

**UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS-UNISINOS
CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

Janaína Alvarenga Aragão

**PERCEPÇÃO DE MULHERES GRÁVIDAS SOBRE A ATUAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PRÉ-NATAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA**

**São Leopoldo
2010**

Janaína Alvarenga Aragão

**PERCEPÇÃO DE MULHERES GRÁVIDAS SOBRE A ATUAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PRÉ-NATAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade do Vale do Rio dos Sinos como parte dos requisitos para obtenção do grau de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Orientador: Dr. José Roque Junges

São Leopoldo

2010

Ficha Catalográfica

A659p Aragão, Janaína Alvarenga
Percepção de mulheres grávidas sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal: atenção primária. / por Janaína Alvarenga Aragão. – 2010.

84 f. : il. ; 30cm.

Dissertação (mestrado) — Universidade do Vale do Rio dos Sinos, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, São Leopoldo, RS, 2010.

“Orientação: Prof. Dr. Jose Roque Junges, Ciências da Saúde”.

1. Gestante - Assistência médica. 2. Gestante - Pré-natal. 3. Assistência - Pré-natal. 4. Serviço - Saúde - Mulher. I. Título.

CDU 618.2-082

Catálogo na Publicação:
Bibliotecária Camila Rodrigues Quaresma - CRB 10/1790

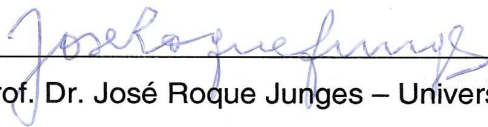
Janaína Alvarenga Aragão

*Percepção de Mulheres Grávidas sobre a atuação dos Profissionais de Saúde no pré-natal:
atenção primária*

Dissertação apresentada à Universidade do Vale do Rio dos Sinos como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Saúde Coletiva**.

Aprovado em 16 de março de 2010.

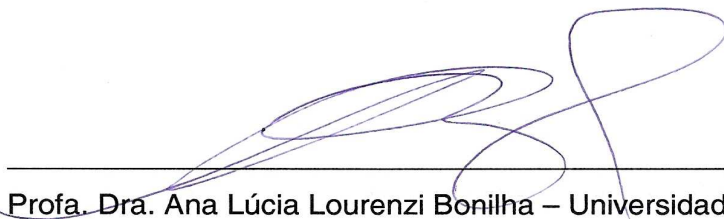
BANCA EXAMINADORA



Prof. Dr. José Roque Junges – Universidade do Vale do Rio dos Sinos



Profa. Dra. Paula Sandrine Machado – Universidade Federal do Rio Grande do Sul



Profa. Dra. Ana Lúcia Lourenzi Bonilha – Universidade Federal do Rio Grande do Sul

DAS UTOPIAS

Se as coisas são inatingíveis... ora!

Não é motivo para não querê-las...

Que tristes os caminhos se não fora

A mágica presença das estrelas!

(Mario Quintana - *Espelho Mágico*)

DEDICATÓRIA

Ao meu bom Deus;

Ao meu estimado pai, Mamede Ximenes de Aragão, pelo exemplo de vida;

Aos meus queridos irmãos, Laerte Alvarenga Aragão, tão responsável e
Laéssio Alvarenga Aragão pela leveza;

À minha fantástica cunhada Gersialine Duarte de Oliveira pelo grande feito da
maternidade, dando-me Guilherme de Oliveira Aragão, meu pequenino
sobrinho/afilhado e mais uma razão para continuar lutando;

Ao meu companheiro de todos os tempos, Luis Henrique Pereira de Moura,
como diz a música Novamente de Ney Matogrosso, somos inclassificáveis.

E em especial a minha calma e sábia mãezinha, Delzuíta Maria de Alvarenga
Aragão, pelo exemplo de força;

E aos demais familiares.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por estar presente em cada minuto da minha vida, instruindo-me no caminho que devo seguir e por me colocar nos seus braços nas horas em que precisei enfrentar grandes ondas, tão frequentes nos mares da vida, dando-me coragem para percorrê-las.

À minha família, em especial ao meu pai, minha mãe e meus irmãos, pelo amor e ajuda que me deram.

Ao meu querido amigo, Luciano da Silva Figueiredo, pelo carinho, otimismo de todas as horas e pelas orientações e contribuições, em especial nesses dois últimos anos de tantas provações que vivemos, quando fomos tentados e testados. É uma benção de Deus ter você comigo, me ajudando e iluminando meu caminho com sua pequena bagagem, como você mesmo gosta de dizer, mas pra mim muito importante e encorajadora.

Ao Prof. Dr. José Roque Junges, pelo exemplo profissional, humano e científico, fazendo-me contemplar a imagem de um aprendiz diante de um mestre. Meu eterno agradecimento, pelo olhar profundo e sábio, dando-me em silêncio, respostas de que tanto precisava. Pela sua confiança, apoio, compreensão e amor que me fizeram crescer e saber que é possível atingir o horizonte.

À Profa. Dra. Lucilda Selli (in memorian), que desde o início se preocupou com minha formação profissional, e que agora mora no coração do amor incondicional de Deus.

À Profa. Dra. Paula Sandrine Machado pelos ensinamentos na disciplina de Pesquisa Qualitativa em Saúde, pelas palavras amigas de conforto e estímulo que contribuíram de modo especial para a realização deste trabalho.

A secretária, Francieli Almeida, e à coordenadora, Profa. Dra. Maria Teresa Anselmo Olinto, do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e aos meus caríssimos professores, Andréa Dâmaso Bertoldi, Marlos Rodrigues Domingues, Emílio Moriguchi, Juvenal Soares Dias da Costa, Nêmora Tregnago Barcellos, Marcos Pascoal Pattussi, Stela Nazareth Meneghel, em especial a Ruth Liane Henn pelo carinho e ajuda nas disciplinas.

A todos os meus colegas de classe, principalmente a Camila Zanetti, Louise Varela Dutra, Priscila de Oliveira Bolzan, Elis Regina de Melo Silva, Letícia Possebon Müller, Fabiane Vargas de Vargas, Tony Cristian Gelain, Fátima Carina Machado de Souza, Tatiane Bagatini, Joseane de Souza Alves, Simone Vieira da Cruz, pela amizade e acolhida.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado do Piauí (FAPEPI), pela bolsa de pós-graduação concedida.

À Prefeitura e a Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo-RS por conceder a oportunidade de desenvolver minhas atividades no Posto de Saúde Materno Infantil.

Às mulheres que gentilmente disponibilizaram parte de seu tempo à pesquisa, gerando novas descobertas para a ciência.

A todos que, direta ou indiretamente, contribuíram para a finalização desta pesquisa.

LISTA DE ANEXOS

	Pag
Anexo 01 - Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.	77
Anexo 02 - Normas para manuscritos enviados à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.	78

LISTA DE APÊNDICES

	Pag
Apêndice 01 – Roteiro de entrevista para avaliar a percepção de mulheres grávidas sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal: atenção primária.	82
Apêndice 02 – Termo de consentimento livre esclarecido para assinatura dos participantes que aceitaram participar da pesquisa.	84

SUMÁRIO

	Pag
DEDICATÓRIA	
AGRADECIMENTOS	
LISTA DE ANEXOS	
LISTA DE APÊNDICES	
1 PROJETO DE PESQUISA	01
1.1 Introdução	01
1.2 Justificativa	04
1.3 Objetivos	07
1.3.1 Objetivo Geral	07
1.3.2 Objetivo Específico	07
1.4 Revisão de Literatura	08
1.4.1 Saúde Coletiva	08
1.4.2 Unidades Básicas de Saúde	12
1.4.3 Políticas de Saúde da Mulher: pré-natal	15
1.4.4 Vulnerabilidade e Integralidade	20
1.5 Metodologia	22
1.5.1 Caracterização da Pesquisa	22
1.5.2 Grupo de Estudo	22
1.5.3 Local e Período	23
1.5.4 Produção de Dados: instrumentos	24
1.5.5 Instrumentos de Análise de Dados	24
1.5.6 Aspectos Éticos	25
1.6 Resultados esperados	26
1.7 Cronograma	27
1.8 Orçamento	27
1.8.1 Material de Consumo	27
1.8.2 Material Permanente	28
1.8.3 Serviço de Terceiros	28
1.9 Referências	30
2 RELÓRIO DE CAMPO	41

2.1 Observações, Reflexões e Contribuições	43
2.2 Dificuldades e Desafios	47
2.3 Considerações Finais	48
2.4 Referências	50
3 MANUSCRITO.....	52
RESUMO	53
ABSTRACT	54
3.1 Introdução	55
3.2 Métodos	56
3.3 Resultados	58
3.3.1 Onipresença do médico	58
3.3.2 Conteúdos das abordagens educativas de preparação das gestantes	60
3.3.3 Aspectos emocionais e mudanças nos vínculos afetivos: interação entre profissionais e gestantes	63
3.4 Discussão	65
3.4.1 Onipresença do médico	66
3.4.2 Conteúdos das abordagens educativas de preparação das gestantes	68
3.4.3 Aspectos emocionais e mudanças nos vínculos afetivos: interação entre profissionais e gestantes	69
3.5 Conclusão	71
3.6 Agradecimentos	72
3.7 Referências	72

1 PROJETO DE PESQUISA

1.1 Introdução

Até há pouco tempo, as políticas de saúde pública no Brasil estavam direcionadas ao simples combate de epidemias, causadas por agravos infecciosos e condições precárias de vida, como moradia, higiene, jornada de trabalho, alimentação e saneamento básico, solucionadas por campanhas sanitárias. Eram políticas marcadas pela exclusão e valorização da assistência médica individual, curativa, especializada e assistencialista, em detrimento de medidas de saúde preventiva e de interesse coletivo (TEIXEIRA, 2002). A 8ª conferência Nacional de Saúde foi um processo político que mobilizou a sociedade da época, e um marco na saúde pública brasileira, pois discutiu a reforma sanitária a ser implementada pelo governo. Também trouxe, em seu texto, idéias inovadoras: a inserção da saúde como direito de todo cidadão a ser garantido pelo Estado, pela Constituição Federal de 1988, normatizando o SUS regulamentados pelas Leis Federais nº 8.080/90 e 8.142/90 e por outras que o complementam juridicamente (BRASIL, 2007; BRASIL 2007, c; CUNHA, 2005; MELO et al., 2005; PAIM, 1999; PINHEIRO e MATTOS, 2006; VASCONCELOS e PASCHE, 2006; NUNES, 2006).

Inicialmente, o Sistema Único de Saúde (SUS) pretendeu unificar todos os serviços nas três esferas de governo, tentando solucionar a dicotomia entre saúde pública e assistência médica com operacionalização da saúde, orientada pelas decisões dos conselhos de saúde municipal, estadual e nacional, e pelas normas operacionais (NOBs e Noas), editadas pelo Ministério da Saúde (MELO et al., 2005; PINHEIRO e MATTOS, 2006; VASCONCELOS e PASCHE, 2006). Todos esses acontecimentos dessa época permitiram um rompimento na política social anterior ao SUS, em que indivíduos eram diferenciados em “indigentes” e segurados da Previdência Social, dando oportunidade a milhões de brasileiros excluídos de se beneficiarem dos bens de consumo coletivo (VASCONCELOS e PASCHE, 2006).

Sabe-se que a busca das mulheres pelos serviços de saúde tem, em sua história, traços de exclusão, decepção e de muita luta organizada por parte dos seus movimentos por direitos. Na Constituição Federal de 1988, considerada um marco

jurídico da transição democrática e da oficialização dos direitos humanos no Brasil, as mulheres conseguiram caminhar em direção a direitos individuais e sociais concretos. Entretanto, as leis formais existentes dessa igualdade nos espaços públicos e privados ainda não foram sentidas de fato na sociedade. Em 2003, adequando-se à Nova Constituição, entrou em vigor o Novo Código Civil Brasileiro, o qual eliminou normas discriminatórias de gênero e introduziu conceitos, como o de direção compartilhada, poder familiar compartilhado, substituição do termo “homem” por “pessoa”, garantiu a união estável, dentre outros, ressaltando o princípio da igualdade (BRASIL, 2004).

O Ministério da Saúde, em 1984, havia elaborado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pretendendo alcançar vários objetivos, como aumentar a cobertura de pré-natal, melhorar a qualidade de assistência ao parto, elevar os índices de aleitamento materno dentre outros (PEREIRA et al., 2005). O Programa Humanização no Pré-Natal e Nascimento objetiva melhorar o acesso e cobertura de qualidade no acompanhamento ao pré-natal, parto e puerpério e recém-nascido, tendo em vista os direitos de cidadania, pois considera que o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade durante essas etapas são direitos inalienáveis da cidadania (BRASIL, 2004).

Merighi e Gualda (2002) relatam a existência de vários movimentos da comunidade científica com a finalidade de resgatar o parto como um acontecimento fisiológico, humanizado e de qualidade, minimizando as altas taxas de cesárea, mortes maternas e perinatais. Atualmente, foi formulado o documento Princípios e Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher 2004-2007 (BRASIL, 2004) na tentativa de continuar evoluindo rumo a novas políticas, que respeitem o espaço e a importância das mulheres.

É importante ressaltar que essas investidas em construir bases sólidas e resolutivas em postos, distritos e centros de saúde podem ajudar comunidades a enfrentarem muitos dos seus problemas. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) (2003), a chave para o êxito se sustenta no fortalecimento dos sistemas de saúde, orientado pelas estratégias e princípios da atenção primária, e na criação de

respostas, que, ao longo do tempo, promovam um desenvolvimento integrado dos sistemas de saúde em benefício de toda a população.

Não há dúvidas de que a gravidez é uma fase do ciclo vital muito importante na vida da mulher e uma das mais delicadas, por isso deve ser vista com zelo e perícia por todos os profissionais de saúde para agregar em suas atividades diárias, junto a essa clientela, a responsabilidade de provocar mudanças positivas, sensíveis e humanas nas atividades de assistência à mulher. A qualidade no atendimento durante pré-natal e parto não depende só da instituição de saúde, mas também do profissional que realiza a prática (TELLES e BORGES, 2005).

Portanto, é válido pensar sobre os instrumentos disponibilizados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) aos profissionais de saúde para alcançar novas conquistas com a finalidade de preservar o bem maior humano, que é a vida. Também questionar se esses trabalhadores estão sendo capazes de elencar esses conhecimentos, os velhos conhecidos aos novos adquiridos, resultantes dos avanços tecnológicos de hoje na área de saúde, em suas práticas diárias de cuidado aos usuários.

1.2 Justificativa

O Brasil é um país de dimensões continentais e nele há muitas riquezas. Boa parte de sua gente, porém, ainda vive em condições desconfortáveis de saúde, com grandes riscos de contrair e desenvolver doenças. Os Indicadores mostram que populações expostas a condições precárias de vida estão mais vulneráveis e acabam vivendo menos. Em saúde, o termo vulnerabilidade é comumente utilizado com sentido de distinguir pessoas com maior potencial de adquirir problemas e danos. Como o papel principal dos profissionais de saúde é cuidar, é natural a preocupação em querer proteger indivíduos nessa situação (ZOBOLI e FRACOLLI, 2007). Infelizmente, essa condição é uma realidade vivida por muitas mulheres, sobretudo as mais pobres, que realizam trabalho pesado e gastam maior parte do tempo diário em atividades sem remuneração, prejudicando seu acesso a bens sociais, inclusive aos serviços de saúde. Mesmo assim, percebe-se que elas correspondem à maioria da população brasileira a utilizar mais o Sistema Único de Saúde (SUS) para si próprias, para atendimento de seus familiares, pessoas vizinhas e da comunidade (BRASIL, 2004; CORREIA e MCAULIFFE, 1999).

Sabe-se que o SUS oferece um grande número de serviços. Suas políticas devem envolver cuidados que vão desde a atenção básica até a alta complexidade, como a realização de tratamentos muito especializados. Apesar disso, ainda podemos constatar dificuldades na harmonia entre os serviços de saúde e problemas de qualidade na atenção oferecida à comunidade em muitas unidades, que acabam causando danos à integralidade do cuidado e má repercussão sobre a legitimidade do SUS (VASCONCELOS e PASCHE, 2006). Portanto, questionamentos são prudentes, têm validade e devem ser propostos e colocados em prática, para alargar os horizontes, trazer ideias inovadoras, soluções para problemas atuais ou futuros na saúde, em particular na saúde coletiva.

Conforme Ribeiro et al. (2004), os trabalhos avaliando programas públicos de saúde na ótica dos usuários que utilizam a atenção pré-natal, ainda não são comuns na literatura técnica e científica brasileira (ALENCAR e GOMES, 2008; BONGO et al., 2006; CANTERLE, 2006; LANDERDAHL et al., 2007; MARCON, 1997). Entretanto, internacionalmente são realizados alguns estudos, como nos países

industrializados onde a atenção à saúde é mais abastecida de reserva em valores em relação aos países de baixa renda. Os países mais ricos costumam ressaltar o comportamento de clientela de baixa renda, a exemplo o estudo de Handler et al. (2003), em que entrevistaram mulheres de baixa renda nos EUA, comparando duas amostras com 125 beneficiárias do Medicaid (assistência à saúde voltada à população pobre) e com 275 não vinculadas ao programa e obtiveram altas taxas de aprovação. Cumpre destacar que a aprovação entre as beneficiárias do Medicaid foi comparativamente maior, apesar de este grupo registrar um número médio de consultas menor.

É evidente a importância de repensar sobre as práticas de todos os trabalhadores em saúde. Desse modo, esta pesquisa deseja refletir sobre o papel desses profissionais inseridos na assistência à saúde da mulher. Pereira et al. (2005) argumentam que o resultado esperado no ato de cuidar é a satisfação das necessidades do usuário, tendo a consciência do quanto é desafiador causar um impacto positivo sobre a saúde individual e coletiva.

A pesquisa é uma proposta em consonância com as políticas públicas de saúde dirigidas à saúde da mulher, tendo a intenção de ajudar a fortalecer o respeito à autonomia de todos os participantes inseridos nesse universo sem abandonar nenhum seguimento. Também propõe reforçar, acima de tudo, a importância do empoderamento das usuárias e a sua participação nos processos de planejamento e tomada de decisões que cercam sua vida no âmbito da participação popular, fato assegurado pela Lei nº 8.142/90, que discute a participação da comunidade na gestão do SUS (BRASIL, 2004; BRASIL, 2007, a; FARIAS et al. 2006). Essas razões ratificam o estudo sobre a percepção dos usuários brasileiros sobre o SUS, além de proporcionar maior visibilidade ao trabalho dos profissionais de saúde na saúde coletiva na atenção básica, com a confiança de que no fim todas as partes inseridas no contexto ganharão com os novos achados.

O Manual Técnico: *assistência pré-natal* de 2000 do Ministério da Saúde destaca que um serviço de qualidade atrai as mulheres, ajudando as políticas brasileiras a alcançarem a meta de diminuir os índices ainda altos de mortalidade materna e perinatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Portanto, pretende-se ampliar

a compreensão das pesquisas que são realizadas na área de atenção à saúde da mulher, explorando mais uma abordagem, o modo como as usuárias percebem as práticas realizadas pelos profissionais e serviços de saúde durante a gravidez, saber se estão correspondendo às expectativas e necessidades das gestantes em relação à atenção primária.

Diante da vasta literatura vigente, percebe-se que muitas mudanças e conquistas positivas já são sentidas na área de saúde, mas a busca pela qualidade deve ser dinâmica. Por isso, o estudo também deseja provocar com questionamentos a identificação de falhas que devem ser corrigidas, e destacar peculiaridades das práticas desenvolvidas e ideias criativas cotidianas dos profissionais e serviços de saúde ainda invisíveis de acordo com as gestantes, para que sejam divulgadas, seguidas e incorporadas às políticas públicas de saúde da mulher, objetivando abrilhantar e elevar a qualidade do pré-natal. Pensamentos como esses despertaram interesses, deixando clara a relevância de problematizar sobre a percepção das mães ante a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal de uma unidade básica de saúde.

1.3 Objetivos

1.3.1 Objetivo Geral

Identificar a percepção das mães sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal de uma unidade básica de saúde.

1.3.2 Objetivos Específicos

Conhecer a percepção das mães sobre as orientações recebidas na unidade básica de saúde durante o pré-natal;

Conhecer a percepção das mães sobre a preparação do parto, orientada pelos profissionais de saúde.

1.4 Revisão de Literatura

Com o objetivo de fundamentar a pesquisa sobre “Percepção de Mulheres Grávidas Sobre a Atuação dos Profissionais de Saúde no Pré-Natal: Atenção Primária”, a seguir serão apresentadas quatro tópicos relevantes da literatura, ou seja: saúde coletiva, unidades básicas de saúde, políticas de saúde da mulher (pré-natal), vulnerabilidade e integralidade.

1.4.1 Saúde Coletiva

Voltando ao tempo, no início século XX, começaram a existir as primeiras políticas de saúde sob a responsabilidade do Estado. Com o advento do capitalismo; entretanto, poucas cidades as desfrutavam, como as capitais portuárias, devido à intensa atividade econômica que nelas existiam, a agricultura de exportação; mesmo assim a preocupação era focada na saúde dos trabalhadores dessas cidades (MELO et al., 2005; PEREIRA et al., 2005). Esses pontos concordam com o que destacou Foucault (1990) em seu livro *Microfísica do Poder*, no qual relata que, com o capitalismo, se deu a passagem da medicina privada para a coletiva e não o inverso, porém ressalta que o primeiro objeto a ser socializado foi o corpo, como fonte de produção e trabalho, correspondendo aos interesses da economia capitalista.

Segundo Melo et al. (2005), as maiores preocupações de saúde na época eram as doenças infecciosas e as geradas por condições precárias de moradia, higiene, alimentação, trabalho, saneamento básico e epidemias de varíola, febre amarela e malária. Muita coisa aconteceu durante esses anos, como: a Reforma Sanitária Carlos Chagas, as campanhas sanitárias, a presença de cientistas marcantes, como Oswaldo Cruz, Adolpho Lutz, Arthur Neiva e Vital Brasil, dentre outros, que se destacaram na determinação dos rumos para a saúde pública e criação das principais instituições de pesquisa biomédica e de saúde pública. As viagens realizadas por Cândido Rondon aos sertões do imenso território brasileiro e as expedições científicas do Instituto Oswaldo Cruz, entre outras ações, inicialmente objetivavam o trabalho profilático, mas suas ações também possuíam como meta

ajudar as atividades do governo federal dirigidas ao processo de expansão econômica, como a construção de ferrovias e saneamento dos portos. O Brasil das três primeiras décadas do século passado era essencialmente rural (BRASIL, 2007, b).

Na década de 1920, a saúde estava subordinada ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores, sendo ainda vista como caso de polícia. A insatisfação da população com as regras do Estado para manter uma boa saúde culminou num intenso movimento de Reforma Sanitária no Brasil, durante a Primeira República, liderada pela nova geração de médicos higienistas, que conseguiu a criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP) em 1920. Também data desse período a Lei Eloy Chaves de 1923, que criou as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs), fato considerado o marco da previdência brasileira, que garantiu medidas de proteção social, em particular, a assistência médica (BRASIL, 2007, a; MELO et al., 2005).

Entre 1939 e 1945, aconteceu a Segunda Guerra Mundial, e o seu término produziu muitas transformações mundiais (Nunes, 2006) na economia, no crescimento das cidades, oferta de mais oportunidades educacionais e de trabalho para homens e mulheres (RAPOSO e ASTONI, 2007). Nesse cenário, o Brasil passava pelo primeiro governo de Getúlio Vargas (a partir de 1930), reconhecido pela literatura como um marco para as políticas sociais brasileiras, e em que ocorreram mudanças institucionais que moldaram a política pública brasileira. O País também experimentou um período de ascensão industrial, favorecendo a criação da legislação trabalhista e previdenciária mais os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAP), que formaram o Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1966. Essas mudanças desencadearam a ampliação do que hoje chamamos de universalização da cobertura de saúde, em que a medicina individual, curativa e especializada foi muito valorizada, deixando a população revoltada devido à incapacidade estatal de prover saúde. Isso permitiu a retomada das transformações na Previdência (BRASIL, 2007, a; MELO et al., 2005).

Então o Estado iniciou sua expansão, construindo e comprando serviços próprios na assistência médico-hospitalar dos institutos, que posteriormente foram centralizadas no INPS. Foi criado o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1983. No entanto, a soma do modelo assistencial vigente com o aumento da procura por cuidados médicos decorrente da ampliação do direito à saúde para todos os segurados, mais o pagamento de serviços médicos e as dificuldades de controlar a aplicação dos recursos deram margem à corrupção que gerou prejuízos à Previdência. Sem dúvida, eram necessárias mais reformas (MELO et al., 2005).

O tempo transcorria na ampulheta, na América Latina. No final da década de 1960, cresceram duras críticas sobre a medicalização. Por sua vez, a sociedade começou a apostar em ações alternativas de cuidados à saúde, e no mundo falava-se em liberdade, sendo um exemplo o festival de Woodstock e a crítica lançada aos EUA com o filme *Easy Rider*. No Brasil, em 1960, era inaugurada Brasília a nova capital do País. Em 1964, iniciava a ditadura militar, que durou cerca de vinte anos. Em 1968, aconteceu a Reforma Universitária concomitante ao Ato Institucional nº. 05, o Congresso Nacional entrou em recesso com o Ato Complementar nº 38. Todos esses acontecimentos fizeram deste um período bastante turbulento na História do Brasil (BRASIL, 2007, a; NUNES, 2006).

Depois vieram os anos 1970, que os analistas consideraram inicialmente bons para o Brasil, mas que depois se agravaram devido à crise econômica, piorando os problemas que já existiam: miséria, mortalidade infantil, desnutrição e outros (NUNES, 2006). Em Alma-Ata (1978), aconteceu a Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde, culminando nas discussões contra a atividade médica que privilegia só uma minoria, em oposição ao acesso precário de saúde das grandes massas populacionais. Esse encontro refletiu a saúde como direito básico humano de caráter intersetorial, que deve estar sob a responsabilidade do Estado (BRASIL, 2007, a; ESCOREL, 1998; PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

Nota-se que, desde os anos 1970, constrói-se o marco conceitual de Saúde Coletiva, que é fruto da crítica aos diversos movimentos e projetos de reforma em saúde, acontecidos em países capitalistas, desde a elaboração teórico-

epistemológica, que vem da produção científica, às práticas sociais. Entretanto, o fundamental não é saber seu significado, mas entender seus desafios atuais e futuros e o ideal de profissional da saúde pública (PAIM e ALMEIDA FILHO, 2000).

Nesta trajetória, foi criado o Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS) em 1974, e dentro deste o Conasp (1981), que deveria operar como organizador e racionalizador da assistência médica. Também surgiram as Ações Integradas de Saúde (AIS), caracterizadas por convênios assinados pela maioria dos estados brasileiros entre o MPAS/MS/MEC, e as Secretarias Estaduais de Saúde, com a incorporação progressiva dos municípios, foi um acontecimento importante para a adoção de um sistema integrado de saúde (BRASIL, 2007, a; MELO et al., 2005). Segundo Escorel (1998), mesmo com muitos problemas de implementação, as AIS representaram avanços importantes no fortalecimento da rede básica ambulatorial, na contratação de recursos humanos, na articulação com os serviços públicos municipais, na revisão do papel dos serviços privados e, em alguns casos, na participação dos cidadãos na gestão dos serviços. Esses avanços, porém, não impediram a ocorrência de retrocessos.

Com o fim da Ditadura (1984), intensificou-se o processo de abertura política. O País caminhava para um regime democrático, mas na economia o que se via era outra realidade, predominavam a recessão, a inflação, o desemprego e subemprego, piorando a crise financeira já existente na Previdência (MELO et al., 2005). No meio desse “burburinho”, emergem, em diferentes regiões do Brasil, expressões populares indignadas de professores, estudantes, pesquisadores, intelectuais e profissionais de saúde, sindicatos dos trabalhadores e associações de moradores, que discutiam a situação precária do sistema médico-hospitalar existente, o que já era o Movimento da Reforma Sanitária que vinha acontecendo desde os anos 1970 (BRASIL, 2007, a; PAIM, 1999).

Os ideais pensados durante o movimento foram fundamentais e levados a debate durante a 8ª Conferência Nacional de Saúde (1986). Ao término do evento, as reflexões foram organizadas no relatório final, destacando como pontos principais, a saúde como “resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade,

acesso à terra e posse dela e acesso a serviços de saúde”, como direito da cidadania e dever do Estado; e a implementação de um sistema único de saúde, organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação social. Esse documento apoiou às discussões na Assembléia Nacional Constituinte em 1987 (BRASIL, 2007, a; BRASIL, 2007, b; ESCOREL, 1998).

No período de transição até a criação do SUS, foram criados em 1987 os Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) (BRASIL, 2007, a), enquanto a legislação era elaborada, também de muita turbulência política, causada pelas sucessivas eleições municipais (1988), presidenciais (1989) e estaduais (1990), com sérias repercussões para a viabilidade da proposta da Reforma (PAIM, 1999).

A Reforma Sanitária passou por todos os momentos anteriormente descritos e por muitos outros não traçados, porém, finalmente, com a aprovação da Constituição Federal de 1988, foi criado o Sistema Único de Saúde (SUS), que trouxe, em seu artigo 196, a saúde como direito de todo cidadão e obrigação do Estado de garantir o acesso às ações e serviços, por meio de políticas públicas.

1.4.2 Unidades Básicas de Saúde.

Nos anos 1980, o Programa de Ações Integradas de Saúde, como política de saúde, produziu mudanças no desenvolvimento dos serviços, principalmente no atendimento ambulatorial realizado. Para sua execução, foi necessário implantar, na rede básica, novas rotinas, diagnósticos e terapias, revisar equipamentos médicos e medicamentos utilizados nas unidades públicas convencionalmente chamadas de rede básica ou serviços de atenção primária. Durante essa década, entraram em vigência as políticas das AIS e do SUDS que ampliaram o poder das secretarias municipais, consolidando o SUS (CAMPOS, 1997; MADUREIRA et al., 1989).

Essas mudanças objetivavam superar a organização tradicional dos locais onde se prestavam cuidados básicos na época; passou-se a entender que a rede básica (centros e postos de saúde) deve organizar-se com base em diagnósticos de

necessidades da população, resultante de quadro epidemiológico e de escuta da sociedade civil para planejamento das ações de saúde (MADUREIRA et al., 1989).

As discussões na saúde pública, nos anos 1990, aconteciam lentamente e com poucos avanços na prática da atenção básica, em que três seguimentos sociais estabeleceram a presença do modelo de Pronto Atendimento (PA): os usuários, os médicos e os gestores municipais. Os usuários, por terem absorvido o direito à saúde, garantido por lei e pela ideia de saúde como um bem de consumo, exigiram dos municípios atendimento médico e medicamentos. Os médicos se incorporaram ao SUS por meio de PAs, porque esse modelo não exigia muita energia nem vínculo, e os gestores por entenderem os PAs como solução viável politicamente. Existe um consenso dos pesquisadores sobre as consequências desastrosas do modelo de PA, como medicalização, custo elevado, pouca autonomia dos usuários, pouco aproveitamento das habilidades de outros profissionais de saúde e trabalho de equipe e a incapacidade de atuar em saúde coletiva. Essas consequências ainda estão presentes nas unidades básicas de saúde e produzem inúmeras barreiras que impedem a efetiva mudança na Atenção Básica (CAMPOS, 2006; CUNHA, 2005).

O Brasil passou por um período de transformações durante a década de criação do SUS, o qual objetivava reformular o modelo de assistência pública. No entanto, desde o início, o sistema enfrenta sérios problemas de operacionalização, como o financiamento das ações e a resistência do antigo modelo assistencial a uma mudança mais substantiva nas atividades de saúde (VIANA e DAL POZ, 2005).

Simultaneamente a essas transformações, ocorriam na América Latina alterações epidemiológicas e demográficas com aumento das doenças crônico-degenerativas, infecto-contagiosas e também por adição de causas externas (homicídios, acidentes, etc.), modificando a demanda por serviços de saúde, exigindo a adequação de novas ações, equipamentos e intervenções. É a crise dos anos 1990, dando o início à reforma da reforma, um processo de reforma incremental do SUS (CAMPOS, 1997; VIANA e DAL POZ, 2005). Esses fatos acarretaram dificuldades de mudanças da atenção básica.

São criados o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa de Saúde da Família (PSF), de caráter preventivo. Esses programas se tornaram responsáveis pela mudança na forma de alocação de recursos, remuneração e organização das ações de saúde com enfoque na família e no modelo assistencial dentro do SUS. Sendo sua implantação incentivada nos municípios através da Norma Operacional Básica do SUS 01/96 (BODSTEIN, 2002; CAMPOS, 2006; CUNHA, 2005; VIANA e DAL POZ, 2005).

O PACS, no seu início, ficou concentrado nas regiões Norte e Nordeste, visando a estender a cobertura do SUS às populações rurais e periferias urbanas, sobretudo para a população materno-infantil. Para sua implantação nos municípios era exigido: um Conselho Municipal de Saúde, uma unidade básica de referência, profissionais de nível superior e um fundo municipal de saúde para receber recursos para o programa. O PACS se tornou, junto com o Programa de Saúde da Família (PSF), um instrumento de reorganização dos modelos locais de saúde da atenção básica. Nesse período, havia dois modelos de assistência no SUS: o tradicional e o da família, associado aos agentes. A remuneração diferenciada do segundo estimulou sua expansão e adoção pelos municípios, principalmente nas áreas de alto risco e com populações carentes (BODSTEIN, 2002; VIANA e DAL POZ, 2005).

A direção dos profissionais de saúde rumo ao PSF foi benéfica, pois permitiu sua identificação com a atenção básica e a reflexão de um novo papel para esses trabalhadores. As evidências apontam para uma ligeira superioridade do PSF em relação às atividades de unidades tradicionais com a incorporação de práticas de territorialização, maior vínculo, envolvimento comunitário e acompanhamento de prioridades programadas coerentes com o cumprimento de seu referencial normativo. Todavia, ainda existem dificuldades na estrutura física e nas equipes, fragilidades na gestão e na organização da rede de serviços; e o mais importante é que o acesso ainda continua sendo um problema, fato que pode vir a comprometer os seus avanços no plano da integralidade (CUNHA, 2005; CONILL, 2008).

Apesar do grande salto ocorrido na atenção devido ao PSF, observa-se que a assistência com foco na doença/corpo ainda predomina em relação às reais necessidades do usuário e da articulação entre os trabalhadores de uma equipe de

saúde. Tudo isso deixa claro a urgente necessidade de pensar e encontrar uma maneira de transformar a prática clínica de todos os profissionais de saúde na atenção básica desejada (CAMPOS, 2006; CUNHA, 2005).

Segundo Bodstein (2002), a rede de atenção básica, como porta de entrada do sistema, de aumento da cobertura e de acesso, necessita de mais investimentos na sua construção, ampliação e manutenção.

1.4.3 Políticas de Saúde da Mulher: pré-natal

Para milhões de mulheres, a gravidez e o parto trazem sofrimentos desnecessários, problemas de saúde e inclusive a morte. Mais de meio milhão de mulheres morrem a cada ano de complicações na gravidez, sendo 99% delas nos países em desenvolvimento, onde a maioria das disfunções pode ser evitada mediante serviços de saúde de qualidade e uma boa nutrição materna. As estatísticas revelam que existem grandes disparidades na mortalidade materna entre os países. Na África Subsaariana, o risco de morte por causas maternas é de 1/16, ante 1/160 na América Latina e 1/4000 na Europa Ocidental (OMS, 2003).

Para minimizar esse quadro mundial, a Organização Mundial de Saúde (OMS), em colaboração com os países, teve a ideia de aumentar a proporção de profissionais de saúde qualificados com objetivo de alcançar uma maternidade, parto e puerpério sem riscos. Entretanto, as políticas nacionais de saúde precisam introduzir reformas legais e mobilizar a comunidade para que as mulheres tenham acesso a uma atenção adequada durante o ciclo gravídico (OMS, 2003).

Na literatura médica, existem muitos conceitos de saúde, contudo não se aceita mais a saúde como a simples ausência de doenças (AKERMAN et al., 2006). O tempo trouxe novas conotações, mas sabe-se que não é fácil concretizar saúde, pois ela envolve uma relação com o meio ambiente, sendo necessários muitos recursos (lazer, educação, alimentação, habitação, saneamento, transporte, trabalho, renda, acesso aos serviços de saúde, dentre outros).

Para as mulheres, a saúde é ainda mais complexa, pois ainda existem questões de raça, etnia, hereditariedade, gênero, pobreza e trabalho doméstico a

serem consideradas (BRASIL, 2004). Realidade destacada numa pesquisa feita no Município do Rio de Janeiro, que concluiu a existência de dois níveis de discriminação social na assistência ao pré-natal e ao parto, a educacional e a racial, com repercussão na esfera da atenção oferecida pelos serviços de saúde à população de puérperas (LEAL et al., 2005). Portanto, esforços devem ser envidados tanto na prática de educação em saúde voltada para a mulher grávida quanto numa assistência diferenciada no seu pré-natal e parto, objetivando alcançar a prevenção de complicações e precoces óbitos (TELLES e BORGES, 2005).

A gravidez é um evento fisiológico e social. Corresponde a um período de mudanças físicas e emocionais diferenciadas em cada mulher, alterações que podem gerar medo, ansiedade, dúvidas, fantasias ou a simples curiosidade de entender como seu corpo está se desenvolvendo. Portanto, essa fase necessita de mais cuidados da gestante, do companheiro, dos familiares e dos profissionais de saúde para além das práticas curativas (DUARTE e ANDRADE, 2006; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000; PEREIRA et al., 2005).

Desde 1920, o Brasil se preocupa com a elaboração de políticas de saúde, buscando melhorar os níveis de atenção das mulheres durante o ciclo gravídico - puerperal; protegendo-as por meio de programas regulamentados por leis, portarias, e resoluções (BRASIL, 2007, a; TYRRELL e CARVALHO, 1993). Esses autores, para tornar mais compreensível a gênese e a evolução dessas políticas, dividiram cronologicamente os acontecimentos em três fases: a) da Seção de Higiene Infantil e Assistência à Infância/IHI à Divisão de Amparo à Maternidade e à Infância/DAMI (1920 a 1940) com maior destaque à proteção da infância e para a mulher a questões ligadas à maternidade; b) do Departamento Nacional da Criança (DNCr) à Coordenação de Proteção Materno-Infantil (CPMI) (1940 a 1970) e as bases de planejamento da proteção à maternidade, à infância e à adolescência; c) da Coordenação de Proteção Materno - Infantil à Divisão de Saúde Materno-Infantil (CPMI/ DINSAMI) (1970 a 1985), período em que a Saúde Materno-Infantil passa a formar uma Divisão Nacional de Saúde Materno Infantil (DINSAMI) e integrada na Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde em igualdade de condições com os Programas de Tuberculose, Hanseníase, Câncer e Saúde Mental.

Em 1980, a Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde (SNPES/MS) através do documento da “Diretrizes e Linhas de Ação da SNPES” coloca a saúde materno–infantil como área de ação com determinações que até hoje regem a assistência materno–infantil (BRASIL, 2007, a). O Ministério da Saúde, preocupado com as questões voltadas para o universo feminino, elaborou políticas de saúde destinadas a melhorar os níveis de atenção às mulheres durante o ciclo gravídico-puerperal; protegendo-as por meio de programas regulamentados por leis, portarias, e resoluções (BRASIL, 2004). Atualmente, as políticas lançadas são: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) em 2000, e o documento Princípios e Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, 2004-2007 (BRASIL, 2004; DIAS e DESLANDES, 2006).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi elaborado concomitante ao Movimento Sanitário e movimentos sociais, em especial o das feministas, que teve papel crucial na sua formulação e nas propostas apresentadas nas Conferências do Cairo e de Beijing sobre os programas de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2004; DIAS e DESLANDES, 2006). Deseja assistir a mulher integralmente na política de expansão e consolidação dos serviços de saúde, elevando a cobertura do pré-natal; com a melhora na qualidade do parto, aumento dos índices de aleitamento materno, identificação e controle do câncer cérvico-uterino, mamas e doenças transmitidas sexualmente e medidas de prevenção do aborto ilegal, etc. (PEREIRA et al., 2005). Política que apostava em ações educativas para provocar mudanças na relação que as mulheres mantinham com os serviços e profissionais de saúde, no intuito de incentivá-las ao autocuidado e ao controle de sua saúde (DIAS e DESLANDES, 2006).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde em 2000, objetiva desenvolver atividades de promoção, prevenção e assistência à saúde das gestantes e recém-nascidos, garantindo um mínimo adequado de recursos humanos, área física, equipamentos e instrumental, apoio laboratorial, medicamentos essenciais e avaliação permanente da assistência pré-natal nas unidades básicas de saúde. Envolve desde cuidado médico até atenção aos aspectos psicossociais das mulheres em trabalho de parto, a satisfação

da usuária até as condições de trabalho e a satisfação dos próprios profissionais (BRASIL, 2004, DIAS e DESLANDES, 2006). De acordo com Maldonado (1997), o ambiente pré-natal é muito importante, e a maneira como ele acontece pode influenciar na determinação de características fisiológicas e comportamentais do recém-nascido.

É relevante destacar que, embora as políticas públicas de humanização do SUS datem dos últimos 10 anos, na área de saúde, a temática não é uma preocupação recente (PEREIRA et al., 2007). Serruya et al. (2004, c) relatam que seria importante discutir os aspectos da humanização que nomeou o programa e que podem ser diferentemente percebidos no percurso de sua implantação.

Devido às ações realizadas na assistência à saúde da mulher, avanços foram conquistados e elevou-se o número de consultas de pré-natal por mulheres que realizam o parto pelo SUS (BARROS et al., 1996; BRASIL, 2005; COSTA et al., 2000; CÉSAR et al., 2008; COUTINHO et al., 2003; MOURA et al., 2003). Embora haja grandes avanços na cobertura, ainda há muito comprometimento na qualidade. Essa situação pode ser observada pela incidência de sífilis congênita e hipertensão arterial, ocasionando frequente morte materna, pelo fato de uma minoria das gestantes inscritas no PHPN só conseguirem realizar o mínimo das ações recomendadas e pelo elevado número de laqueaduras e cesarianas, mostrando que essas questões ainda merecem avaliação e controle (BRASIL, 2005; DIAS e DESLANDES, 2006; SERRUYA et al., 2004, a; SERRUYA et al., 2004, b).

Na pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia, Brasil (2008, a) para avaliar o PHPN, foram encontrados vários resultados. A abordagem quantitativa revelou que a adesão dos municípios ao PSF não apresentou nenhuma associação quanto à sua adesão ou não ao PHPN, independente do porte; a taxa de evasão ao acompanhamento pré-natal é maior nas capitais, e os municípios menores têm mais dificuldades na operacionalização do PHPN, relacionados a recursos humanos e capacidade técnica necessária para desencadear a organização dos dados, pactuações e recursos para o planejamento do sistema de saúde local. A perspectiva qualitativa permitiu identificar a falta de integração funcional efetiva entre pré-natal e parto, poucos exames são realizados

na segunda bateria de exames complementares no terceiro trimestre de gravidez, a escassa realização da consulta de puerpério e o mais inquietante é que a diretriz da humanização do parto não vem sendo cumprida. Atualmente, realiza-se uma inovação metodológica na assistência pré-natal, denominada consulta pré-natal coletiva, que prioriza o princípio da integralidade e cidadania, buscando romper com o paradigma assistencial biomédico, favorecendo assistência humanizada que valorize verdadeiramente e efetivamente a mulher de modo integral (PENNA et al., 2008).

Conforme Cordova (2008) a qualidade da assistência pré-natal é fragmentada e o atendimento ainda é medicalizado e biologicista, cabendo aos gestores e profissionais de saúde ações que aumentem a adesão às normas/rotinas dos programas de atenção pré-natal e propiciem melhor utilização do pré-natal pelas pacientes. Ainda há necessidade de contínuas avaliações e novas intervenções, objetivando melhorar a qualidade dessa atenção, priorizando as regiões Norte e Nordeste (COUTINHO, et al., 2003; SERRUYA et al., 2004, b; SERRUYA et al., 2004, c; SILVEIRA et al., 2001). A ampliação dos serviços de acompanhamento pré-natal ainda se constitui num desafio real e importante (TELLES e BORGES, 2005).

Historicamente, as relações entre ciência médica e corpo feminino são conflitantes, já que existem relações de poder, opressão e controle político sobre as mulheres. Contudo, as reações contra a opressão e a exploração das mulheres vêm repercutindo na geração de novas propostas e práticas de saúde que convergem para uma mudança no modelo assistencial existente, englobando novos aspectos como a humanizações na assistência à saúde da mulher (BARBOSA, 2006).

O documento Princípios e Diretrizes para a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher-2004-2007 organizado pelo Ministério da Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas/Área Técnica de Saúde da Mulher, em consonância com a integralidade e a promoção da saúde. O documento também contempla a humanização, a qualidade da atenção à saúde integral e o bem-estar mediante a melhora na assistência obstétrica, planejamento familiar, abortamento, combate à violência doméstica sexual, agrega a prevenção e o tratamento das DST, atenção as mulheres com HIV/AIDS, doenças crônico-

degenerativas e câncer ginecológico, objetivando promover o reconhecimento e o respeito aos direitos humanos das mulheres (com avanços na área de gênero, direitos sexuais e reprodutivos). É uma política renovadora, pois amplia as ações, pois além de atender a demanda urbana abrange as trabalhadoras rurais, mulheres negras, na menopausa e idosas, portadoras de deficiências, lésbicas, indígenas e presidiárias, grupos culturalmente marginalizados pela sociedade, levando em consideração as necessidades e especificidades dos diferentes municípios brasileiros (BRASIL, 2004).

1.4.4 Vulnerabilidade e Integralidade

No Brasil e no mundo, estão se inserindo na pauta de debates novos temas no campo da saúde, como a promoção da saúde, saúde da família, vigilância em saúde e vulnerabilidade, dentre outros. Isso resulta na reflexão de que a concreta efetivação e o desenvolvimento desses novos discursos dependem de transformações na maneira de pensar e realizar as práticas de saúde (AYRES, 2004).

Segundo alguns autores, a vulnerabilidade é uma palavra de origem latina que significa “ferida”, sendo muito utilizada atualmente, estando cada dia mais presente no discurso bioético. Ela é entendida como uma condição inerente à existência do ser, na medida em que ele experimenta o próprio limite da condição humana (NEVES, 2006; VON ZUBEN, 2007).

Meyer et al. (2006) argumentam que é relativamente recente a formulação de conceitos sobre vulnerabilidade na área de saúde e coadunam com a vontade de superar as ações preventivas apoiadas no conceito de risco. Ainda referem que a vulnerabilidade pode ser individual e/ou coletiva, distintas pelo reconhecimento de três componentes interligados: o individual, o social e o institucional, despertando questionamentos, como vulnerabilidade de quem? A quê? E em que circunstâncias ou condições?

A população feminina, por muito tempo foi, e continua sendo, reduzida ao segundo plano, diminuída como ser humano em várias partes do mundo. Constitui

um grupo social bastante vulnerável (pelo menos em três dimensões, social, econômica e de gênero), que procura por atendimento e serviço de saúde qualificado que consigam absorvê-las de forma integral e humanizada e garantam sua vida reprodutiva em todas as etapas do seu ciclo vital (ANJOS e SIQUEIRA, 2007; BORGES e ATIÊ, 1989; BRASIL, 2001, DESLANDES, 2006).

Outrossim, para a mulher que geralmente procura os serviços do SUS, a condição de vulnerabilidade é ainda reforçada durante o período gestacional, momento que inspira maiores cuidados na assistência pré-natal. Também porque a maior parte delas vem de uma situação social inferior, carentes de quase tudo, de boa educação, renda, moradia adequada, dentre outros fatores que podem ameaçar seu bem-estar (BORGES e ATIÊ, 1989; DESLANDES, 2006; SCHARAMM e BRAZZ, 2005). Assim sendo, para os profissionais e serviços de saúde, a tarefa de integralizar a assistência na saúde da mulher durante o pré-natal tem sido difícil de atingir, devido ao modelo biomédico herdado da academia e dos vários obstáculos que o sistema ainda precisa enfrentar (FURTADO, 2006).

A integralidade forma o conjunto de princípios doutrinários que norteiam o SUS, sendo responsabilidade dos três entes federados, compreendendo na prática que toda pessoa é indivisível e pertence a uma comunidade. Por isso o atendimento de saúde oferecido à população brasileira não deve ser dividido, compartimentalizado, e sim, ser capaz de agregar percepção e assistência ao ser humano de modo integral, vendo seu lado biológico, psicológico e social (PEREIRA et al., 2005).

Na assistência à mulher, esse princípio deve ser reforçado devido à vulnerabilidade tão peculiar desse grupo social, situação já explicitada anteriormente no texto, e em especial na assistência à gestante. Nesse contexto específico, o serviço e os profissionais de saúde estão absorvendo uma clientela diferenciada, pois além de atender a mãe, simultaneamente olham um ser humano ainda intra-uterino, estando os dois interligados de maneira fisiológica, psicológica e afetiva por um fenômeno da vida inerente à condição humana, a reprodução (DESLANDES, 2006; SCHRAMM, 2005).

1.5 Metodologia

1.5.1 Caracterização da Pesquisa.

O município de São Leopoldo, criado em 1846, localizado na região do Vale do Rio dos Sinos, tem uma população de 210.145 habitantes, Índice de Desenvolvimento Humano (2000) de 0,81, Índice de Exclusão Social (2000) de 0,60 e analfabetismo (2003) de 16,95%. Possui sete postos de saúde e vinte e dois centros de saúde/unidade básica. Possui uma população feminina de 108.043 mil da qual 2.846 mil são mulheres em idade fértil, ou seja, na faixa etária entre 10 e 49 anos. Até 2008, os índices de mortalidade específicas da mulher foram de 11,42% por diabetes mellitus, 9,04% de neoplasia maligna da mama, 4,28% de causas externas (homicídios, suicídios e agressões), 2,86% de neoplasia maligna de colo de útero e 1,43% por hipertensão (DATASUS, 2010).

Trata-se de uma pesquisa qualitativa do tipo descritiva. Esse tipo de abordagem evita números, trabalha com interpretações de realidades sociais. Seu objetivo é explorar espectro de opiniões, diferentes representações sobre um determinado fato, e entender as diversas posições tomadas por indivíduos sociais (BAUER et al., 2002). A pesquisa qualitativa se encarrega de tentar responder às questões que na realidade não podem ser quantificados, por trabalhar no universo dos significados partilhados entre semelhantes (TOBAR e YALOUR, 2001).

O êxito do SUS e suas políticas dependem da mudança de modelo de assistência. Para essa mudança acontecer, são importantes as pesquisas de como as pessoas percebem os serviços oferecidos. Essa pesquisa pretende avaliar as ações de pré-natal.

1.5.2 Grupo de Estudo

A amostra do estudo será composta por puérperas que realizam pré-natal no Posto de Saúde Materno-Infantil, São Leopoldo - RS. A escolha desses sujeitos, dos processos e atividades envolvidos na assistência pré-natal ocorrem por considerá-lo como um bom indicativo de qualidade em saúde decorrente de sua ampla

distribuição nacional e da importância que este serviço adquire na totalidade da atenção básica. Esse atendimento engloba muitas ações, como oferta mínima e obrigatória, ampla distribuição nacional, exigência de disponibilidade de equipe multiprofissional de saúde, exames laboratórios, agendamento de consultas, instalações e instrumental adequados. Além disso, a cobertura do pré-natal é considerado um dos principais indicadores do Pacto da Atenção Básica do SUS (RIBEIRO et al., 2004), pois na gravidez de mães adolescentes é sentida sua resposta positiva à prematuridade e baixo peso ao nascer a criança (GAMA et al., 2002).

A seleção das integrantes do estudo dar-se-á mediante critérios: mulheres inscritas no pré-natal (no último trimestre de gravidez) com diagnóstico confirmado através de exame clínico e laboratorial, com idade superior a dezenove anos devido a gravidez na adolescência ser outra temática em particular de acordo com Brasil (2005), residentes no município de São Leopoldo-RS e alfabetizadas que serão acompanhadas até o puerpério. Serão entrevistadas cerca de doze puérperas que realizaram pré-natal.

O Posto de Saúde Materno-Infantil de São Leopoldo-RS foi escolhido por ser uma oferta de cuidados durante o pré-natal para unidades existentes no município, além das atividades realizadas pelo Programa de Saúde da Família.

1.5.3 Local e Período

As entrevistas com as usuárias da assistência pré-natal do Posto de Saúde Materno Infantil em São Leopoldo-RS, a captação das puérperas será na unidade básica e as entrevistas realizadas no pós-parto, no local de preferência das participantes que aceitarem fazer parte do estudo.

1.5.4 Produção de Dados: instrumentos

Serão realizadas entrevistas sem-estruturadas gravadas e pré-agendadas pelo próprio pesquisador. Terão um roteiro de entrevista (Anexo 01) no qual buscarei

contemplar questões relacionadas à percepção do pré-natal e à preparação para o parto, além dos sujeitos envolvidos.

As entrevistas são diálogos orais entre duas pessoas (o interlocutor e o entrevistado), uma interação e troca de pensamentos e significados da realidade explorada (GASKELL, 2002, GIL, 2008). Fornecem dados básicos para o desenvolvimento e a compreensão das relações dos seguimentos sociais e seu contexto; as entrevistas têm o objetivo de produzir um entendimento mais apurado sobre crenças, ações, valores e motivações, em relação aos comportamentos das pessoas em contextos sociais (GASKELL, 2002).

1.5.5 Instrumentos de Análise de Dados

O maior objetivo da análise é procurar significados e compreensões. O que realmente foi falado constitui os dados, porém a análise deve ir além da aceitação deste valor aparente (BAUER e GASKELL, 2002).

A interpretação do material dar-se-á por meio da análise de conteúdo. A análise de conteúdo aparece como um conjunto de técnicas de análise das comunicações que utiliza procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição de conteúdo das mensagens (Bardin 1977).

A análise de conteúdo é dividida em três fases: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação. De acordo com Bardin (1977) a primeira compreende a fase de organização, sistematizando as ideias iniciais, estabelecendo um programa que pode ser flexível, ou seja, que permita a introdução de novos procedimentos durante a análise. Nesta fase, são escolhidos os documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Após essa etapa, inicia-se a análise propriamente dita que consiste na administração sistemática das decisões tomadas. A fase da exploração do material consiste de operações de codificação, desconto ou enumeração, em função de regras previamente formuladas. A última fase da análise de conteúdo compreende o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação. Com base

nos resultados, podem-se propor inferências e adiantar interpretações a propósito dos objetivos previstos ou de descobertas inesperadas (BARDIN, 1977).

Os resultados serão caracterizados na discussão do artigo sob a ótica da literatura científica que aborda as questões referentes à integralidade e ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

1.5.6 Aspectos Éticos

Após aprovação da banca examinadora esse projeto será enviado ao Comitê de Ética da Universidade do Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS para ser submetido à avaliação.

A pesquisa será iniciada pela identificação dos indivíduos que se enquadraram nos critérios estabelecidos na metodologia. Com cada integrante será feita a leitura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Anexo 02). Esse instrumento foi elaborado com base na resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde (BARCHIFONTAINE, 2007; BRASIL, 2009).

Após o aceite de cada indivíduo em particular deste estudo, ele assinará o Termo de Consentimento Livre Esclarecido em duas vias. Uma permanecerá com o pesquisador e a outra será entregue para o participante da pesquisa. No documento constará o telefone de contato do pesquisador e todas as informações sobre a pesquisa de forma clara e de fácil compreensão.

As entrevistas semiestruturadas serão gravadas digitalmente e transcritas posteriormente na íntegra. A gravação se dará mediante consentimento das participantes. Estas fitas serão identificadas com letras em ordem alfabética. O pesquisador guardará este material resguardando a privacidade e confidencialidade do conteúdo, sendo as informações usadas, para a pesquisa em questão, produção e divulgação de conhecimento. Será garantido o anonimato dos entrevistados.

1.6 Resultados Esperados

Sabe-se que as pesquisas devem explorar mais a percepção dos usuários sobre o sistema, suas políticas efetivadas por meio de programas através da assistência oferecida pelos profissionais de saúde em especial na atenção primária.

Diante desse argumento, a presente pesquisa se direcionou a identificar a percepção das mães sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal de uma unidade básica de saúde do SUS com a intenção de averiguar se os dados estão em conformidade com os já encontrados na literatura que discute a assistência pré-natal sobre a ótica de relatos dos profissionais e gestores de saúde.

Conseqüentemente essa pesquisa acrescenta à literatura mais uma visão, aquela de quem está do outro lado do sistema, de quem recebe a assistência. Seu produto também pode reforçar a importância do profissional na programação em saúde e principalmente desenvolver a autonomia dessa população de mulheres.

1.8 Orçamento

1.8.1: Material de Consumo

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Papel A4 com 500 folhas	03 pacotes	13,00	39,00
Cartucho impressora jato de tinta	03 unidades	100,00	300,00
Canetas	05 unidades	4,00	20,00
			140,00
Caderneta de campo	01	5,00	5,00
CDs	10	2,50	25,00
Subtotal		124,50	389,00

1.8.2 Material Permanente

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Gravador portátil	01	350,00	350,00
Subtotal		350,00	350,00

1.8.3 Serviços de Terceiros

DISCRIMINAÇÃO	QUANTIDADE	VALOR UNITÁRIO (R\$)	VALOR TOTAL (R\$)
Internet	18 meses	100,00	1.800,00
Material COMUT	20 artigos	10,00	200,00
Xerox	2.000 cópias	0,13	260,00
Encadernação	10 unidades	6,50	65,00
Despesas com Correios			100,00
Despesas com passagens			100,00
Subtotal			2.525,00

Total do Projeto: 3.264,00

OBS: A pesquisa será custeada com recursos do próprio pesquisador no primeiro ano e no segundo com apoio da FAPEPI, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Piauí.

1.9 Referências

AKERMAN, M.; RIGHI, L. B.; PASCHE, D. F.; TRUFELLI, D.; LOPES, O. R. Saúde e desenvolvimento: que conexões? In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M.;(org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 111-35, cap. 4.

ALENCAR, N. G.; GOMES, L. C. Avaliação da assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma unidade com programa de saúde da família. *Saúde Coletiva*, São Paulo, 04(19): 13-17, 2008.

ANJOS, M. F.; SIQUEIRA, J. E. *Bioética no Brasil: tendências e perspectivas*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, 8(14): 73-92, 2004.

BARBOSA, R. H. S. Humanização da assistência à saúde das mulheres: uma abordagem crítica de gênero. In: DESLANDES, S. F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 323-50, cap.13.

BAUER, M. W.; GASKELL, G. Para uma prestação de contas pública: além da amostra, da fidedignidade e da validade. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002, p. 470-90, cap. 19.

BAUER, M. W.; GASKELL, G.; ALLUM, N. C. Qualidade, quantidade e interesses do conhecimento. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p.17-36, cap. 1.

BARDIN, L. *Análise de conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 1977.

BARCHIFONTAINE, C. P. Vulnerabilidade e cuidados. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Ideias e Letras; São Paulo: Centro São Camilo, 2007. p. 77-92, cap. 5.

BARROS, F.C.; VITORIA, C. G.; TOMASI, E.; HORTA, B.; MENEZES, A. M.; CESAR, J. A.; HALPERN, R.; OLINTO, M. T.; POST, C. L.; COSTA, J. S. D.; MENEZES, F. S.; GARCIA, M. D. M.; VAUGHAM, J. P. Saúde materno-infantil em Pelotas, Rio Grande do Sul, Brasil: principais conclusões da comparação dos estudos das coortes de 1982 e 1983. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 1996. p. 87-92, 12(Supl 1).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada á mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. *2004 ano da mulher*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. 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: Ministério da Saúde. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, Caderno n. 5, 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *SUS: avanços e desafios*. Brasília : CONASS, 2006.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Sistema Único de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007, a. (Progestores: Para entender a gestão do SUS, 1),

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Conselho Nacional de Secretários de Saúde*. Brasília: CONASS, 2007, b.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. *Legislação Estruturante do SUS*. Brasília: CONASS, 2007, c. (Progestores: Para entender a gestão do SUS, 12).

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia. Avaliação nacional do Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 42(2): 383-7, 2008, a (Informes Técnicos Institucionais)

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/1996/Reso196.doc>>. Acesso em: 25 mar. 2009.

BORGES, S. M. N.; ATIÊ, E. Vida de mulher: estratégias de sobrevivência no cotidiano. In: COSTA, N. R.; RAMOS, C. L.; MINAYO, M. C. S; STOTZ, E. N. (org.). *Demandas populares, políticas públicas e saúde*. Rio de Janeiro: Vozes, 1989. p, 165-84, cap. 6, v. II.

BODSTEIN, R. Atenção básica na agenda da saúde. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 7(3): 401-12, 2002.

BOGO, D.; FERRETO, L. E.; FELIPPI, L.; AMARAL, G. C.; CAMPOS, F. R. Gravidez na adolescência: uma percepção das gestantes de Francisco Beltrão-PR. In: FERRETO, L. E. (org.). *Abordagens , prática e reflexões em saúde coletiva*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2006.

CANTERLE, N. M. G. Uma abordagem da qualidade aplicada em serviços de saúde. In: FERRETO, L. E. (org.). *Abordagens , prática e reflexões em saúde coletiva*. Francisco Beltrão: UNIOESTE, 2006.

CAMPOS, G.W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1997.

CAMPOS, G. W. S. Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006, p. 41-80, cap 2.

CAMPOS, G. W. S. Reforma política e sanitária: a sustentabilidade do SUS em questão? *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 12(2): 301-6, 2007.

CÉSAR, J. A.; MATIJASEVICH, A.; SANTOS, I. S.; BARROS, A. J. D. ; COSTA, J. S. D.; BARROS, F. C.; VICTORA, C.G. The use of maternal and child health services in three population-based cohorts in Southern Brazil, 1982-2004. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(Sup 3): 427-36, 2008.

CONILL, E. M. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção Primária à Saúde: desafios para a organização de serviços básicos e da Estratégia Saúde da Família em centros urbanos no Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 24(Sup 1): 7-27, 2008.

CORDOVA, F. P. *Do pré-natal ao parto: estudo das trajetórias terapêuticas percorrida por um grupo de mulheres usuárias do subsetor suplementar de assistência à saúde*. 2008. 110 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, [2008].

CORREIA, L. L.; MCAULIFFE, J. F. Saúde materno-infantil. In: Epidemiologia e saúde. ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 375-40, 4cap. 16.

COSTA, J. S. D.; MADEIRA, A. C. C.; LUZ, R. M.; BRITTO, M. A. P. Auditoria médica: programa de pré-natal em posto de saúde na Região Sul do Brasil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 34(4): 329-36, 2000.

COUTINHO, T.; TEIXEIRA, M. T. B.; DAIN, S.; SAYD, J. D.; COUTINHO L. M. Adequação do processo de assistência pré-natal entre as usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora - MG. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, 25(10): 717-24, 2003.

CUNHA, G. T. *A construção da clínica ampliada na atenção básica*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005.

DATASUS. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em: 05 fev. 2010.

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

DIAS, M. A. B.; DESLANDES, S. F. Humanização da assistência ao parto no serviço público: reflexão sobre desafios profissionais nos caminhos de sua implementação. In: DESLANDES, S. F. *Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006. p. 351-70, cap.14.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. Assistência pré-natal no programa saúde da família. Escola Anna Nery: *Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro, 10(1): 121-5, 2006.

ESCOREL, S. *Reviravolta na saúde: origem e articulação do movimento sanitário*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

FARIAS, L. M.; MARQUES, M. C.; LEIPELT, R. B.; SANTOS, U. E. L.; SOUZA, V. L.; CASTRO, J. D. Acolhimento: princípios, meios e fins: o uso da ferramenta do acolhimento como instrumento para a prática integral, eqüitativa, universal e humanizada em saúde. In: CASTRO, J. D.; MEDEIROS, J. E. *Sementes do SUS*. Porto Alegre: Pallotti, 2006 p. 123-42. cap. 11.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 9. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1990.

FURTADO, J. P. Avaliação de programas e serviços. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 715-40. cap. 22.

GAMA, S. D.; SZWARCOWALD, C. L.; LEAL, M. C. Experiência de gravidez na adolescência, fatores associados e resultados perinatais entre puérperas de baixa renda. *Caderno de saúde pública*, Rio de Janeiro, 18(1):153-61, 2002.

GASKEL, G. Entrevistas individuais e grupais. In: BAUER, M. W.; GASKELL, G. *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som: um manual prático*. Rio de Janeiro: Vozes, 2002. p. 64-89, cap. 3,

GIL, A. C. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2008.

HANDLER, A.; ROSENBERG, D.; RAUBE, K.; LYONS, S. Satisfaction and use of prenatal care: their relationship among African-American women in a large managed care organization. *BIRTH*, New York, 30:1, 23-30, 2003.

JUNGES, J. R. Vulnerabilidade e saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007. p. 110-35, cap. 7.

LANDERDAHL, M. C.; RESSEL, L. B.; MARTINS, F. B.; CABRAL, F. B.; GONÇALVES, M. O. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. *Escola Anna Nery: Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, 11(1): 105–11, 2007.

LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.; CUNHA, C. B. Desigualdades raciais, sociodemográficas e na assistência ao pré-natal e ao parto, 1999-2001. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, 39(1): 100-07, 2005.

MADUREIRA, P. R.; CAPITANI, E. M.; CAMPOS, G. W. S. Avaliação da qualidade da atenção à saúde na rede básica. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 5(1): 45-59, 1989.

MARCON, S. S. “Flashes” de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, 5(4): 43-54, 1997.

MALDONADO, M. T. *Psicologia da gravidez: parto e puerpério*. São Paulo: Saraiva, 1997.

MERIGHI, M. A. B.; GUALDA, D. M. R. Anatomia de uma conciliação: a enfermeira obstetra e as tendências de assistência à mulher no processo de nascimento. *Revista Diagnóstico e Tratamento*, São Paulo, 7(2): 6-10, 2002.

MELO, E. C. P.; CUNHA, F. T. S.; TONINI, T. Políticas de saúde pública. In: FIGUEIREDO, N. M. A. *Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública*. São Paulo: Yendis, 2005. p. 47–72, cap. 4.

MEYER, D. E. E.; MELLO, D. F.; VALADÃO, M. M.; AYRES, J. R. C. M. “Você aprende. A gente ensina?” Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 22(6): 1335-342, 2006.

MINAYO, M.C.S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 7. ed. Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

MOURA, E. R. F.; HOLANDA JR, F.; RODRIGUES, M. S. P. Avaliação da assistência pré-natal oferecida em uma microrregião de saúde do Ceará, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 19(6): 1791-9, 2003.

NEVES, M. P. Sentidos da vulnerabilidade: característica, condição, princípio. *Revista Brasileira de Bioética*, Brasília. 2(2): 157-72, 2006.

NUNES, E. D. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M.(org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 19-40, cap. 1.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Informe sobre la salud en el mundo 2003: Forjemos el futuro*. Ginebra, 2003.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. Rio de Janeiro: MEDSI, 1999. p. 473-88, cap. 20.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade, 2000.

PENNA, L. H. G.; CARINHANHA, J. I.; RODRIGUES, R. F. Consulta pre-natal colectiva: una nueva propuesta para la atención integral. *Revista Latino-americana de Enfermagem*, São Paulo, 16(1), 2008.

PEREIRA, A. L.; MELO, E. C. P.; AMORIM, W. M.; TONINI, T.; FIGUEIREDO, N. M. A. Programas de atenção à saúde. In: Figueiredo, N. M. A. *Práticas de enfermagem: ensinando a cuidar em saúde pública*. São Paulo: Yendis, 2005. p. 255 – 338, cap. 10.

PEREIRA, L. L.; LIMA, A. A. F.; LORENCETTE, D. A. C.; WERNET, M.; GUERRA, G. M. Humanização: aspectos conceituais e históricos da enfermagem brasileira. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007.p. 93-109, cap. 6.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: _____. *Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde*. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006. p.11-26, cap. 2.

RAPOSO, K. C. S.; ASTONI, S. A. F. A mulher em dois tempos: a construção do discurso feminino nas revistas dos anos 50 e na atualidade. *Cadernos Camilliani*, Espírito Santo, 8(2): 31-46, 2007.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; PINTO, L. F. S.; SILVA, P. L. B. Atenção ao pré – natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2): 534–45, 2004.

SCHIRMER, Janine et al. *Assistência pré–natal: manual técnico*. 3. ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde; Ministério da Saúde, 2000.

SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

SILVEIRA, D. S.; SANTOS, I. S.; COSTA, J. S. D. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(1): 131-39, 2001.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5): 1281-9, 2004, a.

SERRUYA, S. J.; LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. Avaliação preliminar do programa de humanização no pré-natal e nascimento no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, Rio de Janeiro, 26(7): 517-25, 2004, b.

_____. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, Recife, 4(3): 269-279, 2004c.

TEIXEIRA, C.F. Promoção e vigilância da saúde no contexto da regionalização da assistência à saúde no SUS. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(Supl): 153-62, 2002.

TELLES, J. L.; BORGES, A. P. A. Deontologia e assistência materno-infantil. In: SCHRAMM, F. R.; BRAZ, M. (org.). *Bioética e saúde: novos tempos para mulheres e crianças?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. P. 67-80, cap. 3.

TOBAR, F.; YALOUR, M. R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e ideias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisas*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2001.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. *Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem*. Rio de Janeiro: UFRJ, Escola de Enfermagem Ana Nery, 1993.

VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O sistema único de saúde. In: CAMPOS, G. W. S.; MINAYO, M. C. S.; AKERMAN, M.; DRUMOND JÚNIOR, M.; CARVALHO, Y. M. (org.). *Tratado de saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-62, cap. 16.

VIANA, A. L.; DAL POZ, M. R. A reforma do sistema de saúde no Brasil e o programa de saúde da família. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 15(Supl): 225-64, 2005.

VON ZUBEN, N. A. Vulnerabilidade e decisão: tensão no pacto médico. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007. p. 61-76, cap. 4.

ZOBOLI, E.; FRACOLLI, L. A. Vulnerabilidade, bioética e a ação em enfermagem em saúde coletiva. In: BARCHIFONTAINE, C. P.; ZOBOLI, E. L. C. P. (org.). *Bioética, vulnerabilidade e saúde*. São Paulo: Ideias e Letras, 2007. p. 139-57, cap. 8.

NO MEIO DO CAMINHO

No meio do caminho tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
Tinha uma pedra
No meio do caminho tinha uma pedra.

Nunca me esquecerei desse acontecimento
Na vida de minhas retinas tão fatigadas.
Nunca me esquecerei que no meio do caminho
Tinha uma pedra
Tinha uma pedra no meio do caminho
No meio do caminho tinha uma pedra.

Carlos Drummond de Andrade

**UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA
LINHA DE PESQUISA – VULNERABILIDADE EM SAÚDE E BIOÉTICA**

RELATÓRIO DE CAMPO

**PERCEPÇÃO DE MULHERES GRÁVIDAS SOBRE A ATUAÇÃO DOS
PROFISSIONAIS DE SAÚDE NO PRÉ-NATAL: ATENÇÃO PRIMÁRIA**

Janaína Alvarenga Aragão

São Leopoldo
2010



UNIVERSIDADE VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS

PROGRAMA DE PÓS – GRADUAÇÃO

ÁREA DE CONCENTRAÇÃO SAÚDE COLETIVA

LINHA DE PESQUISA – VULNERABILIDADE EM SAÚDE E BIOÉTICA

Aluna: Janaína Alvarenga Aragão.

Local: Posto de Saúde Materno Infantil. Travessa Castro nº.: 135, Vila Baum. São Leopoldo-RS.

Período/Horário: final de maio, e de junho a agosto/2009, manhã (07h30, às 12h).

2 RELATÓRIO DE CAMPO

O relatório de campo é um excelente instrumento por meio do qual o pesquisador pode expressar muitos fatos ocorridos durante uma pesquisa. Portanto, nesta pesquisa foi utilizado para relatar fatos marcantes, decisivos e curiosos, vivenciados durante meu trabalho de campo, objetivando compilar e compreender sua relevância para o estudo proposto e para minha vida como pesquisadora, uma vez que é também um ótimo exercício de aprendizagem; além disso, cumpre-se mais uma etapa aprazada pelo cronograma presente no projeto de pesquisa, momento inicial dessa jornada. A fase de coleta de dados é fundamental, pois possibilitará o encontro de achados para construção final e futura defesa da dissertação, no PPG de Saúde Coletiva da Universidade de Vale do Rio dos Sinos - UNISINOS, intitulada: *Percepção de mulheres grávidas sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal: atenção primária*, que tem como objetivos:

- Geral:
 - Identificar a percepção das mães sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal de uma unidade básica de saúde.

- Específicos:

- Conhecer a percepção das mães sobre as orientações recebidas na unidade básica de saúde durante o pré-natal;

- Conhecer a percepção das mães sobre a preparação do parto orientado pelos profissionais de saúde.

A organização estética do relatório foi baseada nas dificuldades, observações diárias e reflexões particulares da pesquisadora, positivas e negativas, ajudando a pensar na pesquisa; na intenção de fazer emergir novos conhecimentos sobre a saúde das mulheres atendidas na rede básica do município de São Leopoldo - RS, em particular das populações de gestantes. O conteúdo está distribuído em tópicos: observações, reflexões e contribuições, dificuldades e desafios, considerações finais e referencias, para melhor compreensão e leitura textual.

2.1 Observações, Reflexões e Contribuições

Para contemplar as etapas propostas, explicitarei alguns dos acontecimentos que foram escritos diariamente em forma de nota no caderno de notas, logo após o término de cada dia de campo.

Para que o trabalho de campo pudesse ser realizado, o projeto de pesquisa foi enviado para o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS para avaliação. Ele foi aprovado em junho de 2009 por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 186/96. O trabalho de campo aconteceu no Posto de Saúde Materno Infantil, município de São Leopoldo – RS, abrangendo o finalzinho do mês de maio, alguns dias de junho e de julho até agosto de modo mais intensivo, quando inicialmente precisei afastar “algumas pedras encontradas no meio do caminho”.

De posse do Documento de Aprovação fornecido pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS e da Folha de Consentimento Livre Esclarecido de fato e de direito, começou realmente a coleta. Durante o mês de maio de 2009, enquanto aguardava aprovação do projeto de pesquisa, frequentei o Departamento de Saúde

da Mulher em dias selecionados pela professora Libana, de acordo com a minha disponibilidade, pois ainda cursava algumas disciplinas do mestrado.

O primeiro local para realizar o trabalho de campo foi o Departamento de Saúde da Mulher, serviço lotado no Centro de Saúde Centro, Rua Oswaldo Aranha, 779, Centro, São Leopoldo-RS, onde havia oferta de atendimento de ginecologia, obstetrícia, psicologia, nutrição, planejamento familiar, pré-natal de baixo e de alto risco, teste do pezinho, vacinação, etc. A escolha inicial foi sugerida pelas professoras Lucilda Selli (minha ex – orientadora) e Libana (docente do curso de Enfermagem/UNISINOS) e também mediada por elas. Com o apoio delas foi possível conhecer a unidade básica e todos os profissionais de saúde que lá trabalhavam.

Freqüentei o Departamento por alguns dias, ainda em novembro de 2008 para conhecer a unidade de saúde, mas quando retornei para realmente dar início ao trabalho de levantamento de dados, ao final da segunda quinzena de maio de 2009 aconteceu um fato inusitado, que me rendeu alguns dias de inquietação, mas para meu contentamento de possível solução. Como estava informando, o problema foi a desativação desse serviço, e para o mesmo local estava sendo proposta a implantação de outras atividades. Conversei com a professora Libana, que informou sobre a suspensão permanente das atividades assistenciais nesse local e orientou-me a procurar a autoridade municipal responsável pela saúde do município, para melhores esclarecimentos e meu encaminhamento a outra unidade básica de saúde.

Diante dessa circunstancia procurei na cidade um novo local de atendimento básico destinado ao público-alvo da minha pesquisa. Através de conversas com profissionais do próprio Departamento de Saúde da Mulher fui apresentada a outro serviço que também prestava assistência materno-infantil, portanto não foi preciso seguir até a Secretaria Municipal de Saúde.

No Posto de Saúde Materno-Infantil, identifiquei-me como mestranda em Saúde Coletiva pela UNISINOS. Explicando a situação e as necessidades da pesquisa à gerente da unidade, ela mesma estabeleceu contato com a Secretaria Municipal de Saúde de São Leopoldo, para verificar regras administrativas,

burocráticas e consultar sobre a possibilidade de deslocar a pesquisa do Departamento de Saúde da Mulher para o Posto de Saúde Materno-Infantil. Como a pesquisa já havia sido apreciada pela secretaria, logo foi concedida a permissão.

Já estávamos no final de maio, assim que em junho de 2009 iniciei os trabalhos, mês no qual recebi o Termo de Consentimento Livre Esclarecido do Comitê de Ética em Pesquisa da UNISINOS. Entretanto, junho de 2009 não foi um mês muito bom, pois, além de estar cursando o finalzinho do primeiro semestre letivo (2009/1), precisei providenciar um gravador de voz digital. Por esses motivos não frequentei o serviço de saúde diariamente.

Comecei a visitar o posto de saúde todos os dias da semana no turno da manhã (7h30 às 12h) a partir de julho de 2009, pois o atendimento realizado com as gestantes se concentrava nesse horário. O encerramento das atividades de campo ocorreu no final de agosto de 2009.

O Posto de Saúde Materno-Infantil está localizado na Travessa Castro nº. 135, Vila Baum, São Leopoldo-RS. Recentemente, ele passou por uma reforma nas suas instalações, sendo reinaugurado em 2008. Atualmente sua estrutura física possui um único pavimento térreo, dividido em cinco salas para atendimentos de clínica geral, nutrição - dietética, pediatria, obstetrícia (sala obstétrica com antessala adjunta); sala administrativa, de vacina, outra de ambulatório, sala de espera anexa a de marcação de consultas, uma de utilidades, almoxarifado, quatro banheiros (um com adaptação para portadores de deficiência física e com fraldário) e a cozinha.

Inicialmente, foi realizado um diagnóstico local, de estrutura física (já descrita), apresentação e conhecimento dos funcionários, seguida pela demanda e tipos de serviços oferecidos. A unidade básica funciona de segunda a sexta-feira, nos turnos manhã e tarde. A equipe é formada por doze profissionais de saúde (nutricionistas, obstetras, pediatras, técnicos de enfermagem, clínico geral) e dois de serviços gerais.

A permissão de acesso aos registrados da unidade permitiu de maneira fácil averiguar a demanda absorvida, a organização e o compromisso de seus

funcionários. E as informações fornecidas facilitaram o acompanhamento de agendamento de consultas e demais cuidados para tornar o atendimento em saúde o mais agradável e natural possível, já que para a maioria das pessoas é difícil a condição do estar doente, caracterizado pelo estado momentâneo de desconforto. Na unidade, para a área de interesse da pesquisa, é realizada uma média mensal de 160 atendimentos de pré-natal.

Após esse período, eu passei a manter um diálogo mais aproximado com as gestantes na antessala, onde ficavam aguardando a vez da consulta com o médico. A maior parte delas pertence a um nível socioeconômico baixo, o que pôde ser constatado pelo vestuário, pela expressão da fala, a maioria com escolaridade até primeiro grau.

Esse momento era importante, porque se caracterizava numa grande oportunidade de aproximação entre o pesquisador e o grupo pesquisado, ficávamos sentadas em dois bancos de madeira que podiam acomodar ao todo cerca de oito pessoas. Nesse cenário, enquanto elas esperavam uma por uma entrar e sair da sala de consulta, eu permanecia entre elas com objetivo de conhecer e promover interação. Nessas manhãs “geladas”, sentada ao lado dessas mulheres, era possível participar dos diálogos construídos.

É importante destacar que sempre fiz questão de me apresentar como pesquisadora, para que todas soubessem meu motivo de estar ali. Mesmo na condição de pesquisadora, percebi que minha presença não causava inibição, pois desde o começo me sentava entre elas, por pensar que, com essa atitude, estaríamos no mesmo plano, falando de mulher para mulher, de igual para igual, de humano para humano. Dessa forma, consegui estabelecer uma relação de empatia e confiança, que permitiu escutar e, às vezes, esclarecer pequenas dúvidas e incertezas, bem como estimular seus questionamentos durante o atendimento pelo profissional de saúde.

A certeza de ter conseguido estabelecer um bom nível de relacionamento veio com alguns depoimentos partilhados entre mim, pesquisadora, e as pesquisadas durante as entrevistas realizadas no posto e nas conversas com gestantes que não

se enquadravam no perfil que a pesquisa desejava. Através das confissões espontâneas de algumas gestantes acerca da sua vida pessoal, pude constatar o bom nível de interação estabelecido.

2.2 Dificuldades e Desafios

Às 6h15min de uma manhã de segunda-feira/julho/2009, fui para a estação do trem da Rodoviária de Porto Alegre, para esperar pelo trem, que me levaria para o meu trabalho de campo. Sentia-me pesada, acredito que fosse devido às grossas vestimentas e os outros utensílios necessários para enfrentar um dia chuvoso no Rio Grande do Sul. Havia muita umidade no ar. As temperaturas eram baixas, e as ruas estavam cheias de poças d'água escuras. Todo cuidado era pouco com veículos pequenos e ônibus a fim de evitar um “banho de água suja”. Nesses dias, ficava pensando que talvez nunca me acostumassem a viver num lugar como esse, onde as mudanças climáticas acontecem bruscamente. Entretanto, sei que os gaúchos também teriam dificuldade em se adaptar no meu habitat natural, com chuvas escassas e temperaturas mais altas (meu saudoso Nordeste).

As principais dificuldades e desafios que vivi para realizar o trabalho de coleta de dados, foram:

- Dificuldades do deslocamento de Porto Alegre até a unidade de atendimento estudada em São Leopoldo por causa do horário das consultas (das 7h30, nas segundas, quartas e sextas-feiras; e um segundo horário a partir das 9h:30, de segundas a quintas-feiras) e do frio.
- Outro problema encontrado foi a deficiente procura por atendimento durante o puerpério (40 dias, contando a partir da data de nascimento da criança). Marcada a consulta, havia, na grande maioria das vezes, a ocorrência de faltas que levavam à remarcação já em datas posteriores ao tempo recomendado para uma consulta de revisão (40 dias pós-parto). O período de foco para a realização das entrevistas seria durante os 40 dias de puerpério. As funcionárias do posto disseram que acontece muito e quando algumas

delas voltam, já estão grávidas novamente, ou só procuram atendimento porque apresentaram algum problema obstétrico ou ginecológico.

- Durante as entrevistas no posto, fui muitas vezes interrompida pelos próprios funcionários, e alguns permaneciam por um tempo na sala durante a entrevista.
- Encontrar as casas da entrevistadas que preferiram realizar as entrevistas em casa.
- Outra circunstancia que gerou dificuldade foi o advento da pandemia da Gripe Influenza A H1N1, pois devido a esse fato muitas puérperas atrasaram suas consultas de puerpério, e as gestantes ficaram com medo de adquirir a doença durante o trajeto dentro dos transportes coletivos ou na própria unidade de atendimento de saúde (Posto de Saúde Materno Infantil).

2.3 Considerações Finais

Promovi um almoço simples de confraternização para os funcionários do posto onde fiz o trabalho de campo, que começou às 11h e terminou às 14hn. O cardápio eu mesma preparei: estrogonofe, arroz branco, saladinhas de folhas e sobremesa, inicialmente pensei em sorvete, mas como o dia estava muito frio fiz um musse de limão.

Um evento simples, simbólico, mas compensador. Tinha o objetivo de agradecer a hospitalidade e o bom traquejo de todas para me fazer sentir à vontade, e para consolidar os laços de amizade estabelecidos, foi por isso que eu mesma preparei o almoço. Depois da refeição, trocamos endereços de e-mails, pousamos para fotos, queria guardar alguns registros de imagem para a posteridade.

O que posso dizer? Meu trabalho de campo foi uma experiência muito agradável e cordial.

Porém para encerrar meu diário de campo no Posto de Saúde Materno-Infantil desejo trazer sugestões para corrigir alguns problemas verificados que dificultam o atendimento, com a intenção de melhorar a assistência oferecida por seus profissionais e também para os gestores de saúde:

- Organizar melhor os horários de atendimento do posto, distribuir durante o dia, pois o atendimento acontecia pela mais durante a manhã;
- Organizar o atendimento médico de forma que o profissional possa permanecer durante todo seu horário de trabalho agendado pelo serviço, para o qual foi contratado;
- Adicionar novos serviços de atendimento, como prevenção de câncer de colo uterino e mama, vacinação materna e infantil, já que o posto concentra a maior parte de seu atendimento em obstetrícia, pediatria e nutrição;
- Inserir pelo menos um profissional formado em enfermagem para coordenar os técnicos de enfermagem, demais profissionais, e gerir os problemas de ordem burocrática-administrativa;
- Colocar durante a semana reuniões pré-agendadas com gestantes e puérperas separadamente, para possibilitar a troca de experiências entre as usuárias, e dessas com os profissionais de saúde, pois isso promove atendimento integral e conseqüentemente mais humanizado.

A correção dessas dificuldades certamente ajudará o serviço a contemplar de modo mais adequado os princípios básicos do SUS, que são: a integralidade, universalidade e equidade.

2.4 Referências

ANDRADE, C. D. Disponível em < www.carlodrummonddeandrade.com.br>. Acesso em 3 out. 2009.

ORLANDO VIAN JR. Experiências vividas no planejamento de cursos instrumentais: percursos de transformação numa abordagem heurístico-fenomenológico-hermenêutica. *Revista Brasileira de Linguística Aplicada*, 8(2): 465–88, 2008.

SILVA, N. B. Dificuldades e avanços na implantação do SUS em Goiânia-Goiás no período de 1997 a 2004. Brasília: UnB, 2008. Dissertação (Mestrado em Política Social), Departamento de Serviço Social, Universidade de Brasília, 2008.

“... que outro é o desafio da Educação Popular, senão o de reverter, no mistério do saber coletivo, o sentido da palavra e o seu poder?”

Carlos Rodrigues Brandão

MANUSCRITO

ANEXOS

ANEXO 01 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade de Pesquisa e Pós-Graduação (UAP&PG)
Comitê de Ética em Pesquisa (CEP)

Versão março/2008

UNIDADE DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
RESOLUÇÃO 045/2009

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Vale do Rio dos Sinos – UNISINOS analisou o projeto:

Projeto: Nº CEP 09/039 **Versão do Projeto:** 03/06/2009 **Versão do TCLE:** 03/06/2009

Coordenadora:


Mestranda Janaína Alvarenga Aragão (PPG em Saúde Coletiva)

Título: Percepção de mulheres grávidas sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal: atenção primária.

Parecer: O projeto foi **APROVADO**, por estar adequado ética e metodologicamente, conforme os preceitos da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.

A pesquisadora deverá encaminhar relatório anual sobre o andamento do projeto, conforme o previsto na Resolução CNS 196/96, item VII.13, letra d. Somente poderão ser utilizados os Termos de Consentimento onde conste a aprovação do CEP/UNISINOS.

São Leopoldo, 03 de junho de 2009.


Prof. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti
Coordenadora Adjunta do CEP/UNISINOS

ANEXO 02 – Normas para manuscritos enviados à Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil.

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP

Rua dos Coelhoos, 300. Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br

Artigos Originais divulgam os resultados de pesquisas inéditas e permitem a reprodução destes resultados dentro das condições citadas no mesmo. Para os artigos originais recomenda-se seguir a estrutura convencional:

Introdução: onde se apresenta a relevância do tema, as hipóteses iniciais, a justificativa para a pesquisa e o objetivo, que deve ser claro e breve;

Métodos: descreve a população estudada, os critérios de seleção e exclusão da amostra, define as variáveis utilizadas e informa a maneira que permite a reprodutividade do estudo, em relação a procedimentos técnicos e instrumentos utilizados, além da análise estatística;

Resultados: são apresentados de forma concisa, clara e objetiva, em seqüência lógica e apoiados nas ilustrações: tabelas e figuras - gráficos, desenhos, fotografias;

Discussão: interpreta os resultados obtidos e verifica a compatibilidade entre estes resultados e os citados na literatura, ressaltando aspectos novos e importantes, vinculando as conclusões;

Conclusões: aos objetivos do estudo. Aceitam-se outros formatos, quando pertinente, de acordo com a natureza do trabalho. Os trabalhos deverão ter no máximo 25 páginas e recomenda-se citar até 30 referências bibliográficas.

Forma e preparação de manuscritos

Apresentação dos manuscritos

Os manuscritos encaminhados à Revista deverão ser digitados no programa Microsoft Word for Windows, em fonte Times New Roman, tamanho 12, em espaço duplo, impresso em duas vias, acompanhados por um CD-Rom; podem também, ser enviados via e-mail.

Por ocasião da submissão do manuscrito os autores devem declarar que o mesmo não foi publicado e não está sendo submetido a outro periódico, nem o será enquanto em processo de avaliação.

Estrutura do manuscrito

Página de identificação título do trabalho: em português ou no idioma do texto e em inglês, nome e endereço completo dos autores e respectivas instituições; indicação do autor responsável pela troca de correspondência; fontes de auxílio: citar o nome da agência financiadora e o tipo de auxílio recebido.

Página dos Resumos deverão ser elaborados dois resumos para os Artigos Originais, Notas de Pesquisa e Artigos de Revisão sendo um em português ou no idioma do texto e outro em inglês, o abstract. Os resumos dos Artigos Originais e Notas de Pesquisa deverão ter no máximo 250 palavras e devem ser estruturados: Objetivos, Métodos, Resultados, Conclusões. Nos Artigos de Revisão o formato narrativo dispensa o uso de resumo estruturado o qual deverá ter no máximo 150 palavras.

Palavras-chave para identificar o conteúdo dos trabalhos os resumos deverão ser acompanhados de três a dez palavras-chave em português e inglês. A Revista utiliza os *Descritores em Ciências da Saúde* (DECS) da Metodologia LILACS, e o seu correspondente em inglês o Medical Subject Headings (MESH) do MEDLINE, adequando os termos designados pelos autores a estes vocabulários.

Página das Ilustrações as tabelas e figuras (gráficos, desenhos, mapas, fotografias) deverão ser inseridas em páginas à parte.

Página da Legenda as legendas das ilustrações deverão seguir a numeração designada pelas tabelas e figuras, e inseridas em folha à parte.

Agradecimentos à colaboração de pessoas, ao auxílio técnico e ao apoio econômico e material, especificando a natureza do apoio.

Referências devem ser organizadas na ordem em que são citadas no texto e numeradas consecutivamente; não devem ultrapassar o número de 30 referências. A Revista adota as normas do Committee of Medical Journals Editors (Grupo de Vancouver), com algumas alterações; siga o formato dos exemplos:

Envio de manuscrito

Os trabalhos deverão ser encaminhados para:

Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil

Secretaria Executiva

Instituto Materno Infantil Prof. Fernando Figueira – IMIP

Rua dos Coelho, 300. Boa Vista

Recife, PE, Brasil CEP 50.070-550

Tel / Fax: +55 +81 2122.4141

E mail: revista@imip.org.br

Site: www.imip.org.br

APÊNDICES

APÊNDICE 01 - Roteiro de entrevista para avaliar a percepção de mulheres grávidas sobre a atuação dos profissionais de saúde no pré-natal: atenção primária.

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I - Dados sociodemográficos

Nome:

Idade:

Escolaridade:

Situação conjugal:

Nº de filhos:

Quem mora na casa:

II - Pré-natal:

Fez quantas consultas de pré-natal?

Como foi o acompanhamento?

Como foram as orientações?

Quem fez as orientações? Que profissionais?

Há quanto tempo que vem realizando o pré-natal?

Realizou pré-natal nas gestações anteriores?

Que temas eram tratados no pré-natal?

Que profissionais deveriam realizar o pré-natal?

III – Preparação para o parto

Que os tipos de temas (orientações) relacionados ao parto e pós-parto eram abordados durante as consultas de pré-natal?

O que gostaria de ter recebido como orientação? Faltou alguma orientação? O quê?

Nos outros partos, que as orientações recebidas no pré-natal foram as mais úteis?

IV – Sentimentos relacionados ao pré-natal

Como era sua relação com os profissionais?

Quanto à informação/orientação recebida, você entendia?

Como a informação/orientação era dada?

Em algum momento, você sentiu que não foi compreendida pelo profissional?

Com qual dos profissionais de saúde criou mais vínculo, afinidade? Por quê?

Considera que a realização do pré-natal tem ajudado durante sua gravidez? Há alguma diferença das gestações e dos acompanhamentos anteriores?

APÊNDICE 02 - Termo de consentimento livre esclarecido para assinatura das participantes que aceitaram participar da pesquisa.



UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS
Unidade Acadêmica de Pesquisa e Pós-Graduação
Comitê de Ética em Pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE

A aluna do Mestrado em Saúde Coletiva da UNISINOS, Janaína Alvarenga Aragão, sob orientação do Prof. Dr. José Roque Junges está desenvolvendo uma pesquisa sobre o acompanhamento pré-natal realizado por mulheres grávidas no Centro de Saúde Materno Infantil do município de São Leopoldo - RS.

O objetivo do estudo é identificar a percepção das mulheres grávidas sobre a prática dos profissionais da saúde durante o pré-natal, conhecendo como as gestantes percebem as orientações recebidas sobre o cuidado durante a gravidez e sobre a preparação do parto. O estudo pode ajudar a melhorar o atendimento dos profissionais durante o pré-natal.

As usuárias da assistência pré-natal serão convidadas a participar de entrevistas individuais realizadas pela própria pesquisadora para falar sobre o atendimento recebido. Serão escolhidas gestantes residentes em São Leopoldo, com mais de 19 anos e com mais de um parto e que estejam no último trimestre de gravidez. As entrevistas com as usuárias da assistência pré-natal serão feitas no Centro de Saúde Materno Infantil, terão data e horário previamente agendado. As falas serão gravadas, em fitas K-7, com a autorização da participante e depois transcritas. A análise de conteúdo será feita em três fases: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação.

A pesquisadora tomará todo cuidado para que o nome das mulheres que participam do estudo nunca apareça quando as informações da entrevista forem usadas. Essas informações serão utilizadas exclusivamente para atender os objetivos da pesquisa. A participante poderá retirar-se do estudo a qualquer momento, sem nenhum prejuízo para o seu tratamento. A entrevistada receberá todos os esclarecimentos necessários antes e durante o estudo. Os resultados da pesquisa serão publicados na forma de artigos científicos.

Para participar da pesquisa será necessária a assinatura desse Termo de Consentimento Livre Esclarecido, em duas vias, uma permanecerá com a pesquisadora e a outra será entregue para a entrevistada.

Nome da participante: _____

Assinatura da participante _____

Assinatura da pesquisadora _____

Mestranda: Janaína Alvarenga Aragão

Telefones de contato: residencial- 3013-1649

CEP - UNISINOS
VERSÃO APROVADA
Em: 04 / 06 / 2009
.....*Bene*.....

