



Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Mestrado em Saúde Pública

Roberta Lima Gonçalves

**Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo
no Cuidado Prestado a Gestante**

Recife

2009

ROBERTA LIMA GONÇALVES

Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

ORIENTADORA: Profa. Dra. Maria Rejane Ferreira da Silva

CO- ORIENTADORA: Alexsandra Xavier do Nascimento

Recife

2009

Catálogo na fonte: Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

G635p Gonçalves, Roberta Lima.

Práticas de integralidade: acolhimento e vínculo no cuidado prestado a gestante/ Roberta Lima Gonçalves. — Recife: R. L. Gonçalves, 2009.

87 f.: il.

Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz.

Orientadora: Maria Rejane Ferreira da Silva, Co-orientadora: Alexandra Xavier do Nascimento.

1. Acolhimento. 2. Cuidado Pré-Natal. 3. Bem-Estar Materno. I. Silva, Maria Rejane Ferreira da. II. Nascimento, Alexandra Xavier do. II. Título.

CDU 618.2

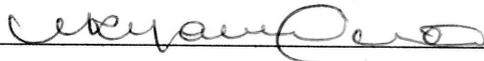
ROBERTA LIMA GONÇALVES

Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante

Aprovado em 05/11/2009

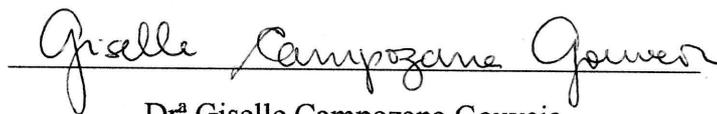
Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Saúde Pública do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

BANCA EXAMINADORA



Dr^a Maria Rejane Ferreira da Silva

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães (orientadora)



Dr^a Giselle Campozana Gouveia

Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães

Dr^a Eliane Maria Ribeiro Vasconcelos

Universidade Federal de Pernambuco
ROBERTA LIMA GONÇALVES

Dedico este trabalho a minha mãe
“Fátima” e a meu filho “Túlio”. A
primeira pela força e este, minha
luz.

AGRADECIMENTOS

À minha família pelo apoio, incentivo, torcida, presença e amor. Essa foi a “receita” para eu seguir em frente e conseguir concluir essa mais essa etapa.

À minha mãe por ter compartilhado comigo seus dias e noites oferecendo cuidados e carinho ao nosso pequeno Túlio. Sua força me motivou!

À minha orientadora Rejane que além da competência técnica foi muito **tolerante e paciente**. Enfim terminamos!

À minha co-orientadora Alexsandra, que mesmo pegando o “bonde andando”, solidariamente dispensou seu tempo contribuindo na concretização deste trabalho. Seus “recortes” foram fundamentais!

A todos da Secretaria Acadêmica e da Biblioteca do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, especialmente a Joselice e Nilda pela atenção e incentivo.

A todos os professores que contribuíram no Mestrado 2007 a 2009.

As professoras da FENSG/ UPE Sueli e Edilene.

A Clara, Jackeline e as amigas da enfermagem do CISAM/ UPE. Vocês sabem o quanto esse momento é importante.

As amigas de Nazaré da Mata.

As amigas de Campina Grande que sinto muitas saudades.

Minha gratidão a todos pelo incentivo e apoio. Compartilho com vocês esse momento!!

“Se um só ponto situado em um círculo pode ser origem de infinitas linhas, e se o limite das infinitas linhas que divergem de tal ponto constitui infinitos pontos que, somados, voltam a ser um, concluiremos que a parte é o todo”

Leonardo da Vinci

GONÇALVES, Roberta Lima. **Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante**. 2009. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

RESUMO

O acolhimento e o vínculo são atributos que permitem inferir a integralidade nas práticas dos profissionais de saúde e por isso, vêm sendo bastante estimulados nas políticas e programas de saúde, em busca de um atendimento de qualidade e humanizado. O objetivo desse estudo foi analisar as percepções dos profissionais de saúde e gestantes sobre integralidade da assistência, especialmente no que se refere aos atributos de acolhimento e vínculo. Trata-se de uma pesquisa qualitativa de natureza exploratória. Os dados foram obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas, realizadas com 29 profissionais e 10 gestantes de Unidades de Saúde da Família do Recife. A análise dos resultados deu-se após a identificação de unidades temáticas para análise de conteúdo, no qual, emergiram quatro categorias empíricas: Olhar e enxergar o todo ou as partes, responsabilização com acompanhamento pré-natal, percepções sobre o acolhimento e relação de afetividade como geradora de vínculo. Na maioria das entrevistas os profissionais de saúde demonstraram utilizar-se da escuta e do diálogo para acolher as necessidades das gestantes e oferecer-lhes resolutividade. Entretanto, em poucos discursos observou-se um cuidado fragmentado a gestante, valorizando apenas os aspectos biológicos. O vínculo foi associado à relação afetiva que é criada e firmada nos encontros entre profissional e gestante. Esta por sua vez, sente-se acolhida e valoriza essa relação, afirmando que se sente segura e confiante em compartilhar suas necessidades. Evidenciou-se que, embora haja por parte da maioria dos profissionais uma valorização dos aspectos relacionais no cuidado a gestante e o incentivo governamental para que ocorra o acolhimento e vínculo nas práticas de saúde, a adesão destes atributos ainda não é explorada em todo o seu potencial para favorecer a reorientação do modelo assistencial na direção da integralidade do cuidado a gestante.

Palavras chaves: Integralidade, acolhimento, vínculo, pré-natal

GONÇALVES, Roberta Lima. **Integrality Practise: Shelterig and Link in the Treatment for Pregnant Women.** 2009. Dissertation (Master of Public Health) – Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, 2009.

ABSTRACT

The sheltering and the link are attributes that allow us to infer the integrality in health professional practical. Those characteristics have been largely stimulated in the policy and programs in the health sector, looking for a service with quality, that is lead by humanitarians parameters. Besides, in Woman Health, specifically in the gestational period, we try, with sheltering and link, to support the woman's role rescue in her pregnancy and of the autonomy to decisions and choices. The aim of this study was to analyze the perceptions of the health professional that do a prenatal about the assistance integrality, especially in what concerns the sheltering and the link, as well as to analyze these attributes in the pregnant perspective. It is a qualitative research, of exploratory nature. The data were obtain by semistructured interview, made with 29 professionals and 10 pregnant of the Family Health Unity of Recife. The results analysis was made after the identification of the thematic unities. The results showed points of approaches in the narratives about the sheltering and link. The sheltering was often related to the welcoming, listening attitude of the professional, and also by offering solutions to the needs of the pregnant women; and few professionals know or have a different opinion. The link was associated with emotional relationship created and held in the meetings between professionals and pregnant women. As for the full care during antenatal care, the majority of the professionals use the prenatal time, to assist women in their needs; and few of these have a limited view of the term, which does not mean that it is not in the everyday life. We noticed, in most interviews, an appreciation of the relational aspects, specially sheltering, bond and accountability in the care of pregnant women.

Key words: Integrality, Commitment, bond, prenatal

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

ACS - AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE

CPqAM - CENTRO DE PESQUISAS AGGEU MAGALHÃES

DS – DISTRITO SANITÁRIO

ESF - ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

MM - MORTALIDADE MATERNA

PAISM - PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL A SAÚDE DA MULHER

PHPN - PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO

PNAISM - POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

PSF - PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA

RPA – REGIÃO POLÍTICO ADMINISTRATIVA

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

TCLE - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

USF – UNIDADE DE SAÚDE DA FAMÍLIA

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVOS	18
3 MARCO REFERENCIAL	19
3.1 Integralidade e alguns de seus atributos	19
3.2 O Programa de Saúde da Família na produção do cuidado na perspectiva da integralidade	22
3.2.1 Acolhimento e vínculo	25
3.3 Saúde da mulher: a busca pela integralidade	29
3.3.1 Importância do acolhimento e vínculo no cuidado a gestante	32
4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA	36
4.1 Desenho do estudo	36
4.2 Local do estudo	36
4.3 Sujeitos do estudo	37
4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados	37
4.5 Análise dos dados	38
4.6 Considerações éticas	39
5 RESULTADOS	40
5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa	40
5.2 Percepções de profissionais e gestantes: aproximações relativas ao acolhimento e vínculo	40
5.2.1 Percepções dos profissionais de saúde	42
5.2.1.1 Olhar e enxergar o todo ou as partes	42
5.2.1.2 Percepções sobre o acolhimento	43
5.2.1.3 Relação de afetividade como geradora de vínculo	47
5.2.1.4 Responsabilização com o acompanhamento pré-natal	48
5.2.2 Percepções das gestantes	49
5.2.2.1 Percepções sobre o acolhimento	49

5.2.2.2 Relação de afetividade como geradora de vínculo	51
6 DISCUSSÃO	53
6.1 Olhar as gestantes e enxergar o todo ou as partes	53
6.2 Percepções sobre o acolhimento	57
6.3 Relação de afetividade como geradora de vínculo	62
6.4 Responsabilização com o acompanhamento pré-natal	64
7 CONCLUSÃO	66
REFERÊNCIAS	69
APÊNDICES	81
APÊNDICE A - Entrevistas com os profissionais de saúde	82
APÊNDICE B - Entrevistas com as gestantes	83
APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	84
ANEXOS	86
ANEXO A – Autorização para realização da pesquisa	87
ANEXO B – Parecer do CEP/ CPqAM	88

APRESENTAÇÃO

Este estudo é resultado da minha inquietação com a temática do acolhimento e vínculo no cuidado a gestante, que permeou minha trajetória profissional desde a conclusão do Curso de Enfermagem e Obstetrícia pela Universidade Estadual da Paraíba.

As primeiras reflexões surgiram quando tive a oportunidade de atuar no cuidado a gestante como enfermeira por quatro anos na Estratégia Saúde da Família (2001 – 2004), onde pude compreender que a procura destas pelo serviço de saúde, representava além da busca por cuidados técnicos que garantisse um desfecho positivo da gestação para a mulher e para seu conceito. Mais que isto, significava uma busca para atender as necessidades e/ou sofrimentos relacionados a outros aspectos da vida delas.

Deste modo, essa situação vivenciada diariamente me fez perceber a fragilidade da minha formação acadêmica, no qual a abordagem dos aspectos subjetivos foi pouco valorizada.

Tentando então reverter esse despreparo que refletia nas minhas práticas, me aprofundei na leitura de livros voltados ao cuidado e procurei exercer meu trabalho abandonando atitudes prescritivas e adotando estratégias de cuidado compartilhadas com as gestantes, respeitando-as como seres psicossociais dotadas de valores, crenças e sentimentos.

Com isso passei a ter uma noção, ainda que muito incipiente, que a atitude de acolher e tentar criar/firmar vínculos com as gestantes, tem repercussão positiva na qualidade da assistência, pois favorecem a compreensão e respeito por parte do profissional da singularidade de valores que permeiam a vida de cada uma, cujas dimensões não se podem mensurar, mas que interferem no cuidado.

Apenas posteriormente nos anos de 2005 a 2007, através da Residência de Enfermagem em Saúde da Mulher, vivenciei nas práticas em serviço e nas discussões a humanização da assistência a gestante, cuja materialização converge para um cuidado integral com uma atitude por parte do profissional, que contemple os atributos do acolhimento e do vínculo em suas práticas.

Esses atributos, no entanto, embora muito discutidos e incentivados no setor saúde não se fazem presente por parte de alguns profissionais que assistem as gestantes. Desta forma, nega-se a esse grupo o direito constitucional a saúde de ter acesso a um cuidado integral.

Neste contexto, essas atividades vivenciadas e reflexões motivaram-me a enfocar neste estudo o acolhimento e vínculo nas práticas dos profissionais que realizam o pré-natal na atenção básica. Do mesmo modo, me interessei em compreender como as gestantes percebem essas práticas.

Este trabalho foi organizado em 07 capítulos: Introdução, objetivos, marco referencial, trajetória metodológica, resultados, discussão e por fim as considerações finais.

O capítulo 1 contemplou a introdução, que contextualiza de forma sucinta a questão da integralidade, do acolhimento e do vínculo, relacionando-os ao cuidado a gestante.

No capítulo 2, foram apresentados os objetivos.

O capítulo 3 contemplou o marco referencial, no qual foi feita uma abordagem sobre a integralidade enfocando o acolhimento e vínculo como forma de inferir-la e sua importância no cuidado a gestante. Ainda na perspectiva da integralidade, também se abordou a produção do cuidado no Programa de Saúde da Família.

No capítulo 4 apresentou-se a trajetória metodológica utilizada para o objeto do estudo, que se utilizou de pressupostos teóricos da pesquisa qualitativa. Neste capítulo, foram descritos o desenho, local e os sujeitos do estudo. Foram referidas também, as técnicas de coleta e análise dos dados. Por fim, este capítulo descreveu as considerações éticas adotadas no estudo.

O capítulo 5 foi apresentado os resultados do estudo, baseados nas categorias de análise que emergiram dos relatos dos sujeitos entrevistados.

No capítulo 6 realizou-se a discussão das categorias de análise, confrontando com o marco referencial, a fim de compreender as percepções e práticas dos profissionais sobre o acolhimento e vínculo, como também a percepção das gestantes sobre essas práticas.

Por fim, o capítulo 7 apresentou considerações gerais do estudo, pontuando a relevância do acolhimento e vínculo nas práticas dos profissionais que realizam assistência pré-natal, bem como para as gestantes.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a integralidade foi incorporada inicialmente como princípio do Sistema Único de Saúde (SUS). O termo apontava para superação das dicotomias históricas do sistema de saúde entre o preventivo e curativo, individual e coletivo, além da separação entre saúde pública e atenção médico-hospitalar (LEVICOVITZ, 1997).

No entanto, embora sejam reconhecidos inegáveis avanços dos mecanismos e estratégias adotadas pelo governo para a sua efetivação nesses últimos 20 anos, talvez a integralidade permaneça sendo um dos princípios do SUS com menos visualização na trajetória do sistema de saúde, bem como nas suas práticas (MATTOS, 2001).

Tal constatação tem motivado discussões em âmbito nacional sobre o potencial polissêmico da integralidade e de sua capacidade em favorecer mudanças nos modelos de atenção a saúde ainda muito evidente no Brasil, que se caracterizam por uma abordagem reducionista do usuário (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2004, 2005, 2007).

Neste contexto, as práticas dos profissionais de saúde têm sido consideradas de grande relevância nas discussões em busca pela integralidade do cuidado, onde características como o acolhimento e o vínculo, podem ser utilizadas para inferi-la na relação profissional x usuário (SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Desta forma, o Ministério da Saúde tem incentivado a adesão desses atributos através das políticas, dos programas, bem como nas práticas dos profissionais, para a reorganização do sistema de saúde e do modelo assistencial.

Dentre as estratégias utilizadas com esse propósito, destaca-se a implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) que foi planejado em torno da integralidade, a fim de oferecer respostas às necessidades de saúde da comunidade assistida (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

No entanto, apesar dos esforços do governo, com incentivos financeiros para adesão, implantação, manutenção de atividades oferecidas para o PSF, as respostas tem sido bastante diferenciadas no país, visto que, o programa tem única orientação macropolítica para todos os municípios e estes, apresentam realidades bem diferentes (SILVA JÚNIOR, 1998).

Além disso, embora o PSF incentive a integralidade nas práticas dos profissionais, não há como interferir nos fazeres cotidianos destes, o que de fato define o perfil da assistência (FRANCO; MERHY, 1999).

Por isso, a questão da integralidade permanece sendo um desafio para o SUS, pois a maneira como as práticas de saúde estão socialmente configuradas propiciam ou dificultam sua realização (MATTOS, 2001).

Deste modo, toda a organização do sistema de saúde vivencia a pouca visibilidade da integralidade, mas é a atenção à saúde da mulher a mais susceptível de críticas, devido à forma fragmentada com que as mesmas são abordadas nos serviços de saúde (GIFFIN, 1999) e por ser alvo de vários programas governamentais implementados verticalmente e sem articulação entre si, resultando em baixo impacto nos indicadores de saúde, especialmente no de Mortalidade Materna (MM).

Evidencia-se para este grupo uma atenção direcionada aos aspectos biológicos, desconsiderando as necessidades das mulheres relativas a outros aspectos (BRANDÃO, 2008). Esse desinteresse e falta de responsabilização pelas necessidades é uma característica comum nas práticas dos profissionais de saúde e são apontadas como características de insatisfação dos usuários (MERHY, 1997).

Tais práticas dos profissionais no modelo de atenção hegemônico agem de maneira objetiva, descomprometida e impessoal, desvalorizando as necessidades dos usuários de uma maneira geral (MERHY, 1997). Mesmo nos serviços de saúde que oferecem atenção obstétrica e que há várias décadas é prioridade nas políticas públicas e nas ações de saúde, percebe-se esse distanciamento do profissional com as usuárias (ROCHA, 2004).

Desta forma, estes fatos têm impulsionado a formulação e adoção de programas e políticas públicas de saúde, objetivando oferecer integralidade no cuidado à mulher, especificamente às gestantes. Para isso, adota-se a humanização como diretriz de trabalho, a fim de englobar nas práticas dos profissionais a valorização da cidadania do usuário, bem como atender a sua subjetividade e referências culturais (DESLANDES, 2004).

Assim, a proposta de humanização na saúde, tenta resgatar questões pendentes na atenção à gestante (PEDROSA, 2005), utilizando-se como ferramentas o acolhimento e vínculo em busca da qualidade da assistência (BRASIL, 2004 a).

Neste sentido, este estudo levanta as seguintes questões: Quais as percepções e práticas sobre acolhimento e vínculo dos profissionais de saúde que realizam o pré-natal? Quais as experiências das gestantes relacionadas às práticas de acolhimento e vínculo desenvolvidas no pré-natal? Que condições facilitam ou obstaculizam potencializar as práticas do acolhimento e do vínculo no acompanhamento pré-natal?

