



**UNIVERSIDADE DE FORTALEZA - UNIFOR
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - VRPPG
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA - MSC**

**ACOLHIMENTO DE GESTANTES NA PRÁTICA DE
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM FORTALEZA-CEARÁ**

Geysa Maria Nogueira Farias

Fortaleza - Ce
Março, 2011

GEYSA MARIA NOGUEIRA FARIAS

**ACOLHIMENTO DE GESTANTES NA PRÁTICA DE
PROFISSIONAIS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA
EM FORTALEZA-CEARÁ**

Dissertação apresentada ao
Curso de Mestrado em Saúde
Coletiva da Universidade de
Fortaleza como requisito parcial
para obtenção do Título de
Mestra em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof^a Dr^a Raimunda Magalhães da Silva

Fortaleza - CE
2011

F224a Farias, Geysa Maria Nogueira.
Acolhimento de gestantes na prática de profissionais da estratégia saúde da família em Fortaleza-Ceará / Geysa Maria Nogueira Farias. - 2011.
84 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade de Fortaleza, 2011.
“Orientação: Profa. Dra. Raimunda Magalhães da Silva.”

1. Gravidez. 2. Programa Saúde da Família. 3. Saúde pública. I. Título.

CDU 618.2

GEYSA MARIA NOGUEIRA FARIAS

ACOLHIMENTO DE GESTANTES NA PRÁTICA DOS PROFISSIONAIS DA
ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM FORTALEZA-CEARÁ

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva

Grupo de Pesquisa: Grupo de Ensino Extensão e Pesquisa Saúde da Mulher

Linha de Pesquisa: Políticas e Práticas na Promoção da Saúde

Data de aprovação: 19/12/2011

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Dr.^a Raimunda Magalhães da Silva - UNIFOR

Orientadora



Prof.^a Dr.^a Marli Villela Mamede – EERP/USP

Examinadora



Prof.^a Dr.^a Escolástica Rejane Ferreira de Moura - UFC

Examinadora



Prof.^a Dr.^a Ana Paula Soares Gondim – UNIFOR

Suplente

Dedico esta dissertação aos meus pais, João e Nely, pelo amor condicional, por ter me ensinado a amar e valorizar as pessoas como estas são e lutar pelos meus ideais. Ao meu esposo Carlos pelo amor e compreensão e aos nossos filhos Carlos Filho e Matheus, dádivas de Deus.

AGRADECIMENTOS

Agradeço, primeiramente, a Deus por ter me guiado e fortalecido para realizar este sonho.

Aos meus filhos, Antônio Carlos Chaves dos Santos Filho e Matheus Farias Chaves, e ao meu marido Antônio Carlos Chaves dos Santos, pelo amor, força, compreensão, pelo sentido que dão em minha vida, pela compreensão nos momentos de exaustão, sem eles não teria conseguido atingir mais um sonho e uma etapa vencida. Amo vocês demais!

À minha mãe Maria Nely Nogueira Farias, meu pai João Gomes Farias, *in memória* aos meus irmãos Girlândia Maria Nogueira Farias, Jônia Maria Nogueira Farias, Ana Júlia Nogueira Farias, Gizela Maria Nogueira Farias e Antônio Randal Nogueira Farias, pelo apoio e compreensão nos momentos ausentes. E à minha sogra, Francisca Eugênia Chaves dos Santos, pelo apoio na minha vida.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP) por contribuir com auxílio financeiro nesta produção científica que integra o GRUPO DE PESQUISA PROMOÇÃO À SAÚDE DA MULHER e está inserida no projeto Integralidade na produção do cuidado à gestante nos Municípios de Fortaleza e Crato.

Agradecimento especial à Professora Doutora Raimunda Magalhães da Silva, minha orientadora pela dedicação, ensinamentos e confiança depositada, e as orientações conduzidas durante toda a trajetória do mestrado essenciais para a concretização desta dissertação.

À Professora Doutora Ana Paula Soares Gondim pelo carinho, presteza e orientações no decorrer da elaboração e construção desta pesquisa.

Aos Professores da Banca, Dra. Marli Vilella Mamede e Dra. Escolástica Rejane Ferreira Moura.

Aos Professores do Mestrado em Saúde Coletiva da Unifor, pelos ensinamentos.

Aos meus colegas de Curso, pelas amizades que surgiram nas trilhas desta trajetória: às minhas amigas especiais Maria do Socorro Oliveira Santana, Antônia Karoline Araújo Oliveira e Caroline Barbosa Lourenço.

Às amigas do Grupo de Pesquisa, em especial à minha amiga Isabella Lima Barbosa, pelo incentivo, força e apoio durante todo o percurso do mestrado.

Aos funcionários Francisca Francicleide Paiva Martins, Francisco Lazaro Lima Abreu e Francisco Widson da costa Dias, pela consideração e atenção a todos.

RESUMO

Este trabalho focaliza o acolhimento de gestantes na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família (ESF) e os seus propósitos convergiram para identificar a prática do acolhimento com as gestantes, realizada pelos profissionais na Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-Ceará. A gestação é um período permeado por significados diversos e distintos, independentemente das circunstâncias pessoais, familiares e sociais que envolvem a grávida. Nesta investigação, utilizou-se o estudo transversal, com a participação de 241 profissionais (médicos, enfermeiros e dentistas) da ESF do Município de Fortaleza-CE, em 2011, abrangendo as unidades de saúde das seis Secretarias Executivas Regionais (SER) que compõe o sistema municipal de saúde. Utilizou-se um questionário estruturado contendo perguntas sobre variáveis sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho na Saúde da Família, instrumentalização do profissional e questões sobre o acolhimento e autocuidado respondido por médicos, enfermeiros e dentistas. Criou-se uma classificação de indicadores de acolhimento total (respostas de oito itens) e parcial (menor ou igual a sete itens). A análise estatística foi descritiva, de tendência central e bivariada, com utilização do teste de correlação de Pearson e teste exato de Fisher. Foram adotados um $p < 0,05$ e um nível de confiabilidade de 95%. A análise bivariada mensurou a associação entre as características sociodemográficas, formação profissional, tempo de trabalho, treinamento em acolhimento, com o desfecho da sugestão de indicadores do acolhimento total e parcial. Na caracterização dos participantes, houve predominância do sexo feminino (80,5%), idade média de 35,9 anos e desvio padrão $DP \pm$ de 6,1, o tempo de graduação de cinco a dez anos correspondeu a (45,4%), tempo de trabalho na ESF (64,3%) e com especialização em saúde coletiva e áreas afins (66,6%). Quanto à instrumentalização desses profissionais para o acolhimento, 74,5% nunca participaram de treinamentos; 60,2% não tiveram treinamento em acolhimento, 77% no período 2009 a 2011. Analisando sobre o uso de instrumentos de comunicação em sessões educativas, 71,7% dos médicos não fazem uso destes instrumentos. Entre os enfermeiros, este número se reduz para 24,1% e entre dentistas 40,8%. Dentre as regionais de saúde, A SER III destacou-se, realizando acolhimento total (27,9%) com predominância dos profissionais do sexo feminino (89,9%) representando significância estatística $p = 0,010$, destacando-se o enfermeiro (81%), com $p < 0,001$, com elevada relevância. Na SER VI foi evidenciado maior percentual (23,0%) relacionado ao acolhimento parcial, destacando-se os profissionais dentistas (42,8%), com relevância estatística $p < 0,001$. Nas orientações sobre o autocuidado direcionadas pelos médicos, enfermeiros e dentistas no acolhimento total, prevaleceu o sexo feminino, representando $p < 0,001$. O estudo conclui que o perfil sociodemográfico desses profissionais é de jovens, casados, sexo feminino, tempo de formado e de trabalho na ESF de cinco a dez anos e pós-graduados em Saúde Coletiva e áreas afins. Estes participantes apontaram lacunas na instrumentalização do conhecimento para o acolhimento às gestantes na consulta de pré-natal, refletindo nas tomadas de decisão.

Palavras-chave: Acolhimento; Gestante; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study focuses on the welcoming of pregnant women in the of professionals in the Family Health Care Strategy (FHCS) in Fortaleza Ceará, Brazil. Gestation is a period permeated with diverse and distinct meanings, independent of personal, family, and social circumstances that involve the pregnant woman. In this investigation the was used with the participation of 241 professionals (doctors, nurses and dentists) of the FHCS in the municipality of Fortaleza, Ceará, in 2011, including the Health Care Units of the six Regional Executive Secretaries (RES). A structured questionnaire contemplating the variables: social demographics, professional training, time on the job at the Unit Family Health Care, training of the professional; questions about the welcoming; self-care of the pregnant woman answered by doctors, nurses and dentists. A classification indicator was created of total welcoming (answers of eight items) and a partial (less than or equal to seven items). The statistical analysis was descriptive of a central and bi-variable tendency using Pearson's Correlation test and Fisher's Exact Test. A $p < 0.05$ and a confidence level of 95% the bi-varied analysis measured the association among the characteristics: social demographics, professional training, time on the job, and welcoming training, with an outcome suggesting a total and partial welcoming parameter. The discussion of the findings was conducted using pertinent literature. The findings evidenced the following characteristics of the participants: female (80.5%), average age 35.9 years old, standard deviation DP +- of 6.1 years sine they graduated from 5 to 10 years (45.4%), equal time. On the job at FHCS (64.3%) and a having a specialization in collective health care and similar areas of study (66.6%). As to the training of these professionals for welcoming, 74.5% never participated in the training; 60.2% did not have welcoming training, 77% had welcoming training from 2009 to 2011. When analyzing regarding the use of communication materials in educational sessions, 71.7% of the doctors did not use these instruments. Among the nurses, this number was reduced to 24.1% and among the dentists 40.8%. Among the RES III stood out performing total welcoming (27.9%) with predominantly female professionals (89.9%) representing a statistical significance $p = 0.010$, standing out the nurses 81% with $p < 0.001$, with a high relevance. The RES IV evidenced a higher percentile related to the partial welcoming, standing out the dentists (42.8%) with a statistical relevance of $p < 0.001$. In the questions regarding self-care directed to the doctors, nurses and dentists in the total welcoming prevailed female representing $p < 0.001$. The study concluded that the social demographic profile of these professionals is young, married, female, time of graduation and time on the job at the FHCS of five to ten years, and post - graduation in collective health care and similar areas of study. These participants pointed out gaps in the know-how training for welcoming of the pregnant women at the pre-natal consultation reflecting in the decision.

Key words: User Embracement; Pregnant Women; Family Health Care Strategy.

LISTA DE QUADROS

- 1 Produção científica relacionada ao tema acolhimento, segundo autores/ano de publicação e/ou defesa da dissertação, objetivos e metodologia encontrados nas bases de dados LILACS e SCIELO.2000 à 2010.....33

LISTA DE FIGURAS

1	Mapa das Regionais de Fortaleza	42
---	---------------------------------------	----

LISTA DE TABELAS

1	Distribuição de médicos, enfermeiros e dentistas da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241).....	48
2	Distribuição do número de médicos, enfermeiros e dentistas de acordo com ter ou não treinamento em acolhimento, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241) .	49
3	Distribuição de médicos, enfermeiros e dentistas segundo práticas de acolhimento, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011 (N=241).....	51
4	Acolhimento total realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241)	54
5	Acolhimento parcial realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241)	55
6	Orientações sobre o autocuidado das gestantes direcionadas pelos profissionais médicos e enfermeiros no acolhimento total da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=169)	56
7	Orientações sobre o autocuidado das gestantes direcionadas pelos profissionais dentistas no acolhimento total da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=72)	57

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BVS	–	Biblioteca Virtual em Saúde
CNES	–	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
COFEN	–	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	–	Estratégia Saúde da Família
IBGE	–	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
LILACS	–	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	–	Literatura Internacional em Ciências da Saúde
MS	–	Ministério da Saúde
OMS	–	Organização Mundial de Saúde
PAISM	–	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PHPN	–	Programa de Humanização no Parto e Nascimento
PNAISM	–	Política Nacional de Integração à Saúde da Mulher
PSMI	–	Programa de Saúde Materno-Infantil
SCIELO	–	<i>Scientific Electronic Library Online</i>
SER	–	Secretaria Executiva Regional
SF	–	Saúde da Família
SMS	–	Secretaria Municipal de Saúde
SPSS	–	<i>Statistical Package Social Science</i>
SUS	–	Sistema Único de Saúde
UBASF	–	Unidade Básica de Saúde da Família
UNIFOR	–	Universidade de Fortaleza

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 OBJETIVO.....	20
2.1 Objetivo geral.....	20
3 REVISÃO DE LITERATURA	21
3.1 Cuidado à Saúde da Gestante.....	21
3.2 O Acolhimento das Gestantes e as Equipes de Saúde da Família.....	25
3.3 Práticas do Acolhimento à Gestante.....	28
4 METODOLOGIA	41
4.1 Tipo de Estudo.....	41
4.2 Local do Estudo	41
4.3 População/Amostra do Estudo	42
4.4 Coleta de Dados	44
4.5 Análise dos Dados.....	45
4.6 Aspectos Éticos	46
5 RESULTADOS	47
6 DISCUSSÃO	58
7 CONCLUSÃO.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
APÊNDICES.....	75
ANEXOS	83

1 INTRODUÇÃO

A gestação é um período permeado por significados diversos e distintos, independentemente das circunstâncias pessoais, familiares e sociais que envolvem a grávida (HOGA; REBERTE, 2007).

No Brasil, a população de mulheres em idade fértil chega a 61.417.666, e de gestantes é estimada em 7.571.502(12,0%). No Ceará, a população de mulheres é cerca de 2.780.484(4,0%) e destas 498.896(17%) são gestantes (IBGE, 2010). Este resultado revela o número expressivo de grávidas, logo, o Sistema Único de Saúde (SUS) deve desenvolver políticas públicas saudáveis para assisti-las de forma integral.

No Brasil, dados do Ministério da Saúde, pelo Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB), informam que o número de gestantes em todas as faixas etárias no ano de 2010 e janeiro de 2011 estão em torno de oito milhões. O Estado do Ceará sinaliza um aumento de 9,3%, em 2010, em relação ao ano de 2009. Em Fortaleza foram registrados no ano de 2010 até janeiro de 2011 63.925 gestantes (SIAB, 2011).

Segundo estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), Fortaleza, no ano de 2011, apresentava uma estimativa populacional de 50.000 gestantes. A Secretaria Municipal de Saúde (SMS) assumiu o compromisso sanitário de atender a população, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), chegando a atender mais de 70% da população de gestantes, em maternidades públicas e conveniadas, o que no ano de 2010 correspondia a 35.000. Neste mesmo ano, somente nas maternidades públicas, foram realizados 22.240 partos, representando 66,6% do compromisso assumido com o Ministério da Saúde (IBGE, 2011).

A luta das mulheres pela melhoria da qualidade da saúde incentivou a criação de mais políticas pelo Ministério da Saúde (MS) norteadas nos princípios de humanização, promoção de saúde e integralidade das ações voltadas para a assistência à saúde da mulher (MEDEIROS; GUARESHI, 2009).

No ano de 2000, o Ministério da Saúde, ciente da importância da atenção pré-natal, lançou o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), mediante a Portaria-GM nº 569/2000, o qual se baseia nas necessidades de atenção

específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto. O PHPN tem como objetivos a redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal e a adoção de medidas para melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal (BRASIL, 2000).

Segundo o Ministério da Saúde (BRASIL, 2002), os princípios do PHPN são: toda gestante tem direito ao acesso e atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de conhecer e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; direito à assistência ao parto e ao puerpério de forma humanizada e de qualidade e é dever das unidades básicas de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido.

Em 2004, algumas ações de saúde da mulher ainda se encontravam fragmentadas, levando o Ministério da Saúde a elaborar a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes (PNAISM). Esta política consolida avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, dando ênfase à melhoria a atenção obstétrica (BRASIL, 2004).

A PNAISM tem como finalidade prestar assistência à mulher em todas as etapas do seu ciclo vital, pois tem algumas prioridades de procedimentos, em especial a atenção do pré-natal, como: captar a gestante na comunidade, fazer os controles periódicos, contínuos; garantir as consultas, bem como reuniões educativas, adequar área física, equipamentos e instrumental mínimo; oferecer medicamentos básicos e apoio laboratorial, adotando assim uma nova perspectiva de atenção a cada mulher, situando-a em seu contexto social (COSTA et al., 2009).

Conforme Zampieri e Erdman (2010), o cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, sendo fundamental para diminuição da morbidade e mortalidade materna e fetal, a preparação para a maternidade e a paternidade, a aquisição de autonomia e vivência segura do processo de nascimento compreendida desde a pré-concepção até o pós-parto.

Percebemos, contudo, em visitas técnicas realizadas às unidades básicas de saúde de Fortaleza, que as gestantes aguardam em filas de espera por uma consulta, e que muitas vezes voltam para o seu lar por falta de acolhimento de

alguns profissionais que não valorizam o seu problema, os quais deveriam ter preferência no atendimento.

Apesar da relevância desse cuidado, na prática, os programas governamentais parecem não alcançar a efetividade esperada. A atenção à saúde da gestante, no âmbito público, está além das necessidades e expectativas das gestantes e do que os profissionais almejam havendo uma supervalorização da doença. A consulta pré-natal na atenção básica caracteriza-se quase sempre na realidade brasileira como um momento rotineiro, técnico, rápido, sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas (ZAMPIERI; ERDMANN, 2010).

Neste âmbito, a ESF desponta como possibilidade de aproximação entre serviço/sistema e usuários/necessidades. É uma proposta sintonizada com os princípios do SUS e voltada para a abordagem da promoção à saúde.

As mudanças na legislação instituídas pela Lei Orgânica de Saúde – Lei 8080 propôs ao setor saúde uma reorganização político-administrativa com base nas seguintes diretrizes: universalização da atenção; equidade no atendimento; integralidade das ações; descentralização da execução e da tomada de decisão; participação da sociedade em diversos fóruns; integração institucional com comando único em cada esfera de governo; e regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde com organização distrital.

Essa lei dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços dessa área, em todo o Território Nacional, sejam eles de direito público ou privado, (MARQUES et al., 2004).

Com origem nas diretrizes do acolhimento, modificam-se os processos de trabalho e o impacto dessas mudanças se dará sobre todos os profissionais, que terão suas ações potencializadas e valorizadas pelos usuários, colegas de trabalho e instituição. Pelas diretrizes do acolhimento, a equipe é convidada a assumir um novo papel na organização do trabalho, utilizando todo o seu arsenal tecnológico na assistência, escuta e solução de problemas de saúde dos usuários. Essa nova concepção de modelo assistencial pressupõe sujeitos engajados na luta pela

qualidade de vida, tendo os usuários como o centro do atendimento e os trabalhadores como cogestores do seu processo de trabalho (MERHY, 2002).

O acolhimento é um dos princípios do SUS que garante acessibilidade com duas palavras básicas: escutar e incluir. O acolhimento é escutar com compreensão o que acontece com o outro e incluí-lo no cuidado, garantindo atender todas as pessoas em relação a acessibilidade universal, reorganizando o processo de trabalho para a equipe multiprofissional (BRASIL, 2006).

Para Merhy et al. (2004), o acolhimento permite ainda arguir sobre o processo de produção da relação usuário-serviço sob o olhar da acessibilidade. Teria a potência de realizar vínculo e responsabilização, de provocar ruídos sobre os momentos nos quais o serviço recebe o seu usuário e evidenciar as dinâmicas e os critérios de acessibilidade a que os usuários estão submetidos; pode produzir novas dinâmicas, instituintes de novas linhas de possibilidades para a produção do cuidado. É uma chance de modificar o serviço para uma forma usuário-centrada, reduzindo a centralidade das consultas médicas e utilizando melhor os potenciais de outros profissionais.

Silva Júnior e Mascarenhas (2006) expressam que o acolhimento possui três dimensões – da postura, da técnica e dos princípios de reorientação dos serviços – malgrado as questões da subjetividade e individualidade, a busca de significados e de não ditos. Requer, contudo, a mobilização de saberes para dar respostas, levando a uma postura de enriquecimento do arsenal terapêutico, buscando enriquecer as intervenções. O trabalho em equipe entra neste arsenal, mas busca a sua articulação, e não sua alienação, abre um espaço dialógico para extirpar a alienação, respeita o sujeito, negocia necessidades e rearticula os serviços.

Mendes (1996) ressalta que a Estratégia Saúde da Família (ESF) deve ofertar prioritariamente assistência promocional e preventiva, sem, contudo, descuidar da atenção curativa e reabilitadora. Complementa, referindo que a expansão das equipes de Saúde da Família favorecem a equidade e a universalidade da assistência, uma vez que as equipes são implantadas, prioritariamente, em comunidades antes restritas quanto ao acesso aos serviços de saúde.

A ESF tem suas bases no Programa de Agentes Comunitários de Saúde, institucionalizado pelo Ministério da Saúde, em 1991, com o objetivo de contribuir

para o enfrentamento dos graves índices de morbidade e mortalidade materna e infantil na Região Nordeste do Brasil (BRASIL, 2004).

Para a operacionalização da ESF é necessária a criação de equipe multiprofissional que atue em uma área delimitada. As práticas vão para além da unidade de saúde, envolvem a comunidade local em seu habitat, permitem o conhecimento da realidade e o estabelecimento de prioridades de trabalho em curto, médio e longo prazo (DUARTE; ANDRADE, 2006).

Sendo assim, a ESF deve ser compreendida como processo que conduz indivíduos e grupos a assumirem ou ajudarem na melhoria de sua qualidade de vida, e isso depende da participação da população por meio de conhecimentos, compreensão, motivação e adoção de práticas saudáveis (FERREIRA; SHIMIDIT; CACERES, 2010).

Funcionando adequadamente, as unidades básicas da ESF são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população (LIMA, 1996).

Apesar dos investimentos nesse setor, ainda não foi possível uma verdadeira mudança na forma como o sistema de saúde está organizado. É preciso pensar mais em saúde do que em doença. E pensar em promoção da saúde é pensar “grande”, e articular ações do setor de saúde com outros setores do município – como educação, meio ambiente, segurança, geração de emprego e renda, entre outros, elevando a qualidade de vida da população e garantindo a sua cidadania (BRASIL, 2001).

Entendemos que a porta de entrada ao serviço de saúde para gestante na manutenção de hábitos saudáveis e melhor qualidade de vida é a ESF. Este é um serviço de atenção básica que trabalha buscando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

No âmbito da ESF, são de competência da equipe interdisciplinar a receptividade e o acolhimento a todo cliente, especialmente a mulher grávida.

A atenção básica na gravidez inclui a prevenção de doenças e agravos, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas ocorridos durante o período gestacional até o pós-parto, tanto na mulher quanto no bebê (BRASIL, 2000).

Com efeito, o acolhimento deve resultar das relações no processo de atendimento, da inclusão social com escuta respeitosa e solidária, comprometendo-se com a constituição da cidadania.

Matumoto (1998) explica que o acolhimento é determinado pela concepção de ser humano e de saúde/doença em que o trabalho se baseia. Conclui que o *porquê* acolher desvenda o modo como se efetiva a implantação do SUS e como os trabalhadores envolvidos “se posicionam frente ao lema ‘Saúde como direito de todos e de cidadania’, através dos princípios de universalidade, equidade, integralidade”.

Vale salientar que a saúde da mulher é uma das prioridades da atenção básica, pois engloba um universo de assistência em todo o ciclo de vida feminino, o qual inicia na adolescência, continuando na fase adulta e na velhice.

Ante a complexidade de ações que perpassam o acolhimento com de gestantes no serviço de saúde, especificamente na ESF questionamos sobre como os profissionais praticam o acolhimento de gestantes, enfatizando práticas de promoção do autocuidado.

2 OBJETIVO

2.1 Objetivo geral

- Analisar a prática do acolhimento realizada por profissionais com as gestantes na Estratégia Saúde da Família.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Cuidado à Saúde da Gestante

Pode-se compreender o acolhimento, simultaneamente, como uma diretriz e uma estratégia. Segundo Takemoto e Silva (2007), essa prática nos serviços de saúde denota a reorganização do trabalho e a postura relativa à atenção às necessidades dos usuários. A articulação dessas perspectivas traduz as intenções de um atendimento com garantia do direito de acesso aos serviços e da humanização das relações estabelecidas no cotidiano das instituições.

A atitude de acolher pressupõe a mobilização dos sujeitos envolvidos em todos os aspectos das relações que se estabelecem no âmbito da saúde. É necessária uma consciência de cidadania. Deve-se reconhecer nas estratégias propostas pelo SUS um caminho para exercer o direito ao acesso universal e conquistar a integralidade e a equidade da assistência à saúde. Assim, o espaço do acolhimento na atenção básica à saúde compõe um potencial cenário para conflitos éticos no dia a dia das ações (BREHMER; VERDI, 2010).

Os estudos em torno dessa temática estão basicamente delineados na perspectiva estrutural e organizacional de uma atividade implantada com vistas às transformações propostas pelo SUS. Assim, são incipientes as pesquisas que retomam o acolhimento na perspectiva ética. Como dispositivo de uma política de humanização dos serviços de saúde, o acolhimento traduz a ação humana de reconhecer a dimensão subjetiva do ser humano, considerando-o como sujeito histórico, social e cultural. Portanto, essa estratégia pretende ultrapassar os limites técnico-operacionais de uma atividade programada e tanger as esferas dos valores éticos (BREHMER; VERDI, 2010).

Ao acolhimento, é atribuído também o significado de acesso aos serviços de saúde. É uma das ações estratégicas para privilegiar um direito à saúde garantida no artigo 196 da Constituição Federal Brasileira de 1988 (BRASIL, 1988).

Considerada a porta de entrada prioritária para o usuário no sistema de saúde, a atenção básica exerce o papel de grande acolhedora e deve, como todos os outros serviços, atender a todos. Quando impossibilitada de oferecer respostas, por questões de organização ou competência, a Atenção Básica deverá dispor de uma

rede de referências de serviços e canais de fluxos que permitam encaminhamentos (TEIXEIRA, 2005).

O adjetivo integral qualifica a atenção à saúde nas bases legais das políticas públicas de saúde. O termo é empregado nos princípios doutrinários com o intento de caracterizar a garantia do acesso nos três níveis hierárquicos de atenção à saúde – complexidade básica, média e alta - bem como as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças e acidentes e reabilitação, que compõem um conjunto articulado e contínuo de serviços sem prejuízos para nenhuma das assistências (PASSOS, 2006).

Pinheiro (2001) define a integralidade como ação social resultante da interação de agentes na relação da demanda e da oferta, em um plano sistêmico, referente à rede de serviços, e um plano individual, formulado na concretude da assistência, considerando os aspectos objetivos e subjetivos.

Outros autores referem que a integralidade pode ser compreendida como um foco para o arranjo sucessivo do processo de trabalho no cotidiano dos serviços de saúde, que necessitam conhecer as necessidades de saúde da comunidade que abrangem. A maneira como se articulam os trabalhadores em relação às suas práticas, influencia diretamente a integralidade da atenção oferecida aos usuários (KANTORSKI et al., 2009).

A integralidade também pode se revelar através da contextualização das ofertas direcionadas às pessoas, identificando-se os momentos favoráveis para tais ofertas. Assim, o princípio da integralidade pode ser desempenhado por meio de um olhar cuidadoso, apto a apreender as necessidades de ações de saúde no próprio contexto de cada encontro. Preservar a integralidade no cotidiano das práticas é defender a ideia de oferta de ações esteja adequada ao contexto particular de cada momento (MATOS, 2004).

A importância da integralidade é ressaltada na Portaria nº 648/GM, de 28 de março de 2006, emitida pelo Ministério da Saúde, que afirma ser esse princípio um dos fundamentos da atenção básica. Considera a integralidade em diversos aspectos, como a integração de ações programáticas e demanda espontânea; articulação das ações de promoção, prevenção, vigilância à saúde, tratamento e

reabilitação; trabalho interdisciplinar e em equipe; e coordenação do cuidado na rede de serviços (BRASIL, 2007)

A Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal. Os dez princípios fundamentais da atenção perinatal, assinalados pela OMS, indicam que o cuidado na gestante deve: 1- não ser “medicalizado”, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando um conjunto mínimo de intervenções que sejam realmente necessárias; 2- ser baseado no uso de tecnologias apropriadas, o que se define como um conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, ou as aplicadas para resolver um problema específico. Esse princípio é direcionado a reduzir o uso excessivo de tecnologia ou a aplicação de tecnologia sofisticada, ou complexa, quando procedimentos mais simples podem ser suficientes ou ainda superiores; 3- baseado em evidências, o que significa ser embasada pela melhor evidência científica disponível e por estudos controlados “aleatorizados”, quando seja possível e apropriado; 4- ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidados primário para centros de cuidados secundários e terciários. 5- Ser multiprofissionais e multidisciplinares, com a participação de médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas sociais; 6- ser integral e levar em conta as necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias e não somente um cuidado biológico; 7- estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas o casal; 8- ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos; 9- compartilhar a tomada de decisão das mulheres e 10- respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres (BRASIL, 2006).

Esses princípios asseguram fortemente a proteção, a promoção e o suporte necessário para se atingir um cuidado perinatal efetivo (BRASIL, 2006).

Conforme os princípios gerais e as diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal, a humanização é entendida como a valorização dos diferentes sujeitos no processo de produção de saúde. A corresponsabilidade entre a gestante e o profissional de saúde estabeleceu o vínculo, identificando às necessidades sociais de saúde, as mudanças nos modelos de atenção e a melhoria das condições de trabalho e atendimento.

O objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, proporcionando a promoção da saúde e a prevenção de agravos da gestante e do feto.

A mulher tem o direito de ter garantido o atendimento de todas as suas consultas de pré-natal, dos recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, bem como a realização dos exames complementares necessários e das intercorrências obstétricas e neonatais.

As condutas no pré-natal somente nos aspectos físicos não são suficientes pois há vários processos psicológicos que permeiam o período gravídico. Principalmente nos casos de gestantes adolescentes que vivenciam sobrecarga emocional trazida na gravidez. Por isso se faz necessário que o profissional de saúde aborde essa mulher inteira, considerando sua história de vida, os seus sentimentos, emoções e ambiente em que vive.

Como na gravidez ocorrem grandes transformações psíquicas, essas alterações são de enorme importância. O profissional deve sugerir diversas formas de abordá-los na interação do profissional de saúde com a gestante para aliviar e trabalhar os problemas mais emergentes.

Uma atenção de qualidade requer humanização, acolhimento e vínculo, porque o cuidado em saúde abrange todos esses aspectos e isso é fundamental para a promoção da saúde.

Na justificativa de Mendes (2004), “A política de promoção de saúde deve envolver abordagens diversas, mas complementares, levando em conta as diferenças sociais, culturais e econômicas de todos os pais”.

Precisamos buscar novos caminhos para enfrentar os fatores que interferem nas práticas de saúde a respeito do cuidado em saúde. No SUS, a integração é vista como um processo complexo.

A disponibilidade para ouvir a gestante com atitude de acolhimento é o requisito mais importante para a ação preventiva. Por meio da interação, o profissional pode detectar variações de humor, de pensamento e comportamento sugestivos de eventual distúrbio psiquiátrico (FALCONE et al., 2005).

A dimensão do trabalho interdisciplinar e multidisciplinar obtém um impacto sobre os fatores que interferem no equilíbrio saúde doença que atende, dessa forma, às necessidades de saúde da população e garante a eficácia da atenção às necessidades de saúde, estabelecendo e criando um elo forte.

É necessário um cuidado com a saúde que alcance o cuidado integral, a fim de que a gestante tenha suporte para enfrentar as modificações emocionais, sociais e corporais vivenciadas.

3.2 O Acolhimento das Gestantes e as Equipes de Saúde da Família

As últimas décadas foram marcadas por movimentos que buscam uma atenção à saúde, voltada para uma visão humanizada, numa perspectiva interdisciplinar, contemplando uma relação mais profunda do profissional de saúde com a população (KAWAMOTO, 1995).

Em virtude desses movimentos, na Constituição de 1988 foi aprovado o SUS (BRASIL, 1988) que forneceu os princípios para a reorganização da atenção básica no Brasil e é o Programa Saúde da Família, assim nomeado em sua criação, ou Estratégia Saúde da Família (ESF), atualmente conhecida, o que viabiliza a feitura de um novo modelo de atenção à saúde.

Os méritos das atuais 15.000 equipes de ESF formadas e trabalhando por todo Brasil são muito grandes, quando pensados o alcance da universalização da atenção básica, a reorganização do processo de trabalho, vista a formação multiprofissional e a melhoria de alguns indicadores de saúde, como a diminuição da mortalidade materna (TEIXEIRA, 2006).

A ESF guarda, entretanto, uma missão ainda maior, que é a de possibilitar o modelo de atenção, atualmente com centralidade no fazer médico, “medicalizador” e hospitalocêntrico, para um modelo que realize a integralidade e em conjunto com os usuários, o acolhimento, vincule e resolva os problemas de saúde no plano coletivo (MERHY, 1994).

Portanto, ampliar os horizontes do pensar e fazer desses profissionais de saúde, provocando reflexões sobre o atual processo de trabalho e de gestão, pois alguns estudos evidenciam que as práticas de atenção básica da ESF estão concentradas na educação sanitária, direcionada às gestantes, ao lado de atenção

básica ao grupo materno-infantil, que inclui o planejamento familiar, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, pré-natal, entre outras demandas que esse perfil exige (SILVA, 2002).

Pode-se perceber, então, a existência de avanços, mas também de falhas que podem e devem ser superadas por via do diálogo e incorporação crítica de outras teorias e ações com ampliação do escopo e ações de trabalho.

A ESF, entretanto, sendo considerada como estratégia de concretização do SUS, deve contemplar e contar com uma mudança dos sujeitos, trabalhadores de saúde, com o intuito de modificar a lógica do fazer em saúde, proporcionando medidas de prevenção e promoção da saúde das gestantes em seus diversos segmentos.

Desde sua implantação, o SUS lida com insuficiência de recursos, dado o cenário adverso, do ponto de vista econômico, à época de sua criação. O Programa de Saúde da Família surgiu sob a crítica inicial de ser um programa com características restritivas de atenção. Sua expansão veloz, entretanto, nos últimos anos, e sua importância transformou numa estratégia de conversão do modelo de atenção básica (BRASIL, 2005). A assistência ao pré-natal é atribuição da Saúde da Família, tem caráter de ação prioritária na saúde da mulher em sua fase inicial e é ação estratégica de atuação após o Pacto em Defesa da Vida.

O acolhimento, reconhecido como uma das diretrizes de maior relevância ética, estética e política da Política Nacional de Humanização do SUS, onde parte da ideia de compromisso coletivo torna inadmissível que situações sejam tratadas com omissão ou consentimento pelos indivíduos no cotidiano, dentro de uma unidade de saúde, já que o compromisso é de todos (OGNIBENI, 2009).

Outro sentido de acolhimento relaciona-se com a compatibilidade entre a oferta e demanda por ações de saúde. Isto parece ser um restrito diálogo ensejado pela pressa do profissional em cumprir com a demanda atendida sem se preocupar com a oferta, tampouco com a produção de vínculo como ação terapêutica.

Corroborando Travesso-Yépez e Morais (2004), quando descrevem que o distanciamento na relação profissional e usuário refletem no processo saúde doença, gerando um comprometimento nos cuidados com a saúde. Em virtude

disso, torna-se crescente a necessidade de resgatar a subjetividade e a relação dialógica entre profissionais e usuários do serviço.

É importante ressaltar que as mães valorizam a identidade dos profissionais por quem foram recebidas na chegada à unidade de saúde. São pessoas que reconhece qual é a enfermeira, quem é o médico que prestou o atendimento. Parece que as mães reconhecem o profissional como sujeito envolvido no processo de produção de saúde, ou seja, quem é o profissional que a acolheu no pré-natal (OGNIBENI, 2009).

A mesma autora diz que, quando se direciona o olhar para a responsabilidade do profissional no acolhimento como ação técnico-assistencial, torna-se possível reconhecer o usuário como participante ativo no processo de produção da saúde. Então, o esforço deve ser não só do profissional, mas também do usuário do serviço, para que se configure o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo uma relação de confiança e compromisso do usuário com a equipe e os serviços.

Segundo Soares e Camargo Junior (2007), a autonomia merece ser resgatada como uma condição de saúde e de cidadania; ela deve ser constituída no cotidiano das práticas pela inter-relação profissional e paciente, pelo reconhecimento, valorização, solidariedade e responsabilidade.

Silva Júnior e Mascarenhas (2006) expressam que o acolhimento possui três dimensões: da postura, da técnica e dos princípios de reorientação dos serviços. No acolhimento, pesam as questões da subjetividade e individualidade, a busca de significados e de não ditos. O acolhimento requer a mobilização de saberes para dar respostas, levando a uma posição de enriquecimento do arsenal terapêutico, buscando enriquecer as intervenções. O trabalho em equipe entra neste arsenal, mas busca a sua articulação, e não sua alienação. O acolhimento abre um espaço dialógico para extirpar a alienação, respeita o sujeito, negocia necessidades e rearticula os serviços.

O trabalho em equipe e a corresponsabilização em relação aos usuários favorecem o acesso à atenção primária, otimizando seus serviços, evitando filas nesse e nos demais níveis de atenção. Isso se estabelece como parte de uma política transversal de humanização do SUS, o “Humaniza-SUS”, que propõe

produzir novas formas de interação dos profissionais e usuários do sistema de saúde, qualificando seus vínculos, de modo que todos sejam protagonistas desse cuidado, no qual são destacados os aspectos sociais e subjetivos, paralelamente aos aspectos técnico-científicos (SCHOLZE et al., 2006).

Fazendo parte dessa política, o acolhimento pode ser visto como uma estratégia para a aplicação dos princípios da Universalidade, Integralidade e Equidade, com suporte em uma escuta qualificada que permita identificar as necessidades, riscos e vulnerabilidades do usuário, de modo a ofertar o encaminhamento adequado dessas necessidades, segundo aqueles princípios do SUS. As diferentes definições de acolhimento, entretanto, convergem em torno da comunicação, sendo considerado um modo de escuta no qual se estabelece empatia, demonstrando interesse pela fala do outro (MACHADO et. al., 2005; COSTA, 2004).

3.3 Práticas do Acolhimento à Gestante

Foi realizada neste capítulo uma busca em que foram encontrados 117 estudos na base Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) com os descritores Profissional e Acolhimento dos quais 91 foram escritos na modalidade de artigos, 23 teses e 03 monografias sendo todos publicados na língua portuguesa. Os anos de maior produção foram 2009, 2010 e 2008 com respectivamente 25, 22 e 21 publicações. As demais produções foram: 1993 (1), 1998 (1), 1999 (2), 2000 (4), 2001 (1) e 2002 (1), 2003 (6), 2004 (8), 2005 (10), 2006 (7) e 2007 (11).

Apenas três estudos foram publicados com os descritores Gestantes e Acolhimento na Lilacs, uma monografia, uma tese e um artigo, sendo este último publicado em inglês e as demais em português. Os anos de publicação foram 2004, 2009 e 2010 respectivamente.

Na base de dados Scielo 44 estudos foram encontrados com as palavras Profissional/Acolhimento. No que concerne ao ano de publicação em 2010 houve (11) publicações, 2005 (7), 2008 (6), 2009 (6), 2004 (5), 2011 (2), 1999 (2), 2003 (2), 2007 (2) e 2006 (1). Apenas um artigo foi publicado na língua inglesa, este no ano de 2009.

Nenhum estudo foi encontrado com os descritores Gestante/Acolhimento na base de dados Scielo. Assim também ocorreu na Medline com os descritores Profissional/Acolhimento e Gestante/Acolhimento utilizados em português.

De acordo com a PNAISM (BRASIL, 2007), humanizar e qualificar a atenção em saúde é aprender a compartilhar saberes e reconhecer direitos. A atenção humanizada e de boa qualidade implica estabelecimento de relações entre sujeitos, um acolhimento amigável em todos os níveis da assistência, buscando a orientação da clientela sobre os problemas apresentados e possíveis soluções, assegurando-lhes a participação nos processos de decisão em todos os momentos do atendimento e tratamentos necessários.

Os programas de saúde voltados às mulheres surgiram nas décadas de 1930, 1940 e 1950, porém estes visavam à mulher apenas como mãe e “dona de casa”, considerando somente os problemas de saúde relacionados à gestação e ao parto (MORI; COELHO; ESTRELLA, 2006).

De maneira prática, Nagahama e Santiago (2006) descrevem que na década de 1970 se estabeleceram programas de assistência ao parto, ao puerpério, à gravidez de alto risco, ao controle das crianças de zero a quatro anos de idade.

Em 1975, surge o Programa de Saúde Materno-Infantil (PSMI), o qual tinha como alvo as gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil. Este almejou a nutrição do grupo infantil. Em 1978 o Ministério da saúde cria o Programa de Prevenção da Gravidez de Alto Risco, preocupado em prevenir as gestações de alto risco.

O conceito de saúde da mulher era tido por concepções mais restritas, que abordavam apenas aspectos da biologia e anatomia do corpo feminino. Nestas, o corpo da mulher é visto apenas na sua função reprodutiva e a maternidade torna-se seu principal atributo. A saúde da mulher limita-se à saúde materna ou à ausência de enfermidade associada ao processo de reprodução biológica. Nesse caso, estão excluídos os direitos sexuais e as questões de gênero.

O foco dos programas de saúde referentes à mulher estava relacionado a intervir nos corpos das mães, de maneira a assegurar que os seus filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (RESENDE, 2006).

Nos anos 1970, surgem movimentos de mulheres que lutam por direitos iguais: os *movimentos feministas*. Em meados dos anos 1980, estes movimentos ofereceram maior atenção às questões de saúde, o que culminou no 1º Encontro Nacional de Saúde da Mulher, em 1984, quando foi elaborada a Carta de Itapecerica – primeiro documento público com as reivindicações das mulheres para a saúde.

Neste momento, já se tem a saúde da mulher baseada numa abordagem mais abrangente.

A saúde da mulher envolve aspectos emocionais, sociais e seu bem-estar físico, e é determinada por um contexto político, cultural e econômico da vida das mulheres, assim como biológico. Essa ampla definição reconhece a validade das experiências das mulheres, suas opiniões sobre saúde e suas experiências de saúde. Cada mulher deveria ter oportunidade de alcançar e manter sua saúde, tal como definida por ela própria, no seu mais alto potencial (RESENDE, 2006).

Desde então, a mulher passou a ser vista com outros olhos. As mudanças ocorridas na saúde acompanhavam todos os âmbitos da vida da mulher.

Em 1984, o Ministério da Saúde criou oficialmente o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) – que a princípio objetivava criar ações voltadas às mulheres com idade entre 15 a 49. Posteriormente, em decorrência das pressões exercidas pelos grupos feministas, que estavam resguardadas pela Carta de Itapecerica, o PAISM foi estendido às mulheres em qualquer fase da vida.

O PAISM propõe estratégias de atendimento às necessidades da população feminina, enfatizando ações dirigidas ao controle dos problemas mais prevalentes nesse grupo. Este programa exige atitudes diferenciadas dos profissionais de saúde, a fim de atingir a integralidade do atendimento, propondo uma prática educativa, de forma que esta clientela se aproprie de conhecimentos se torne participante no controle de sua saúde (QUEIROZ et. al., 2007).

O PAISM, sobretudo, marcou uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo, incorporando os princípios e diretrizes que surgiam na época, como a descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, bem assim a integralidade e a equidade, exigindo, portanto, uma nova postura de trabalho da equipe de saúde (BRASIL, 2007).

Este documento incorpora, num enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/AIDS e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico. Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas, nas suas especificidades e necessidades, tais como homossexuais, presidiárias, prostitutas e indígenas (BRASIL, 2007).

A criação do PAISM ensejou um momento de efervescência social, mobilizando muitos grupos da sociedade para discuti-lo. Entre outras coisas, foi questionada a utilização da palavra “integral”, uma vez que o programa privilegiava essencialmente a saúde sexual e reprodutiva das mulheres. Outros ainda suspeitavam que o PAISM seria um disfarce do governo para controlar a natalidade (OSIS, 1998).

Embora com a discordância de alguns, é certo que tal programa representou um passo importante para a reforma sanitária, para a Oitava Conferência Nacional de Saúde, e finalmente, para a Constituição Federal de 1988 e criação do SUS, uma vez que expressou a aplicação dos princípios de universalidade e integralidade pela primeira vez, salientando também a saúde como direito de todos e dever do Estado.

Mesmo com todo o discurso do PAISM, a saúde da mulher, na prática, se volta para as questões ligadas ao ciclo reprodutivo. Osis (1998) ainda registra que a implementação do PAISM ainda não foi efetiva em todo o Brasil, demonstrando a falta de compromisso político. Alerta, entretanto, para a sua proposta atual, comprometida com os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, a qual não pode ser abandonada.

Em razão disso, o Ministério da Saúde elaborou em 2003 a Política Nacional de Atenção a Saúde da Mulher que nada mais do que uma tentativa de preencher as lacunas deixadas pelo PAISM, Serruya, Lago e Cecatti (2004) enfatizam a inserção da humanização da assistência como uma nova estratégia para a melhoria do acesso e da qualidade dos serviços.

Assim, em 2004, o Ministério da Saúde – MS lançou a Política Nacional de atenção integral à Saúde da Mulher (PNAISM), em parceria com diversos setores da sociedade, com o compromisso de implementar ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis.

Essa política está entrelaçada com os moldes da política de humanização do programa Humaniza-SUS lançado pelo MS, que se apresenta como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS.

Carvalho et al. (2008) entendem humanização como a valorização dos diferentes sujeitos implicados na produção de saúde, fomento da autonomia e protagonismo desses sujeitos, aumento do grau de corresponsabilidade na produção de saúde e de sujeitos, estabelecimento de vínculos solidários, identificação das necessidades sociais de saúde e mudança nos modelos de atenção, tendo como foco as necessidades dos cidadãos e a produção de saúde.

O acolhimento é visto como um instrumento de humanização do atendimento, consistente na relação entre trabalhadores e serviços de saúde com seus usuários. Pressupõe garantia de acesso a todas as pessoas e a escuta de problemas de saúde do usuário, de forma qualificada, sempre com uma resposta positiva e com a responsabilização pela solução do seu problema (CARVALHO et al., 2008).

Assim, acolher não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações da saúde (SILVEIRA, 2004).

Embora haja políticas assistenciