações aconteceram naturalmente entre as partes envolvidas.

5.2.6 Propostas para o desenvolvimento das práticas de atenção

As pré-natalistas buscaram estratégias para modificações das suas práticas nas propostas de humanização do atendimento. Tais mudanças foram observadas durante a capacitação, que somou 35 meses até o último encontro de avaliação.

As transformações ocorreram concomitantemente ao andamento da pesquisa e despertaram entusiasmo das pré-natalistas:

[...] é uma pesquisa que dá condições para que ocorram mudanças ao longo do processo e não só no final, não conhecia este tipo de pesquisa e achou interessante. Pergunta sobre a metodologia da pesquisa participante (E10PN6).

Esta argumentação foi homologada por outra participante do grupo, que analisou a pesquisa da seguinte maneira:

[...] a pesquisa foi dando lucro no meio do caminho, não foi algo que deu respostas só no final, Ressalta que geralmente se faz uma proposta e depois se vê o resultado, mas no que foi proposto, já puderam ver resultados no meio do caminho, o que foi mudando, que ficou mais parecido com que é a vida, que é necessário que sejam feitas adaptações (E10PN7).

O fato de proporcionar os encontros do estudo resultou em integração das profissionais, registrada a seguir:

Várias coisas aconteceram na UBS, estão mais integradas, e que pouco acontece coisas dessa maneira em outras unidades, cada um cumpre seu horário, sua especialidade, sem integração (E10PN7).

Uma das propostas apresentadas foi no sentido de facilitar o acesso e diminuir a probabilidade de absenteísmo nas consultas de puerpério; assim, foi sugerido no último encontro da capacitação:

[...] consulta de puerpério e do bebê concomitante (E10PN4).

Esse fato mostra a uniformidade nos modos de atenção que a equipe pretende, demonstra a aproximação e forte comprometimento nos propósitos pactuados por todos. No que se refere à atitude da equipe, há autores que a referem como uma decisão com capacidade normativa para a produção de gestão democrática⁽⁶²⁾.

Os profissionais da UBS conseguiram superar o modelo tradicional de verticalização das decisões e colocaram em discussão novas práticas de atenção.

Um retorno desta pesquisa é identificar que a ferramenta nela utilizada através da capacitação participativa, produziu discursos como este:

[...] a importância da universidade estar junto para sacudir a poeira e despertar o interesse dos profissionais para o estudo (E10PN5).

A partir das atitudes tomadas pelas pré-natalistas, acredita-se que a equipe esteja preparada para continuar com encontros como os propostos pela educação permanente, no cotidiano de seu trabalho. Com isso, percebe-se que a capacitação participativa contribuiu para despertar e provocar as referidas mudanças nas atitudes dos profissionais.

5.2.6.1 Capacitação específica para o aleitamento materno

A pesquisa teve a intenção de despertar reflexões das práticas do pré-natal e, nos encontros, foi solicitado um aprofundamento nas questões do aleitamento materno. Entenderam que deveriam avançar nas discussões desse tópico e entender a capacitação para toda equipe de saúde, tema que foi eleito como prioridade, constituindo-se objeto de outra pesquisa.

5.2.6.2 Legislativo municipal

A busca por estratégias para melhorar o acesso aos exames pré-natais e ao hospital de referência ao parto fez as pesquisadoras reivindicarem, junto ao o legislativo municipal, iniciativas para diminuir custos financeiros para as usuárias, visto que este fator influencia diretamente os resultados da atenção.

As pesquisadoras enviaram um relatório para uma parlamentar, contendo os indicadores de exames do pré-natal e da busca pelo hospital de referência do parto, assim como da consulta de puerpério.

A resposta negativa para passagem de ônibus gratuita para coleta de exames e busca ao hospital de referência veio de imediato, com a argumentação de que iria causar aumento do valor para todos os outros usuários. Mas a discussão trouxe alternativas, que foram discutidas com as pré-natalistas na Unidade Panorama.

A primeira foi a de levar a situação ao Conselho Municipal de Saúde e à Coordenação da área da mulher. A segunda foi propor mudanças na rota dos ônibus da Lomba do Pinheiro, com objetivo de passar em frente ao hospital de referência para o parto. Esta proposta foi levada para a associação dos moradores da região.

5.2.6.3 Secretaria Municipal de Saúde

Ocorreu uma reunião ao final do encontro participativo 9, com a coordenação da ASSEPLA para dar o retorno da pesquisa.

A primeira sugestão são alterações na carteira de pré-natal, com espaços para preenchimento da história de amamentação e exame físico das mamas; a segunda é a de divulgar a lei do acompanhante na carteira e estimular tal prática; para que a referida lei fique evidenciada, a sugestão é destacá-la na capa da carteira, responsabilizando o gestor pela divulgação, com telefones para denúncias quando a mesma não for cumprida.

A terceira sugestão é referente a coletas de exames do pré-natal, para que se utilize o laboratório conveniado à prefeitura, no pronto atendimento da Lomba do Pinheiro, como forma de facilitar o acesso das usuárias. Foi encaminhada proposta para a gerência que avalia os convênios e contratos com laboratórios de coleta de exames.

A quarta é o lembrete da importância da consulta de puerpério e do bebê antes de completar um mês pós-parto. Essa modificação já está em prática desde o final de 2009, quando é anexada, na última consulta de pré-natal, uma carteira de puerpério (Anexo C).

A SMS deu retorno às solicitações reivindicadas no evento “II Fórum de discussão das práticas obstétricas”, em 2009, comunicando as alterações da carteira de pré-natal sugeridas e destacou que nas próximas impressões já estarão contempladas tais modificações.

A pesquisadora solicitou participação em audiência no Conselho Municipal de Saúde, para discutir a situação das dificuldades impostas pelas Instituições hospitalares em receber o acompanhante de parto. A participação aconteceu na data de 09/07/2009, quando foi encaminhado ofício ao Ministério Público Estadual, relatando os fatos, e agendado encontro com a coordenação da rede básica de saúde do município para trabalhar a questão do acompanhante nas consultas de pré-natal. Por solicitação da SMS, foram disponibilizados cartazes elaborados pela ABENFO-RS, valorizando a presença do acompanhante de parto e divulgando a Lei do Acompanhante. A SMS se responsabilizaria pela confecção e distribuição dos cartazes nas unidades de saúde e instituições hospitalares.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditar que o modelo proposto de capacitação participativa provocaria mudanças nas práticas dos pré-natalistas da UBS foi a tese proposta pelo presente estudo.

A pesquisa trabalhou diretamente com os pré-natalistas da Unidade Básica Panorama por 25 meses, período em que os profissionais discutiram e repensaram suas práticas, a partir de referencial teórico e exercício da prática embasada nos programas de humanização.

Quando foi proposta a discussão pelas pesquisadoras das práticas na atenção pré natal, na perspectiva de um atendimento baseado na humanização, foi observado que as pré-natalistas conheciam o termo como uma proposta de atenção; porém, não haviam discutido seus referenciais de modo mais aprofundado. Portanto, não haviam incorporado seus pressupostos na prática cotidiana, fato que evidenciava a distância da prática do atendimento aos conceitos de humanização.

Os encontros participativos oportunizaram aprofundar discussões a respeito da temática em pauta e as pré-natalistas demonstraram que é possível agregar mudanças na prática cotidiana, aproximando-se dos conceitos de humanização, referencial teórico do estudo e base das políticas públicas atuais.

A capacitação participativa gerou discussões e reflexões das pré-natalistas sobre seu cotidiano do atendimento pré-natal, o que favoreceu transformações nas práticas de atendimento na unidade de saúde. Com tal constatação, afirma-se que a decisão de trabalhar com as pré-natalistas, utilizando a estratégia da capacitação participativa foi decisiva para proporcionar as ações que modificaram o cotidiano do atendimento. Percebe-se que, através desses momentos, as profissionais interagiram, discutiram, revisaram suas práticas e buscaram estratégias para melhorar o seu trabalho dentro da proposta da humanização do atendimento pré-natal. As participantes foram capazes de provocar mudanças no seu trabalho que em muito favorecerão o atendimento à mulher e família.

As discussões sobre o “melhor” modo de produzir saúde e melhorar alguns indicadores de saúde persistem entre os pesquisadores. Contudo, acredita-se que algumas estratégias que provavelmente causarão impacto nos resultados de indicadores, são difíceis de serem medidas ou quantificadas.

Em nossa percepção, a pesquisa foi possível porque os pré-natalistas se dispuseram a participar e contribuíram para seus resultados e ainda porque necessitavam da capacitação como forma de atualização. O grupo de pesquisa percebeu o fato desde o primeiro momento, quando foi extremamente bem acolhido pelos profissionais da UBS.

É importante relatar que os encontros aconteceram com diferentes profissões (médicas e enfermeiras) e em nenhum momento foram questionadas competências, tanto legais, quanto técnicas das pesquisadoras, todas com formação em Enfermagem.

O primeiro tema discutido nos encontros discorre sobre o cotidiano da atenção pré-natal, tendo como categorias temáticas o desconhecimento das políticas e programas na atenção pré-natal e o predomínio do modelo tradicional de atendimento. Foi observado que os pré-natalistas, apesar de realizarem o atendimento durante a gestação, desconhecem as políticas da área, inclusive os protocolos de gestão municipal. Nota-se, com isso, uma distância entre a gestão e a prática dos profissionais.

Parece haver o repasse de informações dos gestores para coordenações das unidades de saúde, como forma de buscar alcançar os objetivos de gestão, desconsiderando as particularidades específicas de cada local. Os profissionais da UBS relataram que conheciam o modelo de capacitação ofertado pelos gestores, momentos em que são repassadas informações sobre o atendimento de forma verticalizada, para o consequente cumprimento de protocolos.

O modelo de capacitação proposto inseriu o profissional na resolução de circunstâncias que repercutiram diretamente em ações que modificaram algumas práticas no atendimento.

O segundo tema disserta a respeito das ações decorrentes da capacitação participativa. Algumas ações foram consideradas mudanças nas práticas e, dentre estas, ressaltamos as que estão diretamente relacionadas ao atendimento, desde modificações e disposição da sala do atendimento, passando pela inclusão de acompanhante nas consultas, aumento no tempo das consultas, uniformização no tempo das consultas entre os pré-natalistas das equipes da UBS e PSF, acompanhamento da enfermeira no atendimento pré-natal, sugestão de alteração da carteira de pré-natal e lembrete da consulta do puerpério.

A aproximação da UBS com o hospital de referência para o parto foi uma ação desenvolvida pelo estudo, mas está indicada como um dispositivo preconizado pelo PHPN desde o ano 2000. Acredita-se que a mesma ação pode repercutir diretamente no atendimento às mulheres como um facilitador na atenção à mulher. É importante registrar que o hospital de referência para o parto das usuárias atendidas na UBS, também modificou suas práticas. Incorporou alguns dispositivos da política e, atualmente, serve como modelo para outras instituições nas questões da humanização do parto.

Os profissionais do hospital em foco, durante um evento, publicamente verbalizaram a satisfação de ter participado da pesquisa e relataram que a aproximação com a universidade, através deste estudo, provocou uma mudança no atendimento às mulheres. Seus representantes solicitaram à equipe de pesquisadoras uma aproximação com as outras unidades de saúde que também são referência para o parto. O fato não estava previsto na pesquisa, mas foi uma ação desencadeada durante o desenvolvimento do trabalho, característica da pesquisa participante. A intervenção realizada repercutiu no hospital de referência para o parto da UBS e desencadeou mudanças nas práticas de atendimento do mesmo e irá repercutir nas ações do pré-natal e em melhores práticas em todo atendimento às usuárias do serviço.

Considera-se também um dado importante da proposta de capacitação a solicitação, da coordenação da UBS para as pesquisadoras, de organização da capacitação específica para aleitamento materno para todos os profissionais da UBS, o que ocorreu posteriormente à capacitação específica para as pré-natalistas.

Mesmo em situações nas quais o contexto parecia não ser o ideal, foi possível transformar o atendimento, como no caso da inclusão do acompanhante nas consultas e da prioridade de atendimento a gestantes e bebês. Essas ações favorecerão o vínculo entre as gestantes e a unidade de saúde e poderão contribuir para alguns resultados do pré-natal.

As pré-natalistas indicam como dificuldade para o desenvolvimento das práticas de atenção humanizadas o acesso à realização dos exames de pré-natal e ao hospital de referência ao parto. As discussões envolvendo a temática trouxeram alternativas para a coleta de exames, encaminhada para os gestores da SMS, e as dificuldades relacionadas com o hospital de referência em relação a distância parecem ter sido minimizadas.

Sugere-se a partir deste estudo, para as gestões públicas de saúde uma aproximação com as universidades, com objetivo de dar suporte às equipes de saúde nas suas práticas. O modelo do suporte necessário poderia se dar através de núcleos de atenção como, por exemplo, no caso discutido por esta tese, seriam núcleos de atenção ao pré-natal (NAPN), onde especialistas da academia teriam encontros sistemáticos com os pré-natalistas de uma gerência para discussão de suas práticas.

Este estudo surpreendeu pesquisadoras e participantes na questão das mudanças das práticas, pois as ações aconteceram concomitantes ao estudo: as modificações foram sendo incorporadas no cotidiano depois das reflexões e discussões durante os encontros. Acredita-se que a inserção da pesquisa participante no estudo de caso como estruturação metodológica proporcionou o movimento entre pesquisa e ação das práticas.

É muito importante relatar nestas considerações finais que realizar o estudo com pressupostos da pesquisa participante foi extremamente complexo; o trabalho foi exaustivo, pois é necessária disposição de todos para a sua realização. O grau de envolvimento e responsabilidade exigido é muito grande, no tocante às questões da pesquisa e às respostas ao grupo de pesquisados. Pode-se afirmar que se apreendeu muito com o tipo de pesquisa escolhido e as respostas são gratificantes em relação aos referenciais da humanização, tema polêmico, e, muitas vezes, banalizado. Após a avaliação dos resultados, acredita-se que os dispositivos implementados em algumas ações da pesquisa poderão favorecer o atendimento às mulheres e familiares e também os indicadores da atenção pré-natal.

É possível afirmar que outra inovação da pesquisa foi adotar como estratégia de coleta de dados o diário de campo coletivo nas pesquisas qualitativas. A opção pelo diário de campo repaginado como coletivo proporcionou a cada pesquisadora a discussão de todos os momentos propostos pela pesquisa participante, enriquecendo e aprimorando a coleta dos dados e, simultaneamente, realizando a reflexão dos momentos vividos.

A tese utilizou a capacitação participativa para buscar a reflexão e a modificação das práticas no atendimento pré-natal com o referencial da humanização da atenção. Essa capacitação prevê a inserção do profissional no processo, com alguns temas pré-definidos a serem debatidos, mas com a

possibilidade de abertura para o estabelecimento de outros assuntos discutidos nos encontros.

Sugere-se a capacitação participativa como estratégia inicial para aperfeiçoamento dos profissionais da rede pública de saúde na atenção básica. O formato da capacitação tradicional utilizado pelos gestores públicos é considerado apenas uma atualização, na qual são repassados conteúdos para operacionalização de programas e protocolos. Acredita-se que a educação permanente seria a estratégia que estimularia os colaboradores a participarem da construção da atenção; porém, a dificuldade para adoção dessa estratégia está diretamente relacionada aos modelos de formação dos profissionais e aos de gestão da saúde. Portanto, avalia-se que, dentro da atual estrutura política da rede básica de saúde, a proposta de capacitação participativa parece ser de mais fácil execução, e a devolução dos achados do estudo para o campo acontece concomitantemente com o desenvolvimento da pesquisa participante.

Quando se pretende trabalhar com inovações ou com estabelecimento de novas práticas, é preciso tempo para quem irá operar o trabalho, a fim de acreditar que as inovações são possíveis e capazes de melhorar a atenção.

Percebeu-se que as pesquisas com proposta participante não podem ter cronogramas rígidos, os pesquisadores devem ser flexíveis e, ao mesmo tempo, ativos no processo, pois envolvem ação durante todo o percurso; intervenção e ação se completam para dar respostas às questões da pesquisa. Foi observado pelas pré-natalistas que a participação da universidade foi fundamental para avaliar a necessidade de mudanças e alavancar estratégias para modificar algumas práticas de atenção pré-natal.

Portanto, a contribuição desta pesquisa para melhorar a atenção na saúde é a sugestão do modelo da capacitação participativa na rede básica de saúde, pois insere o profissional na construção da atenção.

REFERÊNCIAS

- 1 Ministério da Saúde (BR). SisPreNatal [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2009 jul 16]. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/sisprenatal/sisprenatal.htm>.
- 2 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Sisprenatal: relatório 2006. Porto Alegre; 2007.
- 3 Almeida MF, Alencar GP, Novaes HMD, França Jr I, Siqueira AAF, Campbell OMR, et al. Fatores de risco para mortes fetais anteparto no Município de São Paulo, Brasil. Rev Saúde Pública. 2007;41(1):35-43.
- 4 Aragão VMF, Silva AAM, Aragão LF, Barbieri MA, Bettiol H, Coimbra LC, et al. Fatores de risco para prematuridade em São Luis, Maranhão, Brasil. Cad Saúde Pública. 2004;20(1):57-63.
- 5 Zambonato AMK, Pinheiro RT, Horta BL, Tomasi E. Fatores de risco para nascimento de crianças pequenas para idade gestacional. Rev Saúde Pública. 2004;38(1):24-9.
- 6 Ministério da Saúde (BR). Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos. Brasília (DF); 2000.
- 7 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Sinasc: relatório 2007. Porto Alegre; 2007.
- 8 Biblioteca Virtual em Saúde, Descritores em Ciências da Saúde. Capacitação [Internet]. São Paulo; 2008 [citado 2008 out 03]. Disponível em: <http://decs.bvs.br>.
- 9 Siqueira ILCP, Kurcgant P. Estratégia de capacitação de enfermeiros recém-admitidos em unidades de internação geral. Rev Esc Enferm USP. 2005;39(3):251-7.
- 10 Ceccim RB, Feuerwerker LCM. O quadrilátero da formação para a área da saúde: ensino, gestão, atenção e controle social Physis [Internet]. 2004 [citado 2010 abr 24];14(1):41-65. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/physis/v14n1/v14n1a04.pdf>.
- 11 Almeida LPG, Ferraz CA. Políticas de formação de recursos humanos em saúde e enfermagem. Rev Bras Enferm. 2008;61(1):31-5.

12 Ministério da Saúde (BR). Acolhimento nas práticas de produção de saúde. 2ª ed. Brasília (DF); 2006.

13 Calderon IMP, Cecatti JG, Vega CEP. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. Rev Bras Ginecol Obstet. 2006;28(5):310-5.

14 Organización Mundial de la Salud. Ensayo clínico aleatorizado de control prenatal de la OMS: manual para la puesta en práctica del nuevo modelo de control prenatal. Ginebra; 2003.

15 Ministério da Saúde (BR). Anunciadas medidas para redução da mortalidade materna no país [Internet]. Brasília (DF); 2003 [citado 2008 abr 03]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=5452.

16 Tyrrel MAR, Carvalho V. Programas nacionais de saúde materno-infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

17 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico. Brasília (DF); 2005.

18 Ministério da Saúde (BR). Saúde Brasil 2008: 20 anos de Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil [Internet]. Brasília; 2009 [citado 2010 ago 03]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/saude_brasil_2008_web_20_11.pdf.

19 Riffel MJ. A ordem da humanização do parto na educação da vida [tese]. Porto Alegre: Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2005.

20 Duarte SJH, Andrade SMO. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde Soc. 2008;17(2):132-9.

21 Ministério da Saúde (BR). Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília (DF); 2004.

22 Ministério da Saúde (BR). Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Brasília (DF); 2004.

23 Ministério da Saúde (BR). Governo anuncia medidas para o planejamento familiar [Internet]. Brasília (DF); 2007 [citado 2008 mai 24]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/aplicacoes/noticias/noticias_detalhe.cfm?co_seq_noticia=30717.

24 Ministério da Saúde (BR). MS capacita profissionais para atender mães e bebês [Internet]. Brasília (DF); 2009 [citado 2009 nov 29]. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=1583.

25 Deslandes SF. Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar. *Ciênc Saúde Colet*. 2004;9(1):7-14.

26 Ayres JRCM. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. *Ciênc Saúde Colet*. 2005;10(3):549-60.

27 Dias MAB, Deslandes S. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: Deslandes, S. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. p. 351-70.

28 Davis-Floyd RE. The technocratic model of birth. In: Wilson PK, editor. *Childbirth: changing ideas and practices in Britain and America 1600 to the present*. New York: Garland; 1993. v. 3. p. 247-77.

29 Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cad Saúde Pública*. 2004;20(5):1281-9.

30 Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. *Rev Bras Saúde Mater Infant*. 2004;4(3):269-79.

31 Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação preliminar do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2004;26(7):517-25.

32 Silva JLP, Cecatti JG, Serruya SJ. A qualidade do pré-natal no Brasil. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2005;27(3):103-5.

33 Trevisan MR, De Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do Sistema Único de Saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24(5):293-9.

34 Victora CG, Barros FC. Infant mortality due to perinatal causes in Brazil: trends, regional patterns and possible interventions. São Paulo Med J. 2001;119(1):33-42.

35 Costa AM, Guilhem D, Walter MIMT. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. Rev Saúde Pública. 2005;39(5):768-74.

36 Yin RK. Estudo de caso: planejamento e métodos. 2ª ed. Porto Alegre: Bookman; 2005.

37 Boterf GL. Pesquisa Participante: propostas e reflexões metodológicas. In: Brandão CR, organizador. Repensando a pesquisa participante. São Paulo: Brasiliense; 2001. p. 51-81.

38 Fernandes AMD, Rozenowicz A, Ferreira JP. Avaliação qualitativa e a construção de indicadores sociais: caminhos de uma pesquisa/intervenção em um projeto educacional. Psicol Estud. 2004;9(2):243-53.

39 Schmidt MLS. Pesquisa participante e formação ética do pesquisador na área da saúde. Ciênc Saúde Colet. 2008;13(2):391-8.

40 Brandão CR, organizador. Repensando a pesquisa participante. 3ª ed. São Paulo: Brasiliense; 2001.

41 Piccini RX. Efetividade da atenção pré-natal e de puericultura em unidades básicas de saúde do Sul e Nordeste do Brasil. Rev Bras Saúde Mater Infant. 2007;7(1):75-82.

42 Observatório da Cidade de Porto Alegre. Observa POA [Internet]. Porto Alegre; 2006 [citado 2008 set 21]. Disponível em: <http://www2.portoalegre.rs.gov.br/observatorio/default.php>.

43 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Cultura. Memórias dos bairros: Lomba do Pinheiro. Porto Alegre; 2000.

44 Gomes MCPA, Pinheiro R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Interface Comun Saúde Educ [Internet]*. 2005 [citado 2009 nov 29];9(17):287-301. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a06.pdf>.

45 Oba MDV, Tavares MSG. Aspectos positivos e negativos da assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto-SP. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2000;8(2):11-7.

46 Parada CMGL. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do Estado de São Paulo em 2005. *Rev Bras Saúde Mater Infant [Internet]*. 2008 [citado 2010 maio 01];8(1):113-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/13.pdf>.

47 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes da assistência ao pré-natal de baixo-risco. Porto Alegre; 2006.

48 Demo P. Elementos metodológicos da pesquisa participante. In: Brandão CR, organizador. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense; 2001. p. 104-30.

49 Victora CG. *Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema*. Porto Alegre: Tomo; 2000.

50 Gajardo M. Pesquisa participante: propostas e projetos. In: Brandão CR, organizador. *Repensando a pesquisa participante*. São Paulo: Brasiliense; 2001. p. 15-50.

51 Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 8ª ed. São Paulo: Hucitec; 2007.

52 Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde. Resolução 01/88, de 13 de junho de 1988. Brasília (DF); 1988.

53 Hennington ÉA. Gestão dos processos de trabalho e humanização em saúde: reflexões a partir da ergologia. *Rev Saúde Pública [Internet]*. 2008 [citado 2010 abr 19];42(3):555-61. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n3/6707.pdf>.

54 Madeira LM, Duarte ED. A gestão hospitalar e a integralidade da assistência: o caso do Hospital Sofia Feldmann. In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; 2006. p. 65-80.

55 Benevides R, Passos E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2005 [citado 2010 ago 18];9(17):389-394. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v9n17/v9n17a14.pdf>.

56 Ferreira J. O programa de humanização da saúde: dilemas entre o relacional e o técnico. Saúde Soc [Internet]. 2005 [citado 2009 dez 14];14(3):111-8. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v14n3/07.pdf>.

57 Ayres JRCM. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. Saúde Soc [Internet]. 2004 [citado 2009 nov 25];13(3):16-29. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n3/03.pdf>.

58 Ministério da Saúde (BR). Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005: altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. Brasília (DF); 2005.

59 Louvison MCP, Lebrão ML, Duarte YAO, Santos JLF, Malik AM, Almeida ES. Desigualdades no uso e acesso aos serviços de saúde entre idosos do município de São Paulo. Rev Saúde Pública [Internet]. 2008 [citado 2010 ago 18];42(4):733-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n4/6846.pdf>.

60 Prefeitura Municipal de Porto Alegre, Secretaria Municipal de Saúde. Diretrizes da assistência ao pré-natal de baixo risco. Porto Alegre; 2006.

61 Deslandes SF. A ótica dos gestores sobre humanização da assistência nas maternidades do Rio de Janeiro. Ciênc Saúde Colet. 2005;1(3):615-26.

62 Guizardi F, Pinheiro R, Machado FR, Delaai T. Participação democracia institucional e competência: algumas questões sobre os modos de produção de gestão no SUS In: Pinheiro R, Ferla AA, Mattos RA, organizadores. Gestão em redes: tecendo os fios da integralidade em saúde. Rio de Janeiro: Educs-Cepesc-IMS/UERJ; 2006. p. 9-24.

63 Puccini PT, Cecílio LCO. A humanização dos serviços e o direito à saúde. Cad Saúde Pública [Internet]. 2004 [citado 2010 ago 18];20(5):1342-53. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/29.pdf>.

64 Berghella V, Baxter JK, Chauhan SP. Evidence-based labor and delivery management. Am J Obstet Gynecol. 2008;199(5):445-54.

65 Ministério da Saúde (BR), Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher. Brasília (DF); 2001.

66 Merhy EE. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. Interface Comun Saúde Educ [Internet]. 2000 [citado 2010 ago 18];4(6):109-16. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/icse/v4n6/09.pdf>.

67 Durães-Pereira MBBB, Novo NF, Armond JE. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. Ciênc Saúde Colet [Internet]. 2007 [citado 2009 nov 25];12(2):465-76. Disponível em: <http://www.scielosp.org/pdf/csc/v12n2/a23v12n2.pdf>.

68 Tornquist CS. Paradoxos da humanização em uma maternidade no Brasil. Cad Saúde Pública [Internet]. 2003 [citado 2010 jan 05];19 Supl 2:S419-27. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csp/v19s2/a23v19s2.pdf>.

69 Diniz CSG. Entre a técnica e os direitos Humanos: possibilidades e limites da humanização da assistência ao parto [tese]. São Paulo: Universidade de São Paulo. 2001.

70 Organização Mundial da Saúde. Maternidade segura: assistência ao parto normal: um guia prático. Genebra; 1996.

APÊNDICE A – Diário de campo

Data:

Presentes:

Assuntos abordados:

Estratégias:

Combinações para o próximo encontro:

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Informado

Projeto de Pesquisa: A capacitação participativa de pré-natalistas em uma unidade básica de saúde: um estudo de caso

Pesquisadora: Virgínia Leismann Moretto (Fone: 51 9714.4527)

Pesquisadora Responsável: Dra. Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha (Fone: 51 9112.3528)

Ao participante:

Contando com sua colaboração para a realização da pesquisa acima nominada, solicito seu consentimento formal para sua participação dos encontros para a capacitação.

Os objetivos do estudo são: desenvolver a capacitação participativa com os profissionais que atuam no pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde e refletir sobre as ações desenvolvidas pelos profissionais durante a capacitação participativa.

Essa iniciativa faz parte da minha formação acadêmica no Doutorado em Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Assim, é isenta de vinculações hierárquicas e administrativas. Igualmente fica assegurada a liberdade de opção pelo ingresso e continuidade no estudo ou pela desistência, a qualquer momento, sem que essa decisão incorra em prejuízos de qualquer natureza.

Ratifico o caráter confidencial da pesquisa e o compromisso de preservar o seu anonimato quanto às informações concedidas.

Tanto eu, como minha professora orientadora, colocamo-nos à disposição para esclarecimentos adicionais que se fizerem necessários, mesmo após o término dos encontros, através das formas de contato que constam acima.

Virgínia Leismann Moretto

Ana Lúcia de Lourenzi Bonilha

Nome do participante:

Assinatura do participante:

Data:

Obs: documento em duas vias (uma destinada ao participante e outra à pesquisadora)

APÊNDICE C – Termo de compromisso para utilização de dados

Projeto de pesquisa: A CAPACITAÇÃO PARTICIPATIVA DE PRÉ-NATALISTAS EM UMA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE: um estudo de caso

Pesquisadora: Virginia Leismann Moretto

Orientadora: Profa. Dra. Ana Lucia de Lourenzi Bonilha

A pesquisadora do presente estudo se compromete a manter a confidencialidade das informações contidas nos diários de campo e no anonimato das participantes da capacitação. Concorde, igualmente, que essas informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do presente estudo e que somente poderão ser divulgadas de forma anônima e para fins científicos.

Data:

Virginia Leismann Moretto

**ANEXO A – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria
Municipal de Saúde de Porto Alegre**



**Prefeitura Municipal de Porto Alegre
Secretaria Municipal de Saúde
Comitê de Ética em Pesquisa**

PARECER CONSUBSTANCIADO

Pesquisador (a) Responsável: Ana Lúcia Bonilha

Equipe executora:

Registro do CEP: 115 Processo N°.001.051355.06.0

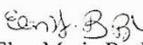
Instituição onde será desenvolvido: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre

Situação: **APROVADO**

O Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre analisou no dia 06/02/2007 o processo N°.001.051355.06.0, referente ao projeto de pesquisa: “Adoção de tecnologias leves para a qualificação da atenção pré-natal”, tendo como pesquisador responsável Ana Lúcia Bonilha, cujo objetivo é “Promover a capacitação de profissionais que realizam a consulta de pré-natal nas UBSs”.

Assim, em conformidade com os requisitos éticos, classificamos o presente protocolo como **APROVADO**, cujo prazo para atendê-las é de até sessenta (60) dias a contar da data de hoje.

Porto Alegre, 06/02/07


Elen Maria Borba
Coordenadora do CEP

ANEXO B – Registro na Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul



COMISSÃO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

Comunicamos para os devidos fins que o projeto “A ADOÇÃO DE TECNOLOGIAS LEVES PARA A QUALIFICAÇÃO DA ATENÇÃO PRÉ-NATAL”, das autoras Ana Lucia de Lourenzi Bonilha, Virgínia Leismann Moretto, Jussara Mendes Lipinski, Joice Moreira Schmalfuss, Lurdes Maria Toazza Tura, foi registrado na COMPESQ/EENF com o número 83, em 21 de março de 2007.

Porto Alegre, 11 de novembro de 2008.

Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/EENF-UFRGS

Prof. Dra. Maria da Graça Oliveira Crossetti
Coordenadora da COMPESQ/ENF

ANEXO C – Carteira de puerpério

CUIDADOS COM O BEBÊ

NA MATERNIDADE SÃO REALIZADOS OS SEGUINTE PROCEDIMENTOS:

1. **VACINAS:** Aplicada a 1ª dose da vacina da hepatite B. As outras doses deverão ser feitas na UBS/PSF em 30 dias e 6 meses, conforme o cartão da criança.
2. **TESTE DO OLHINHO:** objetivo é identificar catarata.
3. **TESTE DA ORELHINHA:** serve para identificar a audição do bebê.

NA UBS/PSF:

A primeira consulta deve ocorrer entre o 3º e 7º dia de vida:

1. Avaliação da saúde do bebê: você receberá orientações sobre a alimentação e os cuidados necessários para com a criança.
2. Realização do **TESTE DO PEZINHO** entre 3º e 7º dia de vida do bebê. Este teste serve para identificar doenças que podem ser tratadas precocemente evitando graves problemas à saúde do bebê.
3. A vacina BCG (contra a tuberculose): deve ser realizada no primeiro mês de vida.

CUIDADOS COM A MÃE

A primeira consulta deve ser realizada, preferencialmente, junto com a do bebê até o 7º dia após o parto e repetida em 30 a 40 dias.

- Avaliação das condições de saúde física e mental da mãe: sangramento vaginal, ferida operatória, retirada de pontos, exame das mamas, uso de medicações, detecção de depressão pós-parto;
- Orientação e apoio ao aleitamento (materno ou artificial) e fortalecimento do vínculo mãe-bebê;
- Identificação da criança de risco;
- Vacinas da puérpera e do recém-nascido;
- Orientação para contracepção e planejamento familiar.

1ª Revisão na UBS/ESF:

Dia: / / Hora:
 Profissional:
 Agendado por: (Maternidade)
 Teste Pezinho e
 vacina no posto
 2ª Revisão na UBS/ESF:

Dia: / / Hora:
 Profissional:
 Agendado por:

**Querida Mãe, lembre-se:
 criança que recebe amor dá amor!**



MELHORANDO A SAÚDE DA MÃE E DO BEBÊ



Nome da mãe:
 Nº do Sis prenatal:
 UBS/ESF:
 Hospital de nascimento do bebê: **HUPA**