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Analisar as percepções dos profissionais de saúde e gestantes sobre integralidade da assistência, especialmente no que se refere aos atributos de acolhimento e vínculo.

2.2 Objetivos Específicos

- ✓ Descrever as percepções sobre a integralidade na perspectiva dos profissionais de saúde;
- ✓ Conhecer as percepções e práticas do acolhimento e vínculo dos profissionais de saúde que realizam o pré-natal;
- ✓ Descrever as experiências sobre o acolhimento e vínculo no pré-natal relatadas pelas gestantes e pelos profissionais com base na noção de integralidade;
- ✓ Identificar potencialidades e dificuldades no acompanhamento pré-natal no que concerne ao acolhimento e vínculo.

3 MARCO REFERENCIAL

3.1 Integralidade e alguns de seus atributos

Desde os anos 80, mais precisamente, após a promulgação da Constituição Federal de 1988, os cidadãos brasileiros conquistaram o direito à saúde que passou então a ser dever do Estado. A partir daí ocorreram importantes mudanças no sistema público de saúde brasileiro, que passou a ser denominado de Sistema Único de Saúde.

Tanto a Constituição Federal de 1988, quanto as Leis Orgânicas de Saúde 8.080/90 e 8.142/90 estabelecem para o SUS diretrizes organizacionais e princípios doutrinários para fundamentar sua efetivação. Dentre as diretrizes organizacionais estão: *Hierarquização* da rede de ações e serviços de acordo com os níveis de complexidade; a *Regionalização* de serviços voltados ao atendimento numa área geográfica e população definida; e a *Descentralização* do poder decisório distribuído nas esferas de governo (BRASIL, 1990 a).

No que se refere aos princípios doutrinários estão: a *Universalização* do acesso a todos os cidadãos; a *Equidade* na oferta de ações e serviços, baseados segundo as necessidades dos usuários; e a *Integralidade* na garantia de ações e serviços para todos os níveis de atenção essenciais para prestação de uma assistência de qualidade, bem como a observação holística do indivíduo priorizando as atividades de caráter preventivo, sem prejuízos à assistência (BRASIL, 1990 b).

No entanto, embora a integralidade seja um princípio norteador do SUS, seu conceito extrapola o arcabouço jurídico-institucional e por isso, vem sendo bastante debatida. Essa discussão envolve certas características do sistema de saúde, de suas instituições, bem como das práticas dos profissionais de saúde que se deseja ter e pelos quais, vale a pena lutar, pois relacionam-se com o ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária, sendo portanto, vista como uma prioridade para o SUS (PINHEIRO; MATTOS, 2001, 2004, 2005, 2007).

Por ser considerado um termo polissêmico com vários usos, a integralidade apresenta diversas possibilidades de compreensão e expressão de seus significados. Tais

características podem ser evidenciadas, na ação social resultante da interação democrática dos atores no cotidiano de suas práticas na oferta do cuidado de saúde, nos diferentes níveis de atenção do sistema (PINHEIRO, 2001; PINHEIRO; LUZ, 2007).

Assim, a integralidade representa um grande desafio em saúde, pois para sua efetivação, deve-se romper culturalmente com as formas cristalizadas de se entender e realizar ações técnicas, que conformam os padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição (SCHRAIBER; NEMES, 1999).

Cecílio (2001) enfatiza que a integralidade só poderá ser observada quando houver no encontro usuário X profissional, o compromisso e a preocupação deste, em oferecer resposta às necessidades de saúde trazidas pelo usuário que busca o serviço.

O mesmo autor ainda propõe conceituar tais necessidades de saúde em quatro grupos:

- ✓ Busca por boas condições de vida;
- ✓ Ter acesso as tecnologias e serviços que possam melhorar e prolongar a vida;
- ✓ Criação de vínculo com o profissional ou a equipe que o assiste;
- ✓ Adquirir um grau crescente de autonomia em conduzir a vida.

Assim, os profissionais na perspectiva da integralidade, devem ter habilidade para captar as demandas individuais dos usuários, pois estas traduzem suas necessidades mais complexas, visto que são determinadas social e historicamente (CECÍLIO, 2001).

Além disso, no entendimento de Cecílio (2001), a integralidade pode ser concebida em duas dimensões. A primeira delas denominada de *integralidade focalizada*, pode ser evidenciada quando no encontro do profissional e/ou equipe multidisciplinar com o usuário, as necessidades de saúde são tomadas como centro das suas intervenções e práticas dos profissionais. A segunda dimensão proposta é a *integralidade ampliada*, que se refere à articulação entre os serviços de saúde ou de outras áreas na prestação dos cuidados, onde os profissionais de saúde devem sempre estar atentos e acessíveis a possibilidade de agregação com outros saberes, quer sejam de saúde ou não, pois para a melhoria das condições de vida deve haver um empenho intersetorial e, portanto, deve ser objetivo de rede.

Mattos (2001), refletindo sobre o tema, afirma que a integralidade deve ser considerada uma “bandeira de Luta” na busca cotidiana de uma “imagem objetivo”, já que deve manifestar-se na procura de certas características do sistema de saúde, de suas instituições, bem como das práticas dos profissionais que se deseja ter e pelos quais, vale à pena lutar, pois se relacionam com o ideal de uma sociedade mais justa e mais solidária.

Considerando ainda os limites e potencialidades da integralidade, Mattos (2001) aborda três dimensões e usos que lhe parecem ser mais relevante na construção do termo.

A primeira dimensão refere-se à recusa por parte dos formuladores das políticas em reduzir a objetos descontextualizados os sujeitos sobre os quais as políticas incidem. Neste sentido, as respostas governamentais dadas a certos problemas de saúde ou às necessidades de certos grupos específicos, devem incorporar possibilidades de promoção, prevenção de doenças, cura e reabilitação.

Na segunda dimensão, o autor destaca que as organizações dos serviços de saúde devem garantir que estes estejam aptos a realizar a apreensão ampliada das necessidades da população ao qual atendem.

Por fim, a terceira dimensão proposta pelo autor na busca pela integralidade afirma que as práticas dos profissionais de saúde devem ser compatíveis com a boa medicina, onde todo encontro com o paciente, é considerada uma oportunidade de utilizar o conhecimento técnico, para guiar uma visão abrangente das necessidades explícitas e silenciadas pelos usuários e assim tentar resolvê-las. A integralidade nesse sentido tem sua maior representação quando o profissional e/ ou equipe de saúde, consegue compreender quais as necessidades de ações e serviços o usuário necessita e tenta viabilizá-las.

Compartilhando da mesma opinião, Silva Júnior e Mascarenhas (2004) fazem algumas considerações teóricas e conceituais adotando a integralidade como atributo das práticas dos profissionais de saúde, no qual, pode ser expressa através da articulação entre o acolhimento e o vínculo, numa postura em que o profissional valorize o cuidado, se revelando sensível a apreender a diversidade das demandas dos usuários assistidos bem como, respeitando a singularidade de cada um deles.

Desta forma, o acolhimento e vínculo têm sido identificados pela potencialidade de provocar mudanças na reorganização dos serviços através das práticas dos

profissionais de saúde (FRANCO et. al., 1999; MALTA, 2001; TEIXEIRA, 2003), bem como, por influenciar na qualidade do cuidado e na materialização dos princípios do SUS, em particular da universalização, da equidade e da integralidade, contribuindo assim, para uma atenção mais efetiva e humanizada (BRASIL, 2002; SCHIMITH; LIMA, 2004; TRESSE, 2008).

Reconhecendo isto, o Ministério da Saúde tem incentivado a adesão desses atributos através de políticas, dos programas e também das práticas dos profissionais. Dentre as estratégias utilizadas com essa finalidade destaca-se o PSF que tem dentre seus objetivos, melhorar a resolubilidade das ações em saúde, dando ênfase a uma atenção usuário centrada, entendida a partir do ambiente físico e social o qual esteja inserido, utilizando-se de uma equipe multidisciplinar para prestação do cuidado.

3.2 O Programa de Saúde da Família na produção do cuidado na perspectiva da integralidade

O Programa Saúde da Família, implantado em 1994 no Brasil surgiu na tentativa de superar a crise do modelo de atenção à saúde (FRANCO; MERHY, 2003), num cenário em que:

[...] a organização da assistência à saúde entra nesse novo século intensamente interrogada, por ter se mostrado cara e pouco resolutiva diante das necessidades dos indivíduos. Da mesma forma o processo de trabalho tem-se organizado em torno do trabalho médico... representado pelo uso excessivo do aparato tecnológico, pela solicitação freqüentemente desnecessária de exames laboratoriais, pela insuficiente escuta... essa forma de trabalhar em saúde pouco tem contribuído para a formação de vínculos, com impacto negativo na qualidade da assistência (SILVEIRA 2004, p. 72).

Por isso, desde sua implantação a proposta do PSF foi delineada buscando em seus objetivos, metas institucionais, políticas e sociais, a centralidade de suas ações na integralidade da atenção e no cuidado à família (MATTOS, 2002; PINHEIRO, 2001), com clara intenção de induzir mudança no modelo assistencial vigente, servindo de estratégia para reestruturação da atenção básica¹ e organização dos demais níveis de

¹ Um conjunto de ações de saúde que englobam a promoção, a prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação, desenvolvidas através do exercício de práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assumem responsabilidade (BRASIL, 2003 p. 18).

atenção do sistema de saúde (BODESTEIN, 2002).

Para atingir tais finalidades FRANCO e MERHY (2003) apontaram como um fator relevante, a necessidade de remodelar a forma de produzir o cuidado em saúde e os modos de agir dos profissionais em relação a si e aos usuários. Para estes autores, a mudança não aconteceria apenas no modelo assistencial, mas também deveria ocorrer nas práticas dos profissionais.

Assim, para o alcance de suas metas o PSF estimula um novo modo de operar o trabalho em saúde, sugerindo através de uma equipe multidisciplinar uma nova dinâmica na organização dos serviços e ações de saúde, por meio da mudança do objeto de atenção e na forma de atuação dos profissionais, que devem basear-se na promoção da qualidade de vida, fundamentada nos princípios promoção a saúde e de vigilância a saúde (BRASIL, 1997).

Neste sentido, a atuação profissional deve pautar-se em um cuidado como uma “atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro” (BOFF, 1999, p. 33).

A equipe envolvida com o PSF deve ser composta por no mínimo um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e 4 a 6 agentes comunitários de saúde (ACS).

Cada equipe responde pelo acompanhamento de uma população que varia de 3 a 4 mil pessoas residentes em uma área adscrita, comprometendo-se em promover saúde a fim de melhorar a qualidade de vida, usando não somente de intervenções epidemiológicas e sanitárias, mas principalmente considerando o contexto social dos usuários (BRASIL, 2006 a).

Por essas características preconizadas ao PSF, tem-se reconhecido seu potencial em induzir mudanças do modelo assistencial de saúde² e em reorganizar os serviços, de modo que ele tem permanecido na agenda de saúde do país com o status de estratégia para essas finalidades, sendo assim, denominado pelo Governo Federal de Estratégia Saúde da Família - ESF (BRASIL, 2006 a).

² PAIM, (1999 p. 476- 477) conceitua modelos assistenciais como combinações tecnológicas estruturadas para o enfrentamento de problemas de saúde individuais e coletivos em determinados espaços-populações, incluindo ações sobre o ambiente, grupos populacionais, equipamentos comunitários e usuários de serviços de saúde.

No entanto, isto parece constituir-se um desafio, visto que na compreensão de Pereira (2007, p. 27):

[...] as práticas dos profissionais do modelo assistencial médico assistencialista atualmente hegemônico no sistema de saúde brasileiro, se apresenta como um obstáculo para produzir reais mudanças na situação de saúde da população, já que ainda tem raízes profundas no sistema de saúde brasileiro, na formação dos profissionais e na própria concepção de saúde disseminada na sociedade.

Albuquerque (2003) acrescenta, que para mudança no modelo assistencial é preciso garantir mudanças na estrutura, no processo de trabalho, nos paradigmas que orientam as ações de saúde e principalmente na forma de atuar dos profissionais que muitas vezes ainda refletem um atendimento centrado numa clínica que fragmenta o indivíduo, desconsidera o saber do paciente e medicaliza hábitos e comportamentos como forma de promover a saúde.

Vários autores corroborando com Albuquerque (2003), afirmam que quando há uma precária qualificação de alguns profissionais, a produção do cuidado reflete práticas contrárias as integralidades e por isso não produzem reversão no modelo assistencial (CAETANO; DAIN, 2002; CAMPOS; BELISÁRIO, 2001; FRANCO; MERHY, 2003).

Desta forma, o desafio da ESF relacionado às práticas de saúde, podem indicar segundo Almeida e Mishima (2001), uma necessidade de estabelecer uma ação cuidadora sustentada por uma atuação multiprofissional e guiada por uma construção interdisciplinar com parceria e responsabilidade integral pela saúde da população adscrita. Estas autoras ressaltam ainda, que a integração da equipe é importante para não repetir o modelo de atenção desumanizado, fragmentado, centrado na recuperação biológica e individual (ALMEIDA; MISHIMA 2001).

Além disso, o trabalho em equipe proposto no setor saúde para a ESF deve garantir uma pluralidade de olhares e saberes sobre saúde em busca de um cuidado integral (GOMES; PINHEIRO; GUIZARDI, 2005) para melhor assistir os usuários, que devem ter suas necessidades como centro do pensamento e da produção do cuidado (FONTOURA; MAYER, 2006).

Os profissionais da equipe, por atuarem na produção de serviços de saúde e, portanto serem operadores do cuidado, também devem ser capacitados para atuar com

tecnologias leves³, ou seja, com o acolhimento, vínculo e responsabilização (MERHY, 1997).

Para isso, é necessário que na produção do cuidado o profissional exerça seu potencial de receber bem o usuário, dando-lhe atenção e mostrando-lhe interesse pela suas necessidades, através de uma relação de igualdade, onde prevaleça a interação dos sujeitos (BOFF, 1999).

Essas características fazem parte do novo agir proposto pelo PSF. Isto inclui a preconização de ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas de forma integral e contínua. Além disto, recomenda que em todos os momentos que ocorram ações de saúde, o usuário deve ser recebido de forma mais acolhedora para tentar estabelecer/ manter vínculo. Do mesmo modo, deve-se respeitar suas particularidades e estabelecer responsabilidades mútuas com a saúde do indivíduo, estimulando o usuário a participar de todo esse processo (BRASIL, 2006 a).

Tanto o acolhimento quanto o vínculo tem se destacado dentro das políticas voltadas à assistência ao usuário. Deste modo, a Unidade de Saúde da Família (USF) pode ser um local privilegiado de observação destas práticas, pois se constitui um cenário vivo onde atuam os atores envolvidos no cuidado, sendo lá, manifestadas as formas como os usuários são abordados (PINHEIRO; LUZ, 2007).

3.2.1 Acolhimento e Vínculo

Compartilhando com a idéia de Barros (2008, p. 36) “o acolhimento, vínculo e responsabilização na prática, são conceitos que estão imbricados e que são (des)

³ Para Merhy (1997) em seu trabalho intitulado *Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde*, a definição de tecnologias da assistência a saúde incluem tanto os saberes utilizados na produção de serviços, como também os saberes usados para operar e organizar ações humanas e inter-humanas nos processos produtivos. Desta forma, o autor classifica as tecnologias em três tipos: Tecnologia leve, tecnologia leve-dura e tecnologia dura. A tecnologia leve é produzida no “trabalho vivo em ato”, ou seja, no âmbito do processo de trabalho no momento da produção do serviço de saúde, através de uma relação que contemple a interação e a apreensão das intersubjetividades. A tecnologia leve-dura refere-se aos saberes agrupados que norteiam as práticas da assistência, como a clínica, a epidemiologia, etc. A tecnologia dura, resulta da necessidade percebida nas outras tecnologias, são utilizadas no “trabalho morto”, pois incluem o uso de equipamentos e máquinas. De todas as tecnologias, as consideradas leves devem permear nas demais, no qual o acolhimento, vínculo e responsabilização fazem parte.

construídos na relação entre profissionais e usuários e vice-versa no processo de trabalho em saúde”.

Tais temáticas passaram a ser mais estimuladas no setor saúde após a implantação da Política Nacional de Humanização (PNH) em 2004, a qual propõe a adoção dessas tecnologias relacionais (MERHY, 1997) nas práticas dos profissionais de saúde, para se obter uma abordagem integral norteada por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (BRASIL, 2004 a).

O acolhimento é considerado a mola-mestra por esta política, pois, incorpora uma visão ampliada do termo, assumindo o patamar de diretriz operacional para mudança da lógica de organização e de funcionamento dos serviços de saúde, já que traz um arsenal técnico de extrema potência devendo observar de acordo com Franco et. al. (1999) os princípios de:

- ✓ Atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, com a garantia de acolher, escutar e dar resposta positiva as necessidades trazidas pelos usuários;
- ✓ Reorganizar o processo de trabalho, a fim de que este desloque seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional, que se encarrega da escuta do usuário e se compromete a resolver seu problema de saúde;
- ✓ Qualificar a relação trabalhador-usuário, que deve se dar por parâmetros humanitários.

Dessa forma, o acolhimento associado ao vínculo passa a ser indicativo de um atendimento de qualidade (MALTA, et. al. 2000), devendo ser almejado no processo de trabalho (TRESSE, 2008).

No entendimento de Franco e Merhy (2003) a adesão dessas ferramentas na prática faz com que o profissional esteja receptivo as demandas individuais e coletivas trazidas pelos usuários, responsabilizando-se por oferecer resolutividade, ou ainda, pelos encaminhamentos seguros quando necessários.

Esse gesto receptivo, quando se acompanha de um diálogo norteado pela busca de informações para melhor compreender as necessidades, também traduz o acolhimento. Além disso, no diálogo se deflagra e decide os presumíveis trânsitos dos usuários pelo serviço, pois é um espaço de negociação permanente das necessidades a

serem satisfeitas. Desta forma, o profissional deve reconhecer o outro como sujeito e que cada um é insuficiente, de modo que Teixeira (2003, p. 107), afirma que: “todo mundo sabe alguma coisa e ninguém sabe tudo, e a arte da conversa não é homogeneizar os sentidos fazendo desaparecer as divergências, mas fazer emergir o sentido no ponto de convergência das diversidades”.

Pensando assim Silva Júnior et. al. (2007) parafraseando Vaitsman (1995), coloca que o indivíduo deve ser reconhecido enquanto lócus de singularidade e por isso, suas necessidades produzidas são específicas, devendo assim ser ouvidas e respeitadas.

Por isso, se faz necessário potencializar a capacidade de escuta do profissional de saúde a fim, de reestruturar a clínica num sentido mais humanizado, acolhedor dos sofrimentos individuais, pois o olhar reduzido do paciente colocando-o apenas na condição de objeto de investigação clínica repercute sobre a eficácia dos serviços de saúde (CAMPOS, 1992) e é causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e a população (SILVA JÚNIOR. et. al., 2007).

Na visão dos usuários a escuta e o diálogo tem grande relevância, a ponto que, Merhy (1998) afirma que eles não reclamam da falta de conhecimento tecnológico, mas da falta de interesse e responsabilização pelas suas necessidades, pois isso trás sentimentos de insegurança, desinformação, desamparo, despreteção, desrespeito e desprezo.

Assim o encontro com o usuário é um momento em que o profissional envolvido com o cuidado deve valorizar uma escuta atenta das demandas trazidas, considerando os aspectos objetivos e subjetivos do sofrimento trazido, bem como, estimulando a consciência crítica e autonomia dos sujeitos para resolução dos problemas (LACERDA; VALLA, 2004).

A atitude de escuta atenciosa do usuário por parte do profissional, também estimula a criação de vínculo com conseqüente diminuição da assimetria dessa relação (CAPRARA; RODRIGUES, 2004). Desta forma, no entendimento de Merhy (1997), criar vínculos é ter relações tão próximas e tão claras que a equipe possa se sensibilizar com o sofrimento e/ ou demandas dos usuários assistidos.

O vínculo enfocado nesta pesquisa é considerado um termo complexo e multidimensional e que vem sofrendo mudanças no decorrer dos anos (TRESSE, 2008). A adoção de vínculo nas relações entre usuários e profissionais na ESF, tem sido pauta

do Ministério da Saúde o qual, se estimula a equipe a estabelecer vínculos e a criar laços de compromisso e co-responsabilidade com a população (BRASIL, 1997).

Para criar e/ ou firmar o vínculo Silva Júnior e Mascarenhas (2004) sugerem que os aspectos da afetividade, relação terapêutica e da continuidade devam ser considerados inclusive utilizados simultaneamente.

No aspecto afetividade, o profissional deve gostar do que faz e demonstrar interesse pelo o usuário (CAPRARA; RODRIGUES, 2004), para conquistar a confiança e servir de referência para este (OLIVEIRA; SPIRI, 2007).

A relação terapêutica está associada a afetividade, pois o vínculo surge em consequência da valorização da relação estabelecida (CAPRARA; RODRIGUES, 2004) e da sua resolutividade das demandas dos usuários. Portanto, depende da forma acolhedora que o profissional aborde o usuário, demonstrando preocupação e envolvimento pelos aspectos singulares e subjetivos de cada indivíduo, utilizando-se como instrumento uma escuta atenta e um posicionamento centrado no paciente (MASCARENHAS, 2003; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

No entendimento de alguns autores, este tipo de relação deve promover aos usuários autonomia, participação e co-responsabilização nas escolhas de ações e serviços de saúde necessária a sua vida (CAPRARA; RODRIGUES, 2004; SILVA JÚNIOR; MASCARENHAS, 2004).

Essa relação estabelecida entre profissional e usuário pode contribuir na compreensão dos problemas deste, além de ser uma ferramenta para adesão aos objetivos como cura, prevenção e promoção de saúde, contribuindo assim para a continuidade da assistência (MASCARENHAS, 2003).

Os conceitos de empatia, responsabilidade e confiança, relacionam-se a continuidade da assistência e por isso, é um conceito difícil de medir e descrever (FREEMAN; HJORDARL apud TRESSE, 2008).

Diante de todos esses aspectos citados relacionados às práticas dos profissionais de saúde na perspectiva da integralidade com enfoque no acolhimento e vínculo, esta pesquisa trabalhou com um grupo de gestantes e com os profissionais que prestam seus cuidados no pré-natal, considerando que a Saúde da Mulher é um grupo prioritário do programa e há muito tempo já busca a integralidade do cuidado.

3.3 Saúde da mulher: a busca pela integralidade

As políticas públicas de saúde da mulher no Brasil nas primeiras décadas do século passado, caracterizava-se por uma atenção restrita a gestação e ao parto, excluindo outras fases e necessidades da mulher (BRIENZA, 2005).

Somente a partir dos anos 70, é que a atenção a mulher surge como alvo de sucessivos programas de saúde, influenciados por órgãos mundiais de acordo com a conjuntura da época (MANDÚ, 1997), mas que o grande enfoque dado referia-se a questão materno-infantil e os objetivos associavam-se a intervir no controle da natalidade para assegurar que os filhos fossem adequados as necessidades sociais (OSIS, 1994).

Nesse contexto, a partir de 1975 foi instituído o Programa Nacional de Saúde Materno Infantil (PSMI), que objetivava reduzir as elevadas taxas de morbidade e mortalidade materna e infantil (COSTA, 1999). Tal programa, era caracterizado pela verticalidade de suas ações e por não terem articulações com outros programas, nem com ações propostas pelo governo federal também relacionados à saúde da mulher (BRASIL, 2004 b).

Além disso, segundo Costa (1999) o Ministério da Saúde estabelecia metas operacionais para os serviços sem qualquer relação com as necessidades de saúde da população local, destinando os recursos financeiros especificamente para o cumprimento dessas metas, não permitindo aos gestores locais dos Estados e Municípios, a programação de ações mais adequadas às reais necessidades de saúde de suas populações.

Outro agravante dos serviços de saúde desta época, era o predomínio do modelo de atenção a saúde desenvolvido através da articulação entre a Previdência Social e o setor privado. Tal modelo financiado pelo Estado apresentava caráter lucrativo e uma valorização da assistência individual e curativa (MENDES, 1994).

Assim, as mulheres que em sua maioria não faziam parte do mercado formal de trabalho, não tinham acesso a serviços de saúde mais estruturados refletindo assim, em

uma insatisfação deste grupo, com conseqüentes mobilizações sociais pressionando o Estado por melhorias na atenção à saúde (MANDÚ, 1997).

Dentre os movimentos sociais, teve destaque o Movimento Feminista formado por mulheres articuladas em entidades, representantes das universidades, além de outros setores da sociedade. Dentre suas reivindicações, estavam às críticas pela baixa cobertura e efetividade dos serviços, decorrentes das ações de saúde que contemplavam apenas ações de saúde destinadas ao ciclo gravídico-puerperal (NASCIMENTO, 1992).

Além disso, a insatisfação do grupo de feministas também se estendia as péssimas condições de atendimento à mulher, com elevado número de mortes femininas, mortes maternas e complicações decorrentes do crescente número de cesáreas (NASCIMENTO, 1992).

Como resultado de toda crítica desenvolvida pelas organizações feministas aos programas oficiais de atenção à mulher, surgiram propostas inovadoras e democráticas, que buscava uma visão de integralidade na atenção à mulher na prática assistencial dos serviços, que contemplassem a saúde reprodutiva e sexual, a questão de gênero e o direito da mulher ao controle do seu corpo, para exercício de sua sexualidade, com a opção de decisão sobre a concepção (NASCIMENTO, 1992; PEDROSA, 2005).

Desse modo, em 1983 representando grande avanço para a época, foi elaborado pelo Ministério da Saúde, o Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM), constituindo-se em uma das primeiras iniciativas governamentais de incorporação de princípios feministas em políticas públicas de saúde (PEDROSA, 2005).

O documento oficial do PAISM foi divulgado somente em 1984 e foi intitulado: “Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática”. Nele se reconhecia que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal e por isso, propunha a capacitação do sistema de saúde para atender as necessidades da população feminina enfatizando a integralidade do atendimento, onde todos os contatos da mulher com os serviços de saúde deveriam ser utilizados para receber ações de promoção, proteção e recuperação de sua saúde (BRASIL, 1984).

Vargens (2001) afirma que o PAISM trouxe a proposta de uma atenção integral à mulher, no qual sugeria a superação da visão restrita de assistência materno-infantil no

ciclo gravídico-puerperal, ou seja, a mulher-mãe passaria a ser vista como mulher/cidadã portadora de direitos.

Valadares (1999) também acrescenta, que além de um olhar ampliado das necessidades da mulher, o PAISM foi norteado por princípios democráticos e feministas, em que as idéias apresentadas questionavam a relação autoritária entre profissional de saúde x usuário.

No entanto, a implantação do programa foi bastante diferenciada no país, refletindo os diferentes graus de compromisso político dos governantes com a questão da mulher e a heterogeneidade nas estratégias adotadas para o desenvolvimento e a organização do sistema de saúde (SERRUYA et. al., 2004).

Assim, não logrou a alocação de recursos em nível nacional, nem a priorização necessária ao seu funcionamento (GIFFIN, 1999). A integralidade proposta pelo programa buscava a quebra do modelo hegemônico, calcado no biologicismo, que exigia dos gestores e profissionais de saúde uma postura que extrapolava a capacitação técnica, devendo considerar a mulher enquanto detentora de direitos (SERRUYA, et. al., 2004).

Deste modo, a proposta do PAISM emergiu pouco antes da grande reforma que ocorreria no setor saúde – a formulação do SUS – mas nunca chegou a ser totalmente implantado no país (VIEIRA, 2002).

O PAISM permaneceu nas políticas públicas da década de 90, especialmente com o processo de municipalização e a reorganização da Atenção Básica, por meio da Estratégia Saúde da Família (PEDROSA, 2005), onde a Saúde da Mulher é uma das áreas assistidas.

Para isso, o governo ofereceu incentivos financeiros aos municípios para prestação de ações e serviços estimulando um olhar integral para as mulheres. No entanto, segundo Guedes (2001) esses benefícios destinavam-se apenas a uma assistência técnica ao binômio mãe-filho.

Desta forma, os indicadores de MM permaneceram elevados no país, levando ao governo federal em 2000, lançar o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), cujo diferencial era a proposta assistir a gestante em sintonia com os princípios da humanização, reconhecendo as necessidades da mulher, além das técnicas e procedimentos (BRASIL, 2000).

A humanização sugerida pelo PHPN constituiu em alicerce para um conjunto amplo de iniciativas, que visavam o cuidado qualificado associado ao reconhecimento dos direitos da paciente, bem como de sua subjetividade e do diálogo entre os profissionais de saúde e pacientes (DESLANDES, 2004)

Atualmente o PHPN foi substituído pelo Humaniza SUS, constituindo-se em uma política de assistência e não mais um programa específico ao grupo de mulheres, porém seus princípios relacionados ao acolhimento as gestantes, a escuta, o esclarecimento de dúvidas, o respeito à privacidade e a individualidade no pré-natal e parto foram mantidos (BRASIL, 2004 a).

Acrescenta-se ao Humaniza SUS em 2004, o surgimento da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com o objetivo de consolidar os avanços nos campos dos direitos sexuais e reprodutivos. Além disso, essa política incorporou um enfoque de gênero, da integralidade e da promoção da saúde como seus princípios norteadores (BRASIL, 2004 b).

Descrevendo ações do PNAISM, Pedrosa (2005) enfatiza que esta política ampliou ações para grupos de mulheres historicamente excluídos nas políticas públicas, valorizando assim, suas especificidades e necessidades.

Assim, a saúde da mulher no contexto das políticas públicas de saúde, vem ganhando seu espaço na busca de um cuidado integral com valores humanitários, nos quais as práticas do acolhimento e vínculo estão inseridas.

No entanto, a aplicabilidade do acolhimento e vínculo nas práticas dos profissionais de saúde permanecem sendo um grande desafio, pois até mesmo no âmbito obstétrico que sempre foi prioridade na atenção a saúde da mulher, reconhece-se a dificuldade dessa conquista, levando o governo federal a estimular os profissionais e os serviços de saúde à adoção dessas práticas (BRASIL, 2000).

3.3.1 Importância do acolhimento e vínculo no cuidado a gestante

A população de mulheres em idade reprodutiva, ou seja, de 10 a 49 anos, representam 65% da população brasileira, constituindo-se um segmento social

importante para a elaboração das políticas de saúde, principalmente relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2004 b).

Os altos índices persistentes de MM, também apontam para necessidade de um olhar mais atento por parte do setor saúde. Deste modo, o cuidado a gestante tem-se revelado uma prioridade na redução da MM, bem como em outros benefícios à saúde materno infantil (ALEXANDER; KOTELCHUCK, 2001).

Assim, a garantia da assistência pré-natal é um das grandes metas da saúde no Brasil. Os programas implementados propõem meios para reversão da dificuldade no acesso, da precária cobertura e melhora da qualidade do cuidado oferecido, impactando assim na melhoria dos indicadores de MM (BRASIL, 2000).

A expansão da ESF tem contribuído positivamente para assistência pré-natal no que concerne a melhoria do acesso e para a ampliação da cobertura, já que esta atividade é basicamente prestada por profissionais de Unidades de Saúde da Família (USF). Contudo, a qualidade dessa cobertura tem sido questionada, pois não há uma conexão entre esse serviço e o parto e alguns indicadores mostram as falhas na assistência pré-natal (SERRUYA et.al., 2004).

Dentre as falhas apontadas, destacam-se em muitas situações o desconhecimento e o desrespeito ao direito à saúde da mulher, bem como, a falta de percepção da mulher como sujeito (COSTA et. al., 2009). Tais características são manifestadas nas práticas dos profissionais de saúde que ainda baseiam-se no modelo de atendimento tecnocrático e extremamente intervencionista (ROCHA, 2004; SERRUYA, et. al., 2004).

Este modelo de atenção prestada em saúde centra-se no médico e no tratamento, permitindo que o diagnóstico substitua a atenção e o cuidado integral à saúde (LUZ, 1997). Assim, evidencia-se uma prática assistencial voltada para produção e realização de procedimentos técnicos, desconsiderando muitas vezes as necessidades das mulheres (BRANDÃO, 2008).

Essa situação é freqüente no cotidiano dos serviços de saúde e refletem a própria formação do profissional, que (re) produz a fragmentação nas práticas do cuidado em saúde (HECHET; NEVES, 2007). Tais práticas tendem a responder apenas aos sofrimentos atribuíveis as doenças, ou seja, apenas as demandas explícitas relacionadas ao sofrimento, ignorando o contexto social e familiar, ao qual o indivíduo pertence.

Desta forma, a subjetividade de quem busca o cuidado passa a ser desconsiderada. Refletindo sobre isso, Mattos (2001, p. 62) diz que:

Os profissionais quando impossibilitados de tratar com sujeitos, tratam apenas das doenças. Lidam com os sujeitos como se eles fossem apenas portadores de doenças, e não como portadores de desejos, de aspirações e de sonhos

Fontoura e Mayer (2006), afirmam que essa valorização dos aspectos biológicos em detrimento dos aspectos sociais e subjetivos, faz com que o objeto de atenção do cuidado passe a ser a doença e não o sujeito doente. Desta forma, essa postura profissional resulta na ausência de acolhimento, pois desconsidera emoções, dúvidas e temores das mulheres sobre sua condição. Além disso, falta diálogo e interação com a gestante (ROCHA, 2004), o que dificulta a formação de vínculos.

Assim, os usuários ficam insatisfeitos com esse modo impessoal, objetivante e descompromissado (MERHY, 1997) com que são acolhidos, pois desejam se sentir respeitados e bem assistidos (TSUNECHIRO et. al., 2002).

No que se refere à assistência pré-natal, a falta de humanização no atendimento já é apontada pelos profissionais e pelas gestantes e hoje, se constitui como um dos principais obstáculos a serem superados na saúde (BRIENZA, 2005). Este quadro de precária qualidade do cuidado, relacionado fortemente com a (des) humanização das práticas de saúde e com a falta de capacitação da equipe já foi reconhecido pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2004 a).

Deste modo, o governo tem se empenhado no incentivo a uma atenção qualificada e humanizada a gestante, destacando o acolhimento, como um aspecto essencial para esta finalidade. De acordo com o Ministério da Saúde, acolher implica em receber a gestante e estabelecer um diálogo para apreender as suas necessidades e compreender os múltiplos significados da gestação para ela. Além disso, para o acolhimento se faz necessário a garantia de uma atenção resolutiva, ou quando necessário a articulação com outros serviços para continuidade da assistência (BRASIL, 2006 a).

Desta forma, preconiza-se que o acolhimento deve acontecer desde o início da gravidez, que é um período que cada gestante vivencia de forma distinta. Portanto, é um momento para esclarecer questões que são únicas, para a mulher e seu parceiro, até mesmo para quem já teve outros filhos (BRASIL, 2000).

Nessa perspectiva de mudança paradigmática e cultural que as propostas de humanização, acolhimento e vínculo vêm sendo enfatizadas no setor saúde, em busca de mudanças nas práticas dos profissionais que favoreçam o protagonismo da mulher na sua gestação e sua autonomia para decisões e escolhas. Pois, mesmo sendo uma problemática antiga e atualmente muito discutida no âmbito nacional, ainda observa-se que os estudos qualitativos sobre a assistência pré-natal (GAMA et. al., 2004), especialmente voltado a questões subjetivas e que considerem as gestantes como protagonistas do processo gestacional, ainda são escassos (SHIMIZU; LIMA, 2009).

Deste modo, este estudo tem como objetivo analisar as percepções dos profissionais e gestantes sobre o acolhimento e vínculo estabelecidos durante o pré-natal.

4 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA:

4.1 Desenho do Estudo

Considerando a subjetividade do tema, optou-se por realizar o estudo descritivo, exploratório, de natureza qualitativa. Esta abordagem, mostra-se mais adequada no estudo das relações que se estabelecem no encontro entre o profissional de saúde e gestantes. Segundo Minayo (2004), este tipo de abordagem permite que sejam analisados e interpretados os aspectos mais profundos das relações.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Recife (capital de Pernambuco), que atualmente possui uma população estimada em 1.533.580 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO, 2007), caracterizada por fortes desigualdades sociais, onde nenhum morador de renda alta ou média mora a mais de 1050 m de distância de uma comunidade de baixa renda (RECIFE, 2006).

O Recife tem seu território dividido desde 1988 em 94 bairros, mediante o Decreto nº 14.5452/88. Também possui divisão territorial para efeito de planejamento e gestão em seis Regiões Político-Administrativas (RPA). No setor saúde estas RPA's correspondem aos 06 Distritos Sanitários (DS) no qual o Recife é dividido. Cada um destes por sua vez, está dividido em três microrregiões, que agregam os bairros de maiores semelhanças territoriais.

Para realizar o trabalho de campo utilizamos 13 Unidades de Saúde da Família (USF) do município do Recife. Atualmente esta cidade encontra-se com 49% da cobertura de sua população no que se refere ao Programa de Saúde da Família (RECIFE, 2006).

4.3 Sujeitos do Estudo

Inicialmente, a partir de uma relação contendo todos os DS e suas respectivas USF (RECIFE, 2006), realizou-se um sorteio de apenas uma USF por DS. As entrevistas nesta USF foram realizadas com profissionais de saúde e gestantes e posteriormente, essa técnica foi repetida nos demais DS até o momento que se observou a saturação das informações.

Para seleção dos profissionais de saúde foram utilizados os seguintes critérios: realizar acompanhamento pré-natal em uma USF. E, em relação a gestante, realizar o pré-natal nessa mesma USF e estar presente no dia da visita.

Desta forma, foram entrevistados 29 profissionais de saúde e 10 gestantes.

4.4 Instrumentos e procedimentos para coleta dos dados

Na coleta dos dados, utilizaram-se entrevistas semi-estruturadas, guiadas por um roteiro temático (APÊNDICE A e APÊNDICE B) e um diário de campo para o registro dos dados do contexto em que os sujeitos da pesquisa estão inseridos, suas ações, atitudes, bem como da linguagem corporal emitida por eles.

Tais técnicas possibilitaram a captação de informações com maior espontaneidade de expressão dos atores sociais, sem desviar do foco da pesquisa. Triviños (1987) argumenta que na entrevista semi-estruturada a presença do investigador é valorizada, mas que são oferecidas todas as perspectivas possíveis para que o informante alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias para o enriquecendo a investigação.

Além disso, na entrevista semi-estruturada os temas que precisaram ser abordados apresentaram flexibilidade na seqüência, o que permitiu liberdade ao pesquisador e aos informantes para encontrar e/ou seguir novas pistas, bem como conduziu a atividade de acordo com os objetivos (TOBAR; YALOUR, 2001).

4.5 Análise dos dados

Para a obtenção das informações, as entrevistas foram gravadas, transcritas, lidas e segmentadas manualmente após leituras repetidas de cada uma delas.

Na análise utilizou-se a técnica de análise de conteúdo descrita por Bardin, (2004) como um conjunto de técnicas de análise de comunicação, visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção dessas mensagens.

Optou-se por esta técnica, uma vez que as etapas propostas pela autora, facilitam a interpretação da realidade vivida por cada um dos atores sociais envolvidos com o fenômeno estudado, através da análise do conteúdo manifesto contido nos discursos dos sujeitos participantes na investigação.

Na primeira etapa realizamos a pré-análise através da leitura flutuante de todo material, que foi segmentado de acordo com o ator social para fins didáticos de compreensão.

Em seguida, organizamos as informações a fim de torná-las operacionais e sistematizadas para conduzir um esquema preciso para desenvolvimento das outras etapas.

Posteriormente, na exploração do material, foram realizadas leituras exaustivas que permitiu a identificação e o recorte dos temas e das categorias emergentes em consonância com os objetivos propostos pelo estudo e o referencial teórico. Esses dados foram agregados de acordo com as semelhanças e a partir daí, classificados em categorias teóricas ou empíricas para a realização da análise temática.

No tratamento dos resultados, as categorias foram analisadas por meio de inferências e interpretações previstas no referencial teórico ou sugeridas pela leitura do material.

4.6 Considerações éticas

Neste estudo, foram consideradas as recomendações advindas da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde que regulamentam pesquisas envolvendo seres humanos.

Para iniciar o estudo, solicitamos à Secretaria Municipal de Saúde a autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa (ANEXO A). Posteriormente, o projeto foi enviado à apreciação do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas do Aggeu Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz (CPqAM/FIOCRUZ), sob o parecer nº 132/2008 (ANEXO B), sendo concedida a aprovação para realização do estudo em 04 de dezembro de 2008.

Aos sujeitos desta pesquisa foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias, no qual prestava informações sobre o estudo, solicitava a autorização para gravar as entrevistas e assumia o compromisso de preservação da identidade dos participantes (APÊNDICE C).

Ainda para garantir a privacidade e anonimato dos informantes e também para fins didáticos de leitura, cada depoimento citado foi seguido da letra correspondente ao grupo no qual pertenciam: M – médicos, E – enfermeiro (a), e G – gestantes e numeradas de maneira aleatória.

5 RESULTADOS

Este capítulo descreve os resultados a partir das análises das entrevistas realizadas com as gestantes e profissionais de saúde. Para isso, as categorias temáticas apresentadas a seguir serão descritas conforme o grupo o qual pertence, gestante ou profissional.

5.1 Caracterização dos sujeitos da pesquisa

A amostra foi composta por 10 gestantes, moradoras de bairros populares das USF visitadas, com faixa etária entre 14 a 35 anos de idade. No que se refere à escolaridade nenhuma apresentava ensino médio completo. Em relação à ocupação, a maioria era do lar.

Quanto à amostra dos profissionais, houve alguns entraves que retardaram o andamento da pesquisa. Durante as visitas as USF para realização das entrevistas, alguns profissionais médicos não atendiam aos critérios de inclusão e/ ou não aceitaram participar da pesquisa (10 casos), ou estavam afastados do serviço por se encontrarem de férias (04 casos), ou ainda de licença médica (02 casos).

Deste modo, a amostra final dos profissionais de saúde foi composta por 29 pessoas. Sendo 24 enfermeiros e apenas 05 eram médicos. Deste total, apenas 02 era do sexo masculino.

Considera-se relevante, o fato que embora trabalhem no PSF há um período que variava de seis meses a quatorze anos, seis profissionais não tiveram treinamento para acompanhamento pré-natal, tendo adquirido conhecimentos através da vida acadêmica, ou já em exercício da profissão inclusive já atuando no cuidado a gestante.

5.2 Percepções de profissionais e gestantes: aproximações relativas ao acolhimento e vínculo

Durante as entrevistas os profissionais e as gestantes demonstraram estar familiarizados com as dimensões relacionais do acolhimento e vínculo. Contudo, os profissionais sentiram-se mais a vontade para falar dos temas, do que as gestantes, que expressaram suas percepções com dificuldades. Deste modo, observou-se em alguns discursos, tentativas de descrever os termos, associando-os a palavras do seu cotidiano ou permanecendo por períodos prolongados em silêncio durante a entrevista. Para auxiliar na análise dos resultados buscou-se captar as expressões corporais emitidas pelas gestantes, bem como, recorreu-se a análise das anotações registradas no diário de campo.

Assim, as informações que emergiram dos discursos deste estudo, revelaram pontos de aproximações entre as percepções sobre o acolhimento e vínculo dos profissionais de saúde e das gestantes.

No que se refere aos discursos dos profissionais de saúde emergiram as seguintes categorias:

- ✓ Olhar e enxergar o todo ou as partes;
- ✓ Percepções sobre o acolhimento;
- ✓ Relação de afetividade como geradora de vínculo;
- ✓ Responsabilização com o acompanhamento pré-natal.

Do discurso das gestantes observaram-se as categorias:

- ✓ Percepções sobre o acolhimento;
- ✓ Relação de afetividade como geradora de vínculo;

As categorias que se aproximaram nas narrativas das gestantes e dos profissionais foram relativas às percepções sobre o acolhimento e a relação de afetividade como geradora de vínculo.

Nas percepções sobre o acolhimento, os profissionais e gestantes o relacionaram a características como um bom tratamento, a escuta atenta, diálogo aberto e resolutividade. Contudo, percebeu-se em poucos discursos, um desconhecimento ou distorção do significado do termo.

Quanto às percepções dos dois grupos sobre o vínculo, observou-se que a relação de afetividade que se estabelece durante o pré-natal é iniciada e firmada, com base no respeito e confiança que as gestantes têm pelos profissionais. Estes por sua vez, em sua maioria, assumem uma postura acolhedora, receptiva a escuta e ao diálogo, tentando dar respostas positivas as gestantes.

Para efeito de apresentação dos resultados, dividiu-se em duas partes. Na primeira serão apresentadas as categorias emergentes das entrevistas realizadas com os profissionais de saúde e na segunda com as gestantes.

5.2.1 Percepções dos profissionais de saúde

5.2.1.1 Olhar e enxergar o todo ou as partes

Ao serem indagados a respeito de sua percepção sobre integralidade no pré-natal, a maioria dos profissionais de saúde apontou para uma abordagem holística da gestante, na qual as dimensões psicossociais e o contexto que a mulher está inserida são tomados como ponto de partida para direcionar suas práticas. Relataram ainda, a importância de que suas condutas estejam guiadas pelas possibilidades de realização por parte das gestantes.

É você não ver só aquilo ali, a gestação. É você ver o todo da gestante. O ambiente que ela vive, sócio-econômico e cultural também. Ter essa percepção. Porque não adianta você fazer um pré-natalzinho que você dê um papel para seguir aquilo ali aquelas orientações. Porque têm coisas que vão ficar bem distantes dela. É para orientar de acordo com o que é possível fazer no contexto dela. [E 1]

É o que eu tento fazer. (...) Eu acho que começar por aí, vê-la toda, vê o emocional dela, vê o fisiológico, vê o corpo (...), elas também precisam desse lado. [E 2]

O momento do pré-natal é considerado como uma oportunidade para assistir integralmente as gestantes, reconhecendo suas necessidades e viabilizando ações e serviços relacionados ou não a gestação, mas que possam contribuir para a garantia da saúde das gestantes assistidas. Neste sentido, os entrevistados, também referiram que essas necessidades podem ser explicitadas pelas gestantes ou não. Por isso, o profissional precisa estar acessível e atento para percebê-las.

Eu acho que é a gente poder assistir, né? A gestante naquilo que ela precisa. Está aberto a isso. [E 3]

Desde o... essa integralidade eu percebo desde o pré-natal realmente, né? Porque o pré-natal é a oportunidade que você tem pra trabalhar outras questões que antes você não tinha, como por exemplo, planejamento familiar, DST, né? [E 4]

Na concepção de dois profissionais a integralidade no cuidado a gestante também foi descrita como uma visão holística, mas com uma compreensão diferente das anteriores. No entendimento deles o cuidado integral compreende o exame de partes de todo o corpo da mulher. No entanto, não são contemplados nos discursos a preocupação com os aspectos subjetivos ou sobre o contexto social que ela está inserida.

Integralidade é você ter uma assistência mesmo integral, pra isso uma consulta que eu considero integral mesmo, aquela consulta que a mulher eu vou falar com ela, você tem que olhar mamas, tem que vê a parte ginecológica, tem que vê realmente a mulher de forma holística, (...) se realiza prevenção. [E 5]

Eu acho que a mulher deveria ser vista em todos os casos assim, né. (...) vamos vê como está as mamas, vamos vê como está a prevenção, foi feita a prevenção, se não foi faz quanto tempo, e agente vê a mulher como um todo assim. [E 6]

A garantia de um atendimento multidisciplinar também foi relacionado a integralidade em duas narrativas, onde os profissionais valorizam e reconhecem que a pluralidade de saberes pode contribuir na qualidade do acompanhamento a gestante. Entretanto, não foi mencionado durante as entrevistas se há acesso das gestantes aos profissionais especializados, bem como, se há interação destes com quem realiza o acompanhamento do pré-natal.

É você, desde a primeira consulta ver ela de uma forma holística, como um todo. Não ver só a barriga e o bebê que tá dentro. Vê a parte de saúde bucal, quando a gente encaminha ela pra dentista aqui dentro do posto. Se ela tá com outra queixa que não diz respeito a enfermeira no atendimento pré-natal é garantir a consulta com a médica. Se ela tá precisando de uma orientação nutricional, é encaminhar ela pro nutricionista. [E 7]

Então não vê só o lado gestacional tem que vê o todo da paciente. Junto com a psicóloga, junto com a médica, junto com a psiquiatra, uma nutricionista, (...) É agente pensar no todo. [E 8]

5.2.1.2 Percepções sobre o acolhimento

Nas narrativas observou-se que a maioria das percepções dos profissionais sobre o acolhimento aponta para a atitude dos profissionais em receber bem a gestante em todos os encontros que venha a ter com ela. Nestes encontros, os profissionais referiram que para acolher, deve-se mostrar interesse pelas necessidades das usuárias, da mesma forma, mostrar respeito as suas singularidades.

Acolher... é a porta de entrada pra um bom atendimento, um atendimento adequado, de qualidade. [E 9]

O acolhimento eu acho que vem antes dela chegar a mim. Desde a casa dela, onde o agente chega e quando ela chega no posto e vai até a recepção e começa a acolhê-la. Eu acho que começa desde aí, até chegar a mim para poder passar alguma coisa para ela, do que é importante, o porquê dela fazer, o porquê de eu estar solicitando os exames, solicitando o ultrassom, dela vim no mês que vem, dos cuidados que ela precisa ter. Dos cuidados, né? [E 1]

Acolher é, eu acho que acolher é abrigar, né eu acho que é abrigar, vamos dizer assim, se fosse se expressar seria em forma de um abraço né, porque quando você abraça você tá acolhendo tudo aquilo que aquela pessoa traz pra você, então eu acho que acolher é isso, é você abraçar, abrigar aquela pessoa, procurar entender suas particularidades e respeita. [E 10]

O acolhimento também foi associado à escuta, ao diálogo e a qualidade técnica do trabalho, ofertada para a resolução das necessidades explicitadas pelas gestantes ou que sejam captadas por um olhar atento por parte dos profissionais, mesmo quando não relacionadas fisiologicamente com a gestação.

(...) eu acho que ela se sente acolhida quando ela entra aqui nesse, no consultório e quando eu dou atenção a ela. Eu paro pra escutá-la, dar atenção e mostro interesse em resolver, né? Em acompanhá-la. E interesse em resolver o que ela veio buscar. (...) Ela tem que ter uma assistência, tecnicamente falando, boa, né? De um profissional que esteja acompanhando ela, (...) e resolução. [E 4]

Muitas vezes algumas chegam para mim e choram, choram, choram, choram por problemas em casa. E quando você vem efetivamente começar a consulta, ela já tem entrado no consultório há muito tempo. Para mim, aquilo ali, se eu não atender, se eu “cortar” aquilo dela e atender basicamente o pré-natal, nem eu vou me sentir bem, porque eu sei que ela não saiu bem, e ela também não vai se sentir bem. [E 11]

Outros entrevistados relataram que valorizam as queixas apresentadas para nortear suas condutas e esclarecer as dúvidas.

Ah, eu acho, assim, indispensável, né? A paciente poder ouvir tudo que ela tá sentindo, pra gente poder direcioná-la, né? Saber que caminho seguir. Eu dou muito valor as queixas, né? A gente tem que tá questionando. Sempre tirando as dúvidas. Né? Eu procuro, né? Puxar delas “tem alguma dúvida? A gente tá aqui é pra isso. Pra gente trocar uma idéia, pra gente tirar uma dúvida. Tem

algun grilo na sua cabeça, tem alguma... Então, a gente sempre procura conversar. Eu sempre dou valor muito ao que ela fala ao que... as queixas dela. [E 12]

Por outro lado, em duas narrativas observou-se uma percepção e prática diferenciada das demais, no qual o acolhimento foi associado a uma atividade dos funcionários da recepção e a habilidade destes, em prestarem informações a respeito do funcionamento do serviço e do cronograma de atendimento.

(...) era pra ser na recepção né, quando recebem as pessoas, o recebimento não são preparadas pra, nem com gestante, nem outro pacientes. [E 13]

Essa prática do acolhimento da gestante na unidade quando ela vem é só essa questão de ser recebida pela recepção, né? Ser abordada quanto ao que é, podendo informar a ela quanto ao dia de atendimento, como fazer para marcar a consulta. Que ela mesma pode marcar, ou pode ser através do Agente de saúde. [E 14]

Foi observado, mas em apenas uma das entrevistas, o completo desconhecimento da profissional sobre o tema, onde sequer sabia do que se tratava, ficando confusa no momento do questionamento.

Como é que seria assim... como é acolher uma gestante? Acolher??? Sim. Essa questão de acolhimento eu ainda não compreendo, assim, esse termo “acolhimento” sabe? Porque eu vim, eu já falei pra você 11 anos lá no interior, comecei a trabalhar aqui fazem uns cinco meses, aí foi uma palavra nova pra mim, sabe? Aí eu ainda não sei o significado de “acolhimento”. Um acolhimento por parte da gente? Eu não sei explicar. Esse acolhimento que você me pede é definir acolhimento? A recepção dela aqui no posto? [E 15]

Ao serem questionados sobre as barreiras limitantes ao acolhimento as respostas foram similares. Referiram que para acolher a USF deve possuir uma estrutura física adequada, que ofereça um local arejado e confortável para atividades educativas e para o período de permanência delas. Além disso, os profissionais expuseram uma insatisfação quando não possuem sequer um consultório para atender, tendo que revezar com outros membros da equipe para dispor de horário de atendimento. Ressaltando que quando a gestante chega fora do horário previsto, ou esperam um consultório desocupar, ou são atendidas no corredor e muitas vezes não tem suas necessidades atendidas, tendo que retornar ao serviço em outro momento.

Sim, primeiro que a sala de espera é horrível. Ela é quente, apertada, então elas já ficam aí... e elas demoram muito tempo, né? Tu começa às oito e termina quase às onze. Aí elas ficam aí morrendo de calor e isso gera um desconforto, muitas vão pra casa e voltam depois. [E 14]

É estrutura, primeiro a mesa já é pequena, a maca ali as coitada não ficam nada confortável (...) o sonar passou muito tempo, não tinha porque tava quebrado, agora tá voltando assim, a estrutura, que eu sinto mais dificuldade é com relação a estrutura mesmo. [E 13]

Tenho, porque aqui nós somos três equipes né, aí somos seis profissionais de nível superior, então, o que é que acontece, a gente tem que fazer o cronograma dividindo os consultórios, então muitas vezes a gestante chega, eu sempre marco naquele horário que consultório ta disponível pra mim, mas aí as vezes, as gestantes chegam mais cedo que a gente ta chegando, eu vou atender logo, aí nisso eu fico angustiada, como hoje mesmo eu cheguei, fiquei angustiada porque já tinha duas que já tava aí desde sete e meia da manhã e na verdade eu só consegui um consultório pra atender de quase, era nove e meia, então quer dizer, nisso é ruim a estrutura né. [E 10]

Outra dificuldade apontada pela maioria dos profissionais é referente aos exames laboratoriais básicos e ao mesmo tempo fundamentais para o acompanhamento pré-natal. Os profissionais referem que mesmo tendo envolvimento com a gestante e com suas necessidades, os resultados dos exames oferecem informações essenciais para a realização do pré-natal. Enfatizaram que o atraso na realização e recebimento dos resultados dos exames interferem no atendimento de qualidade, pois muitas vezes na ausência dos resultados, o período de uma intervenção eficaz pode ser ultrapassado e assim comprometer a saúde da mãe e do seu filho.

Tem um problema que é a questão dos exames laboratoriais, são feitos, elas conseguem todos os exames que a gente pede, porém os resultados chegam com um mês e especificamente o HIV chega com quatro meses, então tem muitas gestantes que se ela vier começar o pré-natal atrasado, no segundo trimestre, por exemplo, ela corre o risco de não receber o resultado do HIV e esse é um problema que existe no município. [E 2]

É o exame de HIV, que é rotina, (...) a gente solicita na primeira consulta e depois no finalzinho. Só que ela faz na primeira consulta mas o resultado do exame só chega, às vezes, com quatro meses depois que ela já fez, quando na verdade, se for positivo, o ideal é já que ela já esteja num pré-natal de alto risco, já iniciando a medicação e quando, muitas vezes, ele não chega. A gestante ganha o bebê, aí o bebê já tá em acompanhamento aqui de puericultura, é quando o resultado vai chegar. Então, essa gestante, ela fica na sorte, de quando chegar numa maternidade pra fazer um teste rápido lá e pedindo a Deus que dê tudo bem, né? Porque é assim (silêncio). [E 7]

(...) os exames que a gente pede, as vezes a gente até necessita de um exame de emergência, mas não tem essa resposta logo, a durabilidade pra chegar um exame é com 20 dias né de um citológico, e um sei até de um hemograma, e

um HIV vinte dias também, um citológico: 30 dias, e uma sorologia pra HIV é uns três meses que a gente consegue o resultado, muitas vezes algumas gestantes minhas já pariram e eu ainda não recebi a sorologia, quer dizer que aí eu não poderia ter feito nada né, que aí a gente não adivinha, aí, assim, só nesse tipo, no mais a gente vai se adequando. [E10]

5.2.1.3 Relação de afetividade como geradora de vínculo

Durante as entrevistas, o vínculo desenvolvido durante o acompanhamento pré-natal foi associado a postura acolhedora do profissional e a relação de afinidade que se estabelece. Além disso, os profissionais referiram que o vínculo proporciona uma abertura para que a gestante busque a USF todas as vezes que sentir necessidade e desejar resolvê-la.

(...) eu acho que o vínculo estabelecido no momento que ela chega na unidade, onde ela é acolhida, onde ela é bem recebida, (...) tem resolução no que ela vem buscar, né? [E 4]

Eu procuro não ser só profissional /paciente. Eu procuro ser muito amiga, né? (...) ela tem essa liberdade de terminar a consulta e vem amanhã, não é o dia, mas vem pra conversar. Às vezes dizer que está aperriada. Então, assim, eu sou muito aberta pra isso, sabe? [E 16]

(...) as gestantes já começa por aí, a gente vai vê todos mês, então você grava o nome, você vai conhecendo o problema de cada uma e assim, além da afinidade, a convivência mesmo vira uma amizade. [E 2]

O vínculo proporcionado na relação entre profissional x gestante é valorizado para a garantia da adesão e do sucesso no acompanhamento pré-natal. Deste modo, os profissionais referiram estratégias para estabelecê-lo e firmá-lo tomando o relacionamento afetivo, atividades em grupo e a confiança como elementos fundamentais para vínculo.

Eu fiz algumas vezes, já pra estreitar isso, um grupo, né, de gestantes. (...) Pra ver se a gente é... deixar esse vínculo mais firmado pra elas fazerem o pré-natal corretamente, né? [E 3]

(...) nos encontros, estabelecer um vínculo de confiança é fundamental, né? Quando você consegue isso, aí tanto ela vai te ouvir e valorizar tudo que você vai dizer, né? Tudo que você disser ela vai prestar atenção, vai ficar, não vai sair pelo por outro ouvido. E você sabe que a pessoa vai retornar. (...) tem

que haver esse, como eu te falei, né? Esse vínculo, esse laço. Se ela não tiver, se ela não sentir segurança, tanto em relação à questão técnica quanto em relação à questão de sigilo, aí ela vai... não vai acontecer esse laço. [E 17]

Sim, é porque primeiro que para você fazer um pré-natal você tem que ter muita confiança naquele profissional que tá fazendo (...) Até para ela querer voltar e ela se sentir segura para fazer esse pré-natal, continuar esse pré-natal. [E 18]

Entretanto, em resposta a forma como se relacionam com as gestantes, três discursos evidenciaram a situação oposta, em que os profissionais expuseram a falta de afinidade com a prática de acompanhamento no pré-natal, demonstrando ausência de vínculo, desinteresse em estabelecê-lo, despreparo e desmotivação com o cuidado a gestante.

Olha com o pré-natal eu não me afino ainda muito porque eu tenho uma certa dificuldade, (...) por exemplo eu só entrei numa sala de parto duas vezes e nem tenho vontade (risos), e nunca participei de nenhum ambulatório de gestantes na época da faculdade entendeu. [M 1]

Assim, é um pouquinho... é monótono, né? Porque eu já trabalho com vai fazer doze anos. Aí, toda semana tem pré-natal, aí tem época que você enjôa um pouquinho, né? Não só de pré-natal, não, de prevenção também, planejamento familiar. É, mas é uma coisa que é chata de fazer? Não é não. É só uma questão de enjôo mesmo. Aí fica saturado, às vezes, um pouquinho, né? [E 15]

5.2.1.4 Responsabilização com o acompanhamento pré-natal

Durante as entrevistas, alguns profissionais referiram que a responsabilidade com o cuidado a gestante é vivenciado com insegurança, por motivos que se associam ao despreparo técnico em atendê-las.

Eu me sinto (silêncio), tenho uma certa dificuldade (silêncio), mas tudo aquilo que eu sinto que eu não vou conseguir fazer eu já encaminho, eu não fico calada nem deixo as gestantes em risco de jeito nenhum (silêncio) **Isso lhe gera algum sentimento?** Me gera de insegurança né, de insegurança, porque eu queria tá fazendo a coisa mais (silêncio) que elas (silêncio). [M 1]

Além disso, algumas narrativas especificamente de enfermeiros, apontaram os sentimentos de preocupação e angústia, pela omissão de alguns médicos no cuidado pré-natal mesmo quando solicitados a interagirem. Segundo as narrativas, a responsabilidade no cuidado quando não compartilhada em equipe, exime a mulher do direito de ser vista numa perspectiva multidisciplinar, conforme se preconiza que aconteça na ESF.

(...) mas as vezes é um pouco angustiante, principalmente aqui em Recife que os médicos não têm é (silêncio), eles (**médicos**) não fazem o pré-natal (...) eu encaminho uma vez ou outra, mas assim, eu tenho que colocar bem específico o que é que eu quero e eles dizem logo, negócio de barriga né comigo não. [E 13]

(...) a questão do acompanhamento eu me sinto muito responsável. Até porque, assim, aqui eu não tenho a participação do médico, né? E isso me angustia bastante. Porque, assim, é preconizado pelo Ministério que ela tem, pelo menos, as consultas médicas, né, de baixo risco e aqui eu não tenho. [E 4]

Em apenas uma narrativa, o profissional compartilha com a gestante a responsabilidade pelos cuidados no pré-natal, reconhecendo que a mulher é a protagonista da sua gestação, por isso, tem a escolha de decidir a forma de conduzi-la. Com esta postura, o profissional afirma interagir com a gestante e compartilhar a responsabilidade pelo sucesso da gestação.

Não assim... totalmente responsáveis por elas. Mas responsável até o ponto delas entenderem o que é bom e o que é ruim. Isso eu me sinto responsável. No momento em que eu avalio que ela entendeu o que eu disse. Entendeu? E que não seja, assim,... que não saia por onde... ir pelo caminho correto, então, assim, a partir daquele momento eu não me sinto responsável por aquele ato dela. Eu me sinto responsável por conduzir a gestação. Mas pelo ato em si não. Porque eu sei que ela já é orientada para aquilo. [E 11]

A responsabilidade pelo cuidado a gestante, também foi referida em uma narrativa, como fonte motivadora para atualizações na área com o objeto de potencializar a qualidade de sua assistência prestada.

Eu sempre procuro tá fazendo curso, me atualizando, participando de palestras, simpósios, pra poder atender de uma forma bem segura e bem, bem íntegra (...). Que eu não peque ou seja omissa em alguma coisa Eu prefiro pecar pelo excesso do que pecar pela falta. Eu hajo com elas como eu gostaria que qualquer profissional agisse comigo, com a minha pessoa. [E 7]

5.2.2 Percepções das gestantes

5.2.2.1 Percepções sobre o acolhimento

Ao serem questionadas sobre as percepções do acolhimento no pré-natal, as narrativas em sua maioria descreveram o termo, como forma de receber bem, de escutar,

de ajudar e dar resolutividade as necessidades e/ou sofrimento das gestantes. Além disso, enfatizaram o acolhimento, nessa fase da vida em que as alterações psicológicas e emocionais são evidenciadas, requerendo maior atenção por parte daqueles que a acompanham.

Acolhimento pra mim (silêncio) é sempre que você precisar de alguma ajuda de alguma maneira ela está sempre pronta a lhe ajudar ou de tentar pelo menos fazer algo por você, (silêncio) pra mim isso é acolhimento, pode até ser outra coisa, mas pra mim é isso. [G 1]

Acho que é acolher agente nessa hora que os hormônios tão a flor da pele, uma hora ta triste outra hora ta alegre, (silêncio) é isso né dá atenção. [G 2]

Acolhimento pra mim, (silêncio) é ser quando você chegar aqui e ter ela, escutar né, escutar, não só escutar por escutar, mas tentar dar uma solução né. [G 3]

Em outra narrativa observou-se a dificuldade em falar sobre o acolhimento durante o pré-natal, onde na tentativa de traduzi-lo, a gestante relacionou-o a expressão “palavra amiga”.

Acolher (silêncio), acho assim na hora que a pessoa né, nas horas que a pessoa mais precisa, eu acho que uma palavra amiga não tem coisa melhor né. [G 4]

Os discursos também revelam que as gestantes sentem-se acolhidas quando o profissional tenta através da escuta, captar e valorizar as necessidades subjetivas, bem como, quando estes demonstram preocupação com seus sentimentos para dar-lhes apoio e aliviar suas angústias.

(...) se eu tiver assim, triste, ela conversa com a gente, aí melhora entendeu... Ah, no começo eu tinha muito, eu vinha muito triste, chorava muito, aí ela sempre dizia: Pode voltar! Tá se sentindo bem hoje como é que tá?, mas de lá para cá, graças a Deus melhorei. [G 3]

(...) bem, eu gosto dela, ela é bem simpática, explica as coisa, tenho minhas dúvidas ela tira, eu gosto dela por isso (...) A gente se sente bem a vontade (...) se tiver qualquer duvida eu tiro, se eu tiver assim, triste, ela conversa com a gente, aí melhora entendeu. [G 2]

As gestantes referiram ainda, que o diálogo com o profissional, proporciona-lhes confiança em compartilhar informações que muitas vezes são confidenciais, de forma que nem mesmo outros membros da família tenham conhecimento.

É conversar com a pessoa e se sentir bem com a pessoa que ta conversando, ter confiança nela (silêncio.) [G 5]

Acolhimento para mim no meu modo de pensar é chegar com um problema pra ela, porque é até chato falar com a pessoa de fora, até com minha mãe

mesmo, que eu não tenho muita aproximação com ela, não tenho. Eu tenho mais confiança de conversar com a doutora, do que com minha própria mãe. Então para mim isso que é acolhimento, porque quando venho ela me escuta e me aconselha. Pode ser que não seja isso, mas eu penso dessa maneira. O que eu tenho que conversar com ela, eu venho converso com ela e ela me aconselha e fica entre nós duas. [G 6]

A presença do acolhimento no pré-natal também foi bastante valorizada e relacionada à satisfação das gestantes. Em uma narrativa, a usuária coloca que até mesmo o cuidado técnico assume um patamar de menor importância no cuidado, caso exista o acolhimento.

Eu acho o melhor de tudo né, o importante não é ter um bom atendimento, mas a pessoa ser bem recebida. [G 7]

Acho que é você ter apoio de todos possíveis. É muito bom! Ter uma assistência boa na saúde, eu acho que eu tenho. [G 8]

Eu acho muito bom né? Antigamente não existia essas coisa e morria muita mulher de trabalho de parto, essas coisas, porque não tinha explicação de nada né? Só quando chegava na hora sabia que ia ter menino e pronto! [G 9]

5.2.2.2 Relação de afetividade como geradora de vínculo

No convívio do pré-natal a relação entre o profissional e gestante favorece a criação de laços afetivos, que conforme as narrativas indicam o vínculo existente, como também foi mencionado nas narrativas dos profissionais. Na percepção das gestantes o vínculo é firmado pela afinidade com o profissional, por ter confiança em compartilhar os sentimentos, medos e angústias e ainda quando o profissional a reconhece na comunidade.

Rapaz, eu não sei da parte dela, mas da minha parte há, como eu já disse eu gosto muito dela. [G 1]

Tenho, eu já conheço todo mundo aqui, já desde o começo que eu faço com ela, ela já sabe dos meus problema. [G 9]

Ah tenho! Olhe se ela fosse falar alguma coisa de mim, ela ia passar um bocado de tempo falando, de confiança, de respeito, bastante. [G 6]

Tenho. Sempre quando eles fazem visita nas casas né aí passam na rua: oi tudo bom Fulana, tudo bem, ta se sentindo bem hoje? Então, tem aquele negócio de quando ela vê reconhecer a pessoa, lembrar até o nome, porque aqui passa um monte de gestante, ela lembrar do nome tudinho, falar. Parar. [G 3]

6 DISCUSSÃO

Ao serem questionados sobre o acolhimento e vínculo, os entrevistados revelaram descrições sobre os temas que se aproximam e/ou estão inerentes ao cuidado integral, pois em sua maioria são humanizadas, acolhedoras, éticas e valorizam as gestantes enquanto sujeitos.

No entanto, quando questionados sobre a integralidade no pré-natal alguns distanciamentos foram percebidos no grupo dos profissionais. Na maioria das narrativas, este termo reflete um cuidado caracterizado pelo acolhimento a gestante, que valoriza os aspectos psicossociais e pelo respeito as suas singularidades. Porém, em outras narrativas, o termo se referiu apenas a uma assistência fragmentada e reducionista.

Essa divergência entre as percepções da integralidade, talvez relacione-se a polissemia inerente ao termo. Assim, ao tentar descrevê-los, os profissionais refletem a concepção construída ao longo de sua formação acadêmica, que por vezes, se traduzem em práticas concordantes com o modelo assistencial ainda hegemônico, em que a dimensão biológica é mais valorizada que as demais.

Essas questões profundas que permeiam os significados sobre a integralidade e suas práticas, são influenciadas de acordo com Gilbert et. al. (2006), por valores culturais arraigadamente presentes nos profissionais e que podem ser vivenciados nos contatos com as pacientes.

6.1 Olhar as gestantes e enxergar o todo ou as partes

As narrativas dos profissionais de saúde sobre a integralidade no cuidado a gestante revelaram suas percepções, indicando uma idéia de assistência à totalidade do sujeito. No entanto, esta idéia de assistir holisticamente à gestante apresentou interpretações variadas por estes profissionais.

A totalidade que se referiram à maioria dos profissionais sugere olhar a gestante como sujeito e considerar o contexto no qual está inserida para nortear as práticas. Desta forma, implica em assistir suas necessidades relativas ou não ao período fisiológico da

gestação, oportunizando-se o momento do pré-natal para oferecer outras ações e serviços, também necessários para o bem estar das usuárias. Além disso, as narrativas também associam a integralidade no cuidado a gestante, a uma assistência com abordagem multiprofissional, no qual, valoriza-se a pluralidade de saberes para a qualidade da assistência.

De acordo com Camargo Jr. (2003), essa forma totalizadora de abordar o cliente baseia-se na teoria holística, pois os componentes físico, psicológico ou social, não podem ser dissociados.

Assim, esta forma de assistir à gestante assume grande relevância, pois segundo Belfort (1998), em países pobres como o Brasil, o pré-natal pode representar a única oportunidade para as mulheres serem atendidas nos serviços de saúde, por isso, é fundamental que as gestantes sejam atendidas de forma ampliada.

Para isso, Albuquerque (2008) afirma que os profissionais devem reconhecer que a mulher durante gestação, é afetada por mudanças físicas e psicossociais. Não obstante, esse processo dinâmico de adaptação a uma nova realidade, nem sempre é acompanhado pela compreensão da mulher das novas necessidades que surgem. Assim, tem que haver uma confluência de esforços dos profissionais envolvidos com o cuidado, para captar e atender essas necessidades, que algumas vezes podem não ser explicitadas.

Tais necessidades requerem dos profissionais, um olhar atento do contexto que a usuária esteja inserida e dos significados destas para ela, pois deve-se selecionar o que vai ser ofertado de imediato, de acordo com o que a usuária deseja que seja resolvido. Além disso, o profissional deve tentar gerar estratégias de produzir novos encontros e neles, ofertar outras ações e serviços de saúde caso sejam pertinentes (MATTOS, 2004).

Portanto, a integralidade não se relaciona apenas a uma postura holística, como alguns profissionais entendem, mas principalmente, deve ser compreendida como um exercício de seleção negociada para um projeto terapêutico, que ofereça respostas as necessidades apresentadas (SILVA JR.; MERHY; CARVALHO, 2003).

Desta forma, os profissionais de saúde devem questionar ao sujeito assistido se deseja e/ou se é possível uma atenção direcionada a todas as suas necessidades, pois não se pode correr o risco de controle sem precedentes de perda da autonomia e de uma

medicalização integral. Neste sentido, a integralidade deve ser tomada como um princípio norteador em busca de uma melhor assistência (CAMARGO JR., 2003).

Para isso, devem-se buscar estratégias para práticas mais eficazes em saúde. O trabalho em equipe, sob a perspectiva da interdisciplinaridade é uma delas (COELHO, 2009). Contudo, quando um profissional deixa de realizar o que lhe compete ou quando não interagir com os demais membros da equipe, esse trabalho não se relaciona com a totalização da assistência (FORTUNA, 2003).

Sob esse aspecto, o presente estudo não identificou nos discursos sobre a integralidade, referências se a oferta de várias especialidades é de fácil acesso à gestante, ou ainda, se há interação entre a equipe de saúde da família e as especialidades o qual encaminham a mulher. O que foi bastante evidenciado nas entrevistas sobre o trabalho em equipe, foi a ausência do profissional médico no cuidado a gestante na maioria das equipes visitadas, mostrando a fragilidade dessa assistência quanto ao trabalho em equipe.

Esses achados, também foram evidenciados em estudo realizado por Melo et. al. (2008) em três municípios do Mato Grosso, cujo produto faz parte do Estudo de Linhas de Base do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família. Neste, evidenciou-se nos três municípios que os membros da equipe têm atribuições específicas e bem definidas, ou seja, trata-se de equipes que funcionam de forma fragmentada.

Este tipo de trabalho em equipe, onde a oferta de especialidades ou de categorias profissionais só está agrupada e com justaposição de ações, não há reciprocidade entre o trabalho. O que se propõe para a integralidade no cuidado é uma equipe que interaja e busque consensos a favor de um projeto de trabalho comum e capaz de oferecer respostas positivas as necessidades de quem busca o cuidado, sem perder as especificidades dos diferentes trabalhos técnicos envolvidos (PEDUZZI, 2001)

Nesta perspectiva, a heterogeneidade da equipe de saúde representa um instrumento fundamental para haver resolutividade nas ações, desde que sejam realizadas conexões entre os diferentes saberes, pois o cuidado ofertado tendo a equipe como eixo, não é resultado ou responsabilidade exclusiva de um membro específico (GUIZARDI et. al., 2005).

Além disso, equipes coesas estão associadas a melhores resultados e maior satisfação dos usuários e dos profissionais. Contudo, para ocorrer um resultado positivo é necessário haver no trabalho cooperação e compartilhamento das atividades, respeitando as competências técnicas de cada um (STARFIELD, 2002).

Neste presente estudo, pode-se evidenciar sentimentos de preocupação e angústia de alguns enfermeiros, quando tentam prestar um cuidado integral e os médicos da equipe se omitem a essa atividade, gerando sentimentos de insegurança ao assumirem sozinhos a responsabilidade pelo cuidado a gestante. Nestas narrativas observou-se que mesmo fazendo tentativas de interação com os médicos, não se obtêm êxito.

Diferente a essa situação, o trabalho em equipe proposto para o cuidado em sintonia com a integralidade, pode ser analogicamente representado por uma orquestra, onde seus membros seriam os instrumentos e as sonoridades representariam as práticas dos profissionais. Deste modo, a orquestra para agir em concerto, requer harmonia dos instrumentos, ou seja, os profissionais devem respeitar as especificidades e responsabilidades de cada um, em prol de um objetivo comum, relacionada à saúde do usuário que busca o cuidado (GUIZARDI et. al., 2005).

Outras narrativas identificadas no presente estudo, também apontaram a integralidade a gestante como uma abordagem holística. No entanto, demonstraram uma visão restrita do termo, em que a assistência a gestante restringia-se a um enfoque biológico, no qual o cuidado integral relaciona-se a garantia de uma abordagem clínica das partes anatômicas e sistêmicas da mulher, desconsiderando seus aspectos psicossociais.

Evidencia-se dessa forma uma ausência de reflexão sobre a integralidade, fragmentando o corpo da mulher em partes e desconsiderando ainda outras necessidades que as gestantes possam apresentar.

Esses achados corroboram com os encontrados por Serruya et. al. (2004) em pesquisa realizada sobre a assistência pré-natal, onde se observou que o cuidado a gestante é centrado em um modelo de atenção medicalizante e tecnocrático, no qual a mulher é vista como objeto de intervenção, sem qualquer interesse por parte do profissional de estabelecer vínculos.

Essa fragmentação e reducionismo é resultado do aprofundamento das diversas áreas do conhecimento, que ao ganhar em profundidade, perdeu em amplitude, ou seja, reduziu o objeto de atenção, deixando de atuar com o sujeito, para considerar apenas a doença (SÁ, 2003).

Bonadio e Tsunechiro (2000) criticam o atendimento reducionista que às vezes é prestado às gestantes. De acordo com esses autores, se estas não fossem assistidas como pacientes e encaradas como agentes, a assistência pré-natal poderia resultar positivamente nos indicadores epidemiológicos na área de saúde materna e perinatal, que ainda permanecem elevados.

Pedrosa (2005) também critica essa forma de abordagem reducionista, fragmentada e impessoal, com enfoque exclusivamente anatopatológico e mediado por aparatos tecnológicos. Segundo a autora, esse tipo de abordagem não se limita apenas as mulheres, pois é característico do modelo assistencial hegemônico.

Dessa forma, a integralidade vem sendo discutida por vários autores que reconhecem a necessidade de mudanças na organização dos serviços de saúde e nas práticas dos profissionais, para melhoria da qualidade da assistência prestada (SOARES, 2007). Reconhece-se neste sentido, o potencial da integralidade de servir como eixo condutor de práticas, norteando os profissionais e os usuários nas condutas a serem adotadas (MATTOS, 2001).

Para isso, é essencial que a integralidade seja concebida e praticada como um cuidado que envolvem vários atores no cotidiano dos serviços de saúde, capazes de produzir relações de acolhimento, vínculo e responsabilização (GOMES; PINHEIRO, 2005).

6.2 Percepções sobre o acolhimento

Neste estudo, a maioria das narrativas dos entrevistados evidenciou familiaridade com o termo acolhimento. Particularmente nos discursos dos profissionais pode-se perceber distorções ou desconhecimento sobre o termo, o que não significou que ele não ocorresse na maioria USF, conforme pode-se evidenciar nas narrativas dos dois grupos entrevistados.

A maioria das percepções narradas pelos profissionais sobre o acolhimento associa-o a atitude por parte dos profissionais de receber bem a gestante, acolhendo suas necessidades, respeitando suas singularidades e assumindo uma postura acessível ao diálogo e a escuta. Essas características também foram evidenciadas nos discursos das gestantes, especialmente essa abertura do profissional ao diálogo.

Essas percepções estão relacionadas com o que vem sendo amplamente debatido, tanto no meio científico como nas políticas e programas do governo, sobre a presença de tecnologias leves nas práticas dos profissionais de saúde, para promoção do cuidado humano e integral aos usuários (BRASIL, 2004 a; FRANCO et. al., 1999; MALTA et. al., 1998; MERHY, 1997).

Segundo Malta et. al. (1998), o acolhimento ocorre quando a equipe de saúde assume uma postura de escuta e de compromisso em oferecer respostas às necessidades de saúde trazidas pelos usuários.

Além disso, para Franco e Panizzi (2004) o acolhimento propõe uma nova forma de organizar os serviços e ações de saúde, no qual, os profissionais prestam assistência aos usuários, considerando suas dimensões sócio-cultural, ambiental e histórica.

No âmbito da Saúde da Mulher, o acolhimento é estimulado como ferramenta para promover a escuta e o esclarecimento de dúvidas, o respeito à privacidade e a individualidade no pré-natal e parto, que são questões ainda pendentes no cuidado (ROCHA, 2004).

Neste estudo, a maioria os profissionais ao serem abordados sobre o acolhimento reconhecem a importância do diálogo e da escuta no cuidado as gestantes. Para estes entrevistados, o momento do encontro com a gestante é considerado uma oportunidade para acolher e tratar de temas que são relevantes no cuidado. Tais temas, podem ser abordados quando são compreendidas as necessidades trazidas pelas gestantes, ou ainda, quando são captadas através do diálogo ou de um olhar atento que reconheça questões subjetivas que podem está influenciando no cuidado.

Deste modo, evidenciou-se que a maioria dos profissionais deste estudo demonstra interesse pelo contexto psicossocial das usuárias, por compreender a influência deste no modo que elas levam a vida. Além disso, é através do conhecimento do meio que a mulher está inserida, que o profissional compartilha informações,

decisões e condutas que sejam coerentes com a realidade social e, portanto, possíveis de acontecerem.

Brandão (2008) descreveu em seu estudo uma situação oposta ao relatar sua vivência no cuidado a gestante, no qual, evidenciou que as queixas e necessidades de atenção, de acolhimento e de esclarecimentos das gestantes raramente são levadas em consideração pelos profissionais.

Entretanto, a forma que a maioria dos profissionais deste estudo acolhe as gestantes, Teixeira (2003) concebe de acolhimento-dialogado. Pois se trata de um tipo especial de conversa que pode está ou não acompanhada de procedimentos, onde através dela, busca-se compreender as necessidades dos usuários e as possibilidades de satisfazê-las.

Neste tipo de diálogo, o profissional deve ter uma escuta profunda do que o usuário precisa falar, ou seja, é preciso escutar palavras, pensamentos e tonalidade dos sentimentos (ROGERS, 2001). Deste modo, esse processo de escuta pode ser construído através de uma rede de conversação em que se compartilham aspirações, questionamentos e valoriza-se a pluralidade de idéias, pois para “dialogar é necessário antes de tudo aprender a ouvir” (MARIOTTI, 2001).

Assim o diálogo é fundamental na assistência a saúde, pois tem potencial de estabelecer confiança e vínculo do usuário com o profissional (CHIESA; VERÍSSIMO, 2001).

No presente estudo, as gestantes relacionaram freqüentemente o acolhimento à atitude aberta do profissional para a escuta e o diálogo. Referiram satisfação, por essas práticas estarem presentes no relacionamento com o profissional que o realiza pré-natal.

Esses resultados de satisfação das entrevistadas podem ser associados a assistência oferecida pelos profissionais nessa fase gestacional, que compreende um período de reorganização da personalidade da gestante, onde o estresse e as preocupações vivenciados geram essa necessidade de apoio por alguém com capacidade de fazê-lo. Neste sentido, atitudes como oferecer um tratamento pessoal, acolher a gestante como pessoa, participar das decisões e do diálogo informal com os profissionais, são elementos de um atendimento que podem contribuir com a qualidade e satisfação das gestantes (SILVA, 2002).

Para que aconteça o diálogo faz-se necessário a interação entre profissional e usuário, mas que o primeiro precisa estar apto para lidar com emoções, incorporando a dimensão subjetiva e social daquele que procura a assistência (BOARETO, 2004).

Tal interação é importante, pois muitas vezes as gestantes se sentem inibidas em revelar suas preocupações e sentimentos, devendo assim, o profissional aprender a observar manifestações que indiquem alterações emocionais (SILVA, 2002).

Deste modo, é essencial que o profissional se empenhe em lidar com as intersubjetividades dos usuários, que se manifestam como história relacional vivida, como linguagens, intercomunicação, valores, crenças, sentimentos, temores, perspectivas, dentre outros (MANDÚ, 2004).

Nesta perspectiva, o acolhimento-dialogado ocupa espaço fundamental na relação profissional e usuário, devendo acontecer em todos os encontros, pois essa investigação e negociação das necessidades de saúde devem acontecer continuamente, para viabilizar respostas as necessidades que possam a ser satisfeitas (TEIXEIRA, 2003). Do mesmo modo, deve haver por parte do profissional disposição e o desejo de escuta para promover um ambiente acolhedor e portanto, propício para o diálogo (GOTARDO, 2003).

Assim, os profissionais necessitam estar preparados para promover o acolhimento, pois configura-se numa tecnologia com potencialidade de promover qualidade nos serviços de saúde (MALTA, et. al., 2000).

Neste estudo, pode-se evidenciar a questão da qualidade na assistência, embora não tenha sido foco desta pesquisa. Em algumas narrativas, o acolhimento foi relacionado com a qualidade da assistência prestada, tanto nas percepções relatadas pelos profissionais, quanto nos relatos das gestantes ao expressarem satisfação ao serem acolhidas durante o pré-natal e terem suas necessidades atendidas.

Estes achados de satisfação relatados pelas gestantes resultam de uma postura do profissional que utiliza o potencial terapêutico da dimensão humana no cuidado (TSUNECHIRO et. al., 2002). Além disso, Bonadio et. al. (1997) evidenciam que o uso de técnicas de comunicação terapêutica, aliadas à competência técnica e ao trabalho interdisciplinar, tem proporcionado o apoio necessário à pessoa que atravessa o período de transição existencial, como o período gestacional.

Houve também nesse presente estudo, algumas distorções sobre o acolhimento, no qual, o termo foi relacionado a uma recepção feita as gestantes quando chegam as

USF. Nesta perspectiva, os profissionais direcionam essa atividade exclusivamente aos funcionários deste setor.

No entanto, (SOLLA, 2005) afirma que o acolhimento é mais do que uma triagem qualificada realizada nas recepções. Através desta prática, toda a equipe se compromete com os usuários, de modo que, a centralidade médica é reduzida e os outros profissionais da equipe têm seus potenciais melhor utilizados.

Matumoto (1998) acrescenta que esta prática deve ocorrer em todos os ambientes da USF, e em todos os contatos que os usuários venham a ter com os profissionais de saúde, desde que estes, estejam aptos a captar suas necessidades e tomá-la como objeto de seu trabalho.

Uma narrativa interessante deste estudo relatou o completo desconhecimento de um profissional sobre o acolhimento, demonstrando uma ausência de reflexão do termo mesmo já trabalhando há vários anos na ESF, portanto, convivendo com necessidades e sofrimentos de suas usuárias.

Esses resultados de desconhecimento sobre o acolhimento também foi encontrado no estudo de Esmeraldo et. al. (2009) realizado em Fortaleza – CE, com usuários de saúde da ESF, no qual a proposta do acolhimento foi implantada desde 2006. Neste município a proposta vem influenciando na transformação, a partir de práticas reflexivas envolvendo gestores, trabalhadores e comunidade. Entretanto, apenas parte dos profissionais aderiu à proposta. Neste estudo, os autores concluem que mesmo com aspectos que geraram mudanças positivas, há muitos desafios a enfrentar para que haja a mudança nas práticas dos profissionais e a compreensão que o acolhimento é dinâmico, flexível e resulta em uma constante avaliação e reorganização das ações a fim de atender as necessidades dos usuários.

Outra pesquisa realizada com usuários, mas também com profissionais de saúde sobre o acolhimento no Rio Grande do Norte em três municípios, revelou resultados variados. Porém, no que concerne ao desconhecimento sobre o tema, evidenciou-se que nas unidades básicas de saúde, o acolhimento está ausente nos vocabulários e nas práticas dos profissionais. Esses resultados, refletiram no descontentamento dos usuários com a forma que são (des) acolhidos (SOUZA et. al., 2008).

O mesmo profissional que neste presente estudo, revelou desconhecer o termo acolhimento, também referiu em outro momento da entrevista “enjôo” em realizar pré-natal, demonstrando desinteresse e desmotivação no cuidado a gestante.

Tal achado é de grande relevância, visto que, esse tipo de atitude reflete negativamente no atendimento e se contrapõe a proposta do acolhimento, em servir de diretriz operacional para tornar o cuidado mais integral e humano, devendo para isso, o profissional ter interesse e envolvimento com as necessidades apresentadas pelas usuárias. Neste sentido, Pinheiro e Luz (2007) argumentam que é no campo das práticas dos profissionais, que as transformações se fazem necessária. Não se trata, seguindo essa formulação de mudar o currículo ou mudar a organização dos serviços, senão as próprias práticas.

Merhy (2002) afirma que a repercussão desse posicionamento profissional do ponto de vista do usuário, pode gerar descontentamento, pois este não reclama da falta de conhecimento tecnológico em seu atendimento, mas sim da ausência de interesse e de responsabilização com suas necessidades.

Luz (1997), acrescenta que essa postura, deixa uma grande lacuna, já que os sujeitos desejam mais que um diagnóstico, desejam se sentir cuidados e acolhidos em sua necessidades e demandas de saúde.

No presente estudo não evidenciou-se insatisfação das usuárias com o acolhimento dos profissionais, no entanto, durante as entrevistas os profissionais revelaram ter dificuldades para promover o acolhimento. Na maioria das narrativas os motivos foram os mesmos, relacionados à ausência de uma estrutura física adequada que ofereça conforto, sala de espera e pelo menos um lugar para atender a gestante para garantia de sua privacidade. Além disso, outra dificuldade citada, foi o atraso no recebimento dos resultados dos exames laboratoriais. Segundo os entrevistados esse atraso, impede que sejam tomadas condutas em tempo hábil para evitar complicações para a mulher e para seu filho.

Por outro lado, as gestantes não referiram críticas sobre o acolhimento, o que demonstra que elas não percebem que as dificuldades citadas pelos profissionais interferem no cuidado.

Contudo, no estudo de Souza, et. al. (2008) os achados no que se refere a dificuldade de realização dos exames, consiste em uma das queixas das usuárias. Estas referem que há atraso para marcação e recebimento dos resultados.

6.3 Relação de afetividade como geradora de vínculo

Através das narrativas dos profissionais, se evidenciou que o vínculo que surge durante o pré-natal é resultado bom acolhimento a gestante. No entanto, em outras narrativas, especificamente das gestantes, evidenciou-se que outras atitudes simples também estão associadas ao vínculo com o profissional, como o fato de ser reconhecida na comunidade e ser chamada pelo nome.

A relação do acolhimento com a formação de vínculo encontrada neste estudo, também é compartilhada com Pupim (2008). Segundo esta autora, o acolhimento serve como uma ferramenta para criar o vínculo, já que é através da escuta e do diálogo que acontece a aproximação entre o profissional e o usuário. Da mesma forma, Souza et. al. (2008) coloca que o vínculo resulta em uma melhor compreensão das necessidades dos usuários.

No presente estudo, as narrativas evidenciaram que o período de convívio proporcionado pelo acompanhamento a gestante, favorece a criação de laços afetivos, que por vezes foram comparados a uma relação de amizade, onde o profissional se disponibiliza a atendê-las em momentos além das consultas, com um claro reconhecimento que as necessidades mesmo que subjetivas, precisam ser acolhidas em momentos que as vezes transcendem a consulta. Deste modo, o vínculo estabelecido leva ao profissional assumir uma postura acessível, para que as gestantes os procurem quando necessitarem.

Esses achados, corroboram com Merhy (1997) quando afirma que o vínculo entre profissional e usuário, envolve o estabelecimento de relações tão próximas e claras, que faz com que o profissional sensibilize-se com o sofrimento ou necessidade do usuário e envolva-se em oferecer respostas positivas.

Em algumas narrativas de ambos os grupos de entrevistados, o vínculo foi associado a amizade, demonstrando a horizontalidade entre os envolvidos, confiança em compartilhar informações sigilosas e acima de tudo, segurança no cuidado durante o pré-natal. Pode-se evidenciar ainda, que em uma narrativa de uma usuária o vínculo foi também associado ao respeito pelo profissional.

Essa forma do usuário confiar no profissional e percebê-lo com um vínculo afetivo de amizade, também foi evidenciada por Pupim (2008).

A confiança que o paciente tem no profissional e no serviço gera uma satisfação e uma resposta positiva daquele paciente diante das orientações profissionais, pois ele passa a participar da consulta e nas decisões sobre as condutas (TEIXEIRA, 2006).

Neste sentido, Campos (1994) afirma que o vínculo com o usuário amplia a eficácia das ações de saúde, pois para estabelecê-lo o usuário deve ser reconhecido na condição de sujeito e portanto, tem suas singularidades consideradas.

As narrativas dos profissionais também demonstraram a importância que dada ao vínculo, onde eles tentam estabelecer estratégias para criá-lo ou firmá-lo. De acordo com as narrativas, os profissionais tentam fortalecer a relação com as gestantes, estabelecer vínculo de confiança e fazer com que elas se sintam seguras, como forma de garantir o vínculo.

Segundo Kruehl e Valentim (2007), para o usuário revelar certas informações, que muitas vezes são confidenciais é difícil. Porém, se não houver essa confiança no profissional e/ou equipe, todo o processo de assistência pode ser dificultado.

Assim, quanto mais apropriado for o vínculo, maior é a troca de saberes entre trabalhadores e usuários e, portanto, melhor será o resultado (COELHO; JORGE, 2009).

Por isso, o relacionamento afetivo é essencial no ato de cuidar, pois através dele, o profissional realmente assume o cuidado como uma atitude de responsabilização com o outro (BOFF, 1999).

6.4 Responsabilização com o acompanhamento pré-natal

A responsabilidade no cuidado pré-natal é vivenciada pelos profissionais de diferentes formas. Observou-se em algumas narrativas, sentimentos de preocupação, angústia e insegurança. Em determinados relatos, esses sentimentos relacionaram-se ao reconhecimento do despreparo técnico para assumir esse cuidado. Nos outros relatos, relacionaram-se a ausência do trabalho em equipe, ficando sob inteira responsabilidade nesses casos, dos enfermeiros das USF.

Quando o usuário procura o profissional, o simples fato de ouvi-lo já gera uma responsabilidade no profissional e uma expectativa do usuário em ter sua necessidade acolhida (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

A responsabilização está associada ao vínculo. De acordo com Merhy (1997), ao vincular-se com o usuário o profissional sente-se responsável por ele. Entretanto essa responsabilidade deve ser compartilhada tanto em equipe e como também com os usuários (OLIVEIRA; SPIRI, 2007).

Em apenas uma narrativa deste estudo, a profissional afirmou que não se sente totalmente responsável pelo pré-natal e co-responsabilizou também a gestante pelo

sucesso. Segundo a entrevistada, é ofertado à gestante informações sobre condutas que podem ser adotadas para preservar a saúde, mas cabe a usuária a autonomia de decidir como conduzir as orientações. A narrativa, no entanto, não relatou se essas informações são dadas de acordo com o contexto social da gestante, bem como se é estimulada a autonomia desta para melhor conduzir a gestação.

De acordo com Oliveira et. al. (2008), os usuários só assumem uma postura ativa a partir do momento em que se percebem como sujeitos no processo, portadores de direitos e com potencial para contribuir.

7 CONCLUSÃO

A análise da integralidade, enfocando o acolhimento e vínculo no cuidado a gestante, evidenciou alguns resultados que merecem reflexões, devido suas possíveis implicações nas ações no cotidiano das USF.

A integralidade no cuidado relaciona-se a forma com que são apreendidas e expressas suas dimensões (MATTOS, 2001). Desta forma, os sentidos dados a integralidade nesse estudo, podem ser refletidos nas práticas dos profissionais.

Os resultados apresentaram em sua maioria, percepções e práticas coerentes com o que se espera em um atendimento integral a gestante, no qual, a assistência é norteada não apenas pela prática clínica, mas também considerando outras necessidades das gestantes.

Desta forma, neste estudo o pré-natal é tomado pelos profissionais, como uma oportunidade de viabilizar ações e serviços necessários à manutenção da saúde, pois a gestação é uma fase da vida da mulher, carregada de sentimentos profundos, momentos de crises com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e estimular mudanças para estimular a co-responsabilidade pelo cuidado (BRASIL, 2006 b).

Entretanto, alguns profissionais permanecem com uma visão distorcida sobre a integralidade, limitando-se a prestação de uma assistência, com enfoque puramente biológico e fragmentado, desconsiderando todas as mudanças subjetivas que afetam a mulher nessa fase gestacional.

Além disso, outra questão relevante encontrada que diverge do que se propõe a integralidade, foi a falta de interação entre os profissionais da equipe de saúde. Tal fato foi evidenciado, em algumas equipes de saúde da família em que o profissional médico, não compartilha com o enfermeiro a responsabilidade pelo cuidado a gestante.

Essa falta de interação, com clara divisão de trabalho exime a mulher da garantia de uma pluralidade de olhares e saberes que tem relação com a integralidade.

Estes comportamentos refletem o modelo assistencial ainda hegemônico que predomina nos serviços de saúde, apesar dos esforços que o SUS vem empregando no sentido não somente de melhorar sua cobertura assistencial, mas principalmente

questões como a integralidade, humanização e qualidade na atenção. Neste contexto, o acolhimento e vínculo são bastante incentivados nas práticas dos profissionais de saúde (GOMES; PINHEIRO, 2005).

Neste estudo, ao serem questionados sobre o acolhimento e vínculo, os entrevistados, revelaram descrições sobre os temas que se aproximam e/ou estão inerentes ao cuidado integral, pois em sua maioria são humanizadas, acolhedoras, éticas e valorizam as gestantes enquanto sujeitos.

O acolhimento foi relacionado pelos dois grupos, como uma forma de receber bem por parte do profissional, em que a escuta e o diálogo estejam presentes, bem como que apresente resolutividade. Neste sentido, o acolhimento opera no cotidiano das USF como um trabalho orientado aos problemas, às necessidades e à qualidade de vida do usuário (MATUMOTO, 1998).

No que se referem ao vínculo, os dois grupos referiram que ele é construído e firmado através do convívio no pré-natal, da relação de afetividade e da confiança. Deste modo, os profissionais demonstraram ter conhecimento das vantagens do vínculo e por isso, os relatos descrevem algumas estratégias para criá-lo.

Das dificuldades apontadas para o acolhimento a gestante, foram apontados apenas fatores como exames laboratoriais e a estrutura física. Tais obstáculos foram relatados em praticamente todas as entrevistas dos profissionais. Entretanto, essas dificuldades não são percebidas como dificuldades para as gestantes, pois não foram relatadas nos discursos desse grupo.

De uma maneira geral, as percepções da maioria dos profissionais de saúde sobre o acolhimento e vínculo no cuidado a gestante estão em consonância com a integralidade. Entretanto, observou-se que o conhecimento dos dois grupos, sobre os temas limita-se ao aspecto relacional, pois não houve narrativas, que os relacionem a diretrizes operacionais para reorganização dos serviços sob o eixo da humanização.

Evidenciou-se desta forma, que mesmo valorizando o acolhimento e o vínculo em suas práticas, os profissionais demonstram não ter conhecimento de todo o potencial técnico que esses temas possuem para induzir reflexões e possíveis mudanças nas práticas em busca de uma qualidade da assistência. Desta forma, a adesão destes

atributos ainda não é explorada em todo o seu potencial, de modo para favorecer a reorientação do modelo assistencial, na direção da integralidade do cuidado a gestante.

Para investir nestas tecnologias relacionais, os profissionais precisam ter disposição, envolvimento e interesse pelas necessidades das gestantes. Além disso, para promover o acolhimento e o vínculo os profissionais não requerem tecnologias sofisticadas e de alto custo. A adesão dessas atitudes relaciona-se com o reconhecimento por parte dos profissionais, que a qualidade da assistência está intrinsecamente relacionada às relações intersubjetivas que se estabelecem entre profissionais e usuários.

Por isso, a necessidade de entender e respeitar que as pessoas conduzem a vida, de acordo como são construídos os seus significados socialmente. Deste modo, a adesão ao cuidado pré-natal e a maneira que a gravidez será conduzida, depende, portanto, do envolvimento dos profissionais com esses significados, respeitando seus valores, expectativas e sentimentos. Neste sentido, acolher a gestante é considerá-la protagonista dessa fase, devendo dessa forma, as decisões quanto às condutas serem compartilhadas.

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, P. C. de. *A Educação Popular em Saúde no município de Recife - PE: em Busca da Integralidade*. 2003. Tese (Doutorado): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – CpqAM/ FIOCRUZ, Recife, 2003.

ALBUQUERQUE, R. A. *Produção do cuidado (des) integral da gestante*. 2008. Dissertação (Mestrado): Universidade Estadual do Ceará, 2008.

ALEXANDER, G. R., KOTELCHUCK, M. Assessing the role and effectiveness of prenatal care: history, challenges and directions for future research. *Public Health Reports*. v. 116, p. 306 – 316, jul/ago. 2001.

ALMEIDA, M. C. P.; MISHIMA, S. M. O desafio do trabalho em equipe na atenção à Saúde da Família: construindo “novas autonomias” no trabalho. *Interface*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 150-153, ago. 2001.

BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, 2004.

BARROS, D. M. *Demanda de pronto atendimento ao serviço de emergência de um Hospital Geral em um Município coberto pela ESF: o caso de Quissamã*. 2008. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública-FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2008.

BELFORT, P. Assistência pré-natal. In: REZENDE, J. *Obstetrícia*. 8 ed. Guanabara Koogan; Rio de Janeiro: 1998. p. 260- 276.

BRANDÃO, S. M. O. C. *Vivência do acolhimento da mulher encaminhada da Casa de Parto Davi Capistrano Filho à unidade de referência*. 2008. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Estadual do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2008.

BRASIL. *Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990*. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde – SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, 1990 a.

BRASIL. *Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990*. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, Seção 1, 1990 b.

BRASIL, M. S. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: Bases de Ação Programática*. Brasília, 1984. 27 p. (Série B: Textos Básicos de Saúde).

BRASIL, M. S. *Assistência pré-natal: Manual técnico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

BRASIL, M. S. *Documento final da comissão da avaliação da atenção básica*. Brasília, DF, 2003.

BRASIL, M. S. *Experiências Inovadoras do SUS: relatos de experiências*. Desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários. Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. Brasília, 2002.

BRASIL, M. S. *Humaniza SUS: acolhimento com avaliação e classificação de risco: um paradigma ético-estético no fazer em saúde*. Brasília: Ministério da Saúde, 2004 a. 48 p.

BRASIL, M. S. *Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília, 2004. 79 p. (Série C: Projetos, Programas e Relatórios). 2004 b.

BRASIL, M. S. *Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*. Brasília (DF): Coordenação de Saúde da Comunidade; 1997.

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, 2006 a. (Série Pactos pela Saúde, v. 4).

BRASIL, M. S. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área técnica de Saúde da Mulher. *Pré-natal e puerpério: Atenção humanizada e qualificada*, Manual Técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006 b.

BOARETTO, C. Humanização da assistência hospitalar: o dia-a-dia da prática dos serviços. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n.1, p. 20-22, 2004.

BODSTEIN, R. Atenção Básica na Agenda da Saúde. *Ciência e saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 7, n. 3, p. 401-412, 2002.

BOFF, Leonardo. *Saber cuidar: ética do humano, compaixão pela terra*. Petrópolis: Vozes, 1999.

BONADIO, I.C. et al. A comunicação terapêutica no cuidado pré-natal. *Revista Paulista de Enfermagem*, São Paulo, v.16, n.1/3, p.5-11, 1997.

BONADIO, I.C; TSUNECHIRO, M.A. A gestante no pré-natal: paciente ou agente? *Revista de Atenção Primária à Saúde*, Rio de Janeiro, ano 2, n.6, p.20-23, 2000.

BRIENZA, A. M. *O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto 2005* Tese (Doutorado): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

CAETANO, R.; DAIN, S. O Programa de Saúde da Família e a reestruturação da atenção básica à saúde nos grandes centros urbanos: velhos problemas, novos desafios. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 11-21, 2002.

CAMARGO JR., K. R., Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. 4 ed. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO, 2003. p. 37-45.

CAMPOS, F. E. BELISÁRIO, S. A. O Programa Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface*, Botucatu, v. 5, n. 9, p. 133 – 142, 2001.

CAMPOS, G.W.S. *A saúde pública e a defesa da vida*. São Paulo: Hucitec, 1994

CAMPOS, G. W. S. *Reforma da reforma: repensando a saúde*. São Paulo: Hucitec, 1992.

CAPRARA, A., RODRIGUES, J. A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p.139-146, 2004.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 4. ed. Rio de Janeiro: IMS- UERJ/ABRASCO, 2001. p. 113-126.

CHIESA, A.M., VERÍSSIMO, M.D.L.O.R. *A educação na prática do PSF*. Manual de Enfermagem. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), 2001. p.34-37.

COELHO, E. A. C. et. al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Revista de Enfermagem*, v. 13, n. 1, p. 154 – 160, 2009.

COELHO, M. O.; JORGE, M. S. B. Tecnologias das relações como dispositivo do atendimento humanizado na atenção básica à saúde na perspectiva do acesso, do acolhimento e do vínculo. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 14, Supl. 1, p. 1523 – 1531, 2009.

COSTA, A. M. Desenvolvimento e Implementação do PAISM no Brasil. In: GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org.) *Questões de Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

COSTA, G. D. et. al. Avaliação do cuidado à gestante no contexto do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol. 14, p. 1347 – 1357, 2009.

DESLANDES, S.F., 2004. *Análise do Discurso Oficial sobre a Humanização da Assistência Hospitalar*. ABRASCO. Tema: Ética e Humanização, v. 9, n. 1. ISSN 1413-8123.

ESMERALDO, G. R. O. V. et. al. Análise do acolhimento na Estratégia de saúde da Família sob a perspectiva do usuário. *Revista de Atenção Primária a Saúde*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 119- 130, abr./ jun. 2009.

FONTOURA, R. T.; MAYER, C. N. Uma breve reflexão sobre a integralidade. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 59, n. 4, p. 532-537, jul. /ago. 2006.

FORTUNA, C. M. *Cuidando de quem cuida – Notas cartográficas de uma intervenção institucional na montagem de uma equipe de saúde como engenhoca mutante para a produção da vida*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: O caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 2, p. 345- 353, 1999.

FRANCO, T.; MERHY, E. *PSF: contradições e novos desafios*. [on line] 1999. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns> acesso em 15 de abril de 2008.

FRANCO, T. B.; MERHY, E. E. Programa Saúde da Família (PSF): Contradições de um programa destinado à mudança do modelo assistencial. In: MERHY, E. E. et. al. (Org.). *O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano*. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2003, p. 55-124.

FRANCO, T. B.; PANIZZI, M. A implantação do acolher Chapecó reorganizando o processo de trabalho. In: FRANCO, T. B. et. al. (Org.). *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 79- 109.

GAMA, S. G. N. et. al. Fatores associados a assistência pré-natal precária em uma amostra de puerperas adolescentes em maternidade do município do Rio de Janeiro (1999 – 2000). *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, 20 (supl), p. 5101- 5111, 2004.

GIFFIN, K.; COSTA, S. H. (Org). *Questões da Saúde Reprodutiva*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 1999.

GILBERT, A. C. B.; CARDOSO, M. H. C. de A.; WUILLAUME, S. M. Mulher, medicina e tecnologia nos discursos de residentes em Obstetrícia/ Ginecologia. *Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro*, v.22, n. 5, p. 941 – 950, mai. 2006.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R. Acolhimento e Vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. *Comunicação, Saúde e Educação*, v. 9, n. 17, p. 287 – 301, mar./ ago. 2005.

GOMES, R. S.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. A Orquestração do trabalho em saúde: um debate sobre a fragmentação das equipes. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org). *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO, 2005. p. 105-116.

GOTARDO I.L.B.. *A percepção de mulheres sobre a assistência recebida em seu processo de ser mãe: um cenário de bons e maus tratos*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

GUEDES, A. E. L. Da integração de programas à integralidade de ações de saúde: algumas reflexões preliminares. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO, 2001. p. 127-156.

HECKERT, A. L. C.; NEVES, C. A. B. Modos de formar e modos de intervir: quando a formação se faz potência de produção de coletivo. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A.; BARROS, M. E. B. *Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e práticas*. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO, 2007. p. 145-160.

KRUEL, A. J.; VALENTIM, I. V. L. A importância da confiança interpessoal para a consolidação do Programa Saúde da Família. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 777 – 788, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO GEOGRÁFICO E ESTATÍSTICO. Estimativa populacional. Disponível em: www.ibge.br. Acesso em: 04 de agosto de 2009.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As Práticas Terapêuticas de Cuidado Integral à Saúde como Proposta para Aliviar o Sofrimento. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.) *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: IMS - UERJ/ABRASCO, 2004. p. 91-102.

LEVCOVITZ, E. *Transição x consolidação: o dilema estratégico do SUS*. 1997. Tese: (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 1997.

LUZ, M. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas para saúde no fim do Século XX. *Revista de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 7, n.1, p. 13-43, 1997.

MALTA, D. C. *Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993 – 1996*. Tese (Doutorado) – Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas. Campinas. 2001.

MALTA, D. C. et. al. Acolhimento: uma reconfiguração do processo de trabalho em saúde usuário-centrada. In: CAMPOS, C. R. et. al. *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998, p. 121 – 142.

MALTA, D. C. et. al. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em Debate*. Rio de Janeiro, v. 24, p. 21 – 34, 2000.

MANDÚ, E. N. T. Intersubjetividade na qualificação do cuidado em saúde. *Revista Latino Americana de Enfermagem*. jul. - ago. v. 12, n. 4, p. 665 -675, 2004.

MANDÚ, E. N. T. Políticas de atenção à saúde da mulher no contexto brasileiro. *Revista Baiana de Enfermagem*. Salvador, v. 10, n. 1, p. 57- 70, 1997.

MARIOTTI, H. Um método de reflexão conjunta e observação compartilhada da experiência, *Thot*, p.76-76, 2001.

MASCARENHAS, M. T. M. *Avaliando a Implementação da Atenção Básica em Saúde no Município de Niterói, RJ: Estudos de caso em Unidade Básica de Saúde e Módulo do Programa Médico de Família*. 2003. Tese (Doutorado): Escola Nacional de Saúde Pública- FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, R.A., Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem se defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Os sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ ABRASCO, 2001, p. 39 – 64.

MATTOS, R. A.. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, n.5, p. 1411-1416, 2004.

MATTOS, R. A. O incentivo ao Programa de Saúde da Família e seu impacto sobre as grandes cidades. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 77-108, 2002.

MATUMOTO, S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade de rede básica de serviços de saúde*. 1998. Dissertação (Mestrado): Universidade de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 1998.

MELO, E. M. et. al. A organização da atenção básica em municípios integrantes do Projeto de Expansão e Consolidação do Saúde da Família em Mato Grosso, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, suppl. 1, 2008.

MENDES, E. V. As políticas de Saúde no Brasil no anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neoliberal. In: MENDES, E. V. (Org.) *Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 19-91.

MERHY, E. E. A perda da dimensão cuidadora na produção de saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: CAMPOS, C. R. et. al. (Orgs.). *Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público*. São Paulo: Xamã, 1998. p. 103-120.

MERHY, E.E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde. In: MERHY, E.E.; ONOCKO, R. (Orgs.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997. p.71-112.

MERHY, E. E. *Saúde: a cartografia do trabalho vivo*. São Paulo: Hucitec, 3 ed. 2002.

MINAYO, M.C. S. *O desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde*. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004.

NASCIMENTO, E. R. Política de atenção à saúde da mulher no Brasil: historicamente a quem se destina? *Revista Baiana de Enfermagem*, Salvador, v.5, n.1, p. 79-86, out. 1992.

OLIVEIRA, E. M. SPIRI, W. C. Programa Saúde da Família: a experiência de equipe multiprofissional. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 727 – 733, 2006.

OLIVEIRA, A. et. al. A comunicação no contexto do acolhimento. *Comunicação, Saúde e Educação*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 27, p. 749 – 762, out./ dez. 2008.

OSIS, M. J. D. *Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção*. 1994. Dissertação (Mestrado): Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1994.

PAIM, J. S. A Reforma Sanitária e os Modelos Assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z.; ALMEIDA FILHO, N. *Epidemiologia e saúde*. 5. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. *Revista de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 35, n. 1, p. 103 – 109, 2001.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistencial. *Revista Brasileira de Medicina da Família*, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, out./dez. 2005.

PEREIRA, P.M.H. *Avaliação da atenção básica para o diabetes mellitus na Estratégia Saúde da Família*. Dissertação (Mestrado): Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães – FIOCRUZ, 2007.

PINHEIRO, R. As práticas do cotidiano na relação oferta e demanda dos serviços de saúde: um campo de estudo e construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A.(Org). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS, ABRASCO, 2001. p. 65 – 112.

PINHEIRO, R., GUIZARDI, F. L. Cuidado e Integralidade: por uma Genealogia de Saberes e Práticas no Cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2004. p. 21 – 36.

PINHEIRO, R.; LUZ, M. T. Práticas Eficazes x Modelos Ideais: Ação e Pensamento na Construção da Integralidade In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org.). *Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2007. p. 9 – 36.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2001.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Cuidado: as Fronteiras da Integralidade. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2004.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2005.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2007.

PUPIM, V. M. ACS: *Concepções de saúde e do seu trabalho*. 2008. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

RECIFE. *Plano Municipal de Saúde, 2006 – 2009. Recife saudável: inclusão social e qualidade no SUS*. Recife, 2006. Disponível em: <<http://www.recife.pe.gov.br>>. Acesso em: 20 de setembro de 2008.

ROCHA, F. A. F. *A trajetória das gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro*. 2004. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2004.

ROGERS, C. In: Amatuzy MM. O que é ouvir. *Revista Semestral de Estudos de Psicologia*, v.7, n. 1, p. 87-97. 2001.

SÁ, P. K. *A integralidade da atenção no Programa Médico da Família de Niterói*. 2003. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, Rio de Janeiro, 2003.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 20, p. 1487 – 1494, 2004.

SCHRAIBER, L. B; NEMES, M. I. B. Processo de trabalho e avaliação de serviços em saúde. *Cadernos FUNDAP*, São Paulo, n. 19, p. 106-121, jan./abr. 1999.

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, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SHIMIZU, H. E.; LIMA, M. G. As dimensões no cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 62, n. 3, p. 387-92, mai./jun. 2009.

SILVA JÚNIOR, A. G. *Modelos tecnoassistencias em saúde: o debate no campo da saúde coletiva*. São Paulo: Hucitec, 1998.

SILVA JÚNIOR, A.G., MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da Atenção Básica em Saúde sob a Ótica da Integralidade: Aspectos Conceituais e Metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Cuidado: as Fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ ABRASCO, 2004. p. 241 – 258.

SILVA JR., A. G.; MERHY, E. E.; CARVALHO, L. C. Refletindo sobre o ato de cuidar da saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. (Org). *Construção da integralidade: Cotidiano, saberes e práticas em saúde*, Rio de Janeiro: UERJ/ IMS/ABRASCO, 2007. p. 115 – 130.

SILVA, W. V. *A comunicação interpessoal entre os profissionais de saúde e gestantes na assistência pré-nata: Repercussões da gravidez no contexto cultural e emocional*. São Paulo: Editora Manole; 2002. p. 15-21.

SILVEIRA, P. A. F. O acolher Chapecó. In: FRANCO, T. B. et al. *Acolher Chapecó: uma experiência de mudança do modelo assistencial, com base no processo de trabalho*. São Paulo: Hucitec, 2004. p. 70-78.

SOARES, M. C. *A integralidade na saúde da Mulher: possibilidades de atenção a mulher com câncer de colo uterino nos serviços de saúde*. 2007. Dissertação (Mestrado): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Ribeirão Preto, 2007.

SOLLA, J. J. S. P. Acolhimento no sistema municipal de saúde. *Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil*, v. 5, n. 4, p. 493 – 503, out./dez. 2005.

SOUZA, E. C. F. et. al. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais de saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, Supl. 1, p. 100 - 110, 2008.

STARFIELD, B. *Atenção primária, equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. Brasília: Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura, 2002.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331 – 340, 2007.

TEIXEIRA, M. C. B. A dimensão cuidadora do trabalho em equipe em saúde e sua contribuição para a odontologia. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 45 - 51 , jan. / mar., 2006.

TEIXEIRA, R. R. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: *Construção da Integralidade: Cotidianos, Saberes e Práticas em Saúde* R. PINHEIRO; R. A. MATTOS, (Org.), Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. p. 91 – 114.

TRESSE, V.P. *Acolhimento e vínculo na assistência prestada ao portador de Diabetes em uma Unidade Básica de Saúde no município do Rio de Janeiro*. 2008. Dissertação (Mestrado): Escola Nacional de Saúde Pública/ FIOCRUZ, 2008.

TOBAR, F.; YALOUR, M.R. *Como fazer teses em saúde pública: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa*. Rio de Janeiro. Editora FIOCRUZ, 2001).

TRIVIÑOS, A.N.S. Coleta de dados na pesquisa qualitativa. In: _____. *Introdução à pesquisa em Ciências Sociais: a pesquisa qualitativa em educação*. São Paulo: Atlas. p. 137-170. 1987.

TSUMECHIRO, M. A.; BONADIO, I. C.; OLIVEIRA, V. M de. *Acolhimento: fator diferencial no pré-natal*. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 2002, São Paulo. **Anais eletrônicos...** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP, Disponível em: <http://www.proceedings.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=MSC0000000052002000200027&lng=en&nrm=abn>. Acess on: 05 Oct. 2009.

VALADARES, D. P. Ações de Contracepção e Assistência ao Parto: A Experiência do Rio de Janeiro. In: *Questões de Saúde Reprodutiva* (K. Giffin; S. H. Costa), Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 1999.

VARGENS, O. M. C. *Direitos Reprodutivos: A Enfermagem e a Questão do Aborto*. Rio de Janeiro: NEPEN – MUSAS, 2001.

VIEIRA, E. M. *A medicalização do corpo feminino*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro das entrevistas realizadas com profissionais de saúde

Título da pesquisa: Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante

1. Dados de identificação:

Data: _____

Local da entrevista: _____

Horário de início e finalização: _____

- 1) Qual sua formação acadêmica? Possui pós- graduação? Se sim, em que?
- 2) Você atua no cuidado a gestante na ESF? Se sim, há quanto tempo?
- 3) Fale um pouco sobre o que é a integralidade no cuidado prestado à gestante?
- 4) Fale sobre acolhimento a gestante? Ele pode vivenciado em suas práticas?
- 5) Fale sobre o vínculo no cuidado a gestante? Ele pode vivenciado em suas práticas?
- 6) Como se relaciona enquanto profissional com as gestantes?
- 7) Existe obstáculos para acolher e criar vínculos com as gestantes? Caso haja, quais?

APÊNDICE B – Roteiro das entrevistas realizadas com gestantes

Título da pesquisa: Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante

Dados de identificação:

Data: _____

Local da entrevista: _____

Horário de início e finalização: _____.

Idade: _____

Escolaridade: _____

- 1) Como você fez para iniciar o pré-natal?
- 2) Para você o que é acolhimento no pré-natal? Fale um pouco
- 3) Como você vê o profissional que realiza o pré-natal? Como se relaciona com ele?
- 4) Como se relaciona com o profissional que faz seu pré-natal? Fale um pouco
- 5) Você consegue resolver os problemas relacionados à gestação?
- 6) Existe dificuldades para seu acompanhamento no pré-natal?

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Ministério da Saúde
Fundação Oswaldo Cruz
Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães
Mestrado em Saúde Pública
Sub-área: Políticas Públicas e Saúde

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Convidamos a (o) senhor (a) para participar de uma pesquisa “Práticas de Integralidade: Acolhimento e Vínculo no Cuidado Prestado a Gestante”, que está sendo desenvolvida pela aluna do curso de Mestrado Roberta Lima Gonçalves, do Centro de Pesquisas Aggeu Magalhães/FIOCRUZ, com os objetivos: Analisar as percepções dos profissionais de saúde e gestantes sobre integralidade da assistência, especialmente no que se refere aos atributos de acolhimento e vínculo; Descrever as percepções sobre a integralidade na perspectiva dos profissionais de saúde; Conhecer as percepções e práticas do acolhimento e vínculo dos profissionais de saúde que realizam o pré-natal; Descrever as experiências sobre o acolhimento e vínculo no pré-natal relatadas pelas gestantes e pelos profissionais com base na noção de integralidade; Identificar potencialidades e dificuldades no acompanhamento pré-natal no que concerne ao acolhimento e vínculo.

As entrevistas serão gravadas, porém, garantimos total privacidade e confidencialidade das mesmas. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será assinado em duas vias, a fim que uma fique com o pesquisador e outra com o entrevistado.

Ressaltamos que na participação da pesquisa não há riscos e/ou benefícios para os participantes, podendo a qualquer momento desistir de participar, sem prejuízos. As informações serão de grande importância para o assunto abordado.

Colocamo-nos à disposição para maiores esclarecimentos sobre qualquer dúvida que o (a) senhor (a) possa ter sobre a pesquisa, através do Departamento de Saúde Coletiva- NESC, localizado no Campus UFPE na Av. Moraes do Rego s/n, Cidade Universitária, Recife- PE, ou pelo fone (81) 2101 2500.

Declaro estar ciente das informações deste termo de consentimento, entendendo que poderei pedir esclarecimento a qualquer tempo.

Recife, ____ de _____ 2009.

Nome do (a) entrevistado (a): _____

Assinatura do (a) entrevistado (a)

ANEXOS

ANEXO I – Autorização pela Secretaria Municipal de Saúde para o desenvolvimento da Pesquisa nas Unidades de Saúde da Família do Recife



**Prefeitura do Recife
Secretaria de Saúde**

CARTA DE ANUÊNCIA

Autorizo **Roberta Lima Gonçalves**, estudante do Curso Mestrado em Saúde Pública do Centro de Pesquisa Aggeu Magalhães – CpqAM/FIOCRUZ/MS, a desenvolver pesquisa nas Unidades de Saúde da Família, da Secretaria de Saúde do Recife, sob o título: **“Integralidade das Práticas dos Profissionais de Saúde Voltadas às Gestantes na Atenção Básica”**.

Estarei ciente que me são resguardados e abaixo listados:

- O cumprimento das determinações éticas da resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.
- A garantia de solicitar e receber esclarecimentos, antes e durante o curso da pesquisa;
- A liberdade de recusar a participar ou retirar minha anuência, em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma;
- A garantia de que nenhum paciente será identificado e terá assegurado privacidade quanto aos dados envolvidos na pesquisa;
- Não haverá nenhuma despesa para a Secretaria de Saúde do Recife decorrente da participação na pesquisa.

Tenho ciência do exposto e concordo em fornecer subsídios para a pesquisa.

Recife, 01 de dezembro de 2008.

Carlos Sena
Diretor Geral de Gestão do Trabalho

**ANEXO II – Parecer do Comitê de Ética do Centro de Pesquisas Aggeu
Magalhães/ Fundação Oswaldo Cruz**



Título do Projeto: Integralidade das práticas profissionais de saúde.

Pesquisador responsável: Roberta Lima Gonçalves.

Instituição onde será realizado o projeto: CPqAM/Fiocruz

Data de apresentação ao CEP: 19/11/2008

Registro no CEP/CPqAM/FIOCRUZ: 159/08

Registro no CAAE: 0156.0.095.000-08

PARECER Nº 132/2008

O Comitê avaliou e considera que os procedimentos metodológicos do Projeto em questão estão condizentes com a conduta ética que deve nortear pesquisas envolvendo seres humanos, de acordo com o Código de Ética, Resolução CNS 196/96, e complementares.

O projeto está aprovado para ser realizado em sua última formatação apresentada ao CEP e este parecer tem validade até 04 de dezembro de 2011. Em caso de necessidade de renovação do Parecer, encaminhar relatório e atualização do projeto.

Recife, 04 dezembro de 2008.


Drª Zulma Braga de Medeiros
Biómedica
Coordenadora
CEP/CPqAM/FIOCRUZ

Observação:

Anexos:

- Orientações ao pesquisador para projetos aprovados;
- Modelo de relatório anual com 1º prazo de entrega para 04/12/2009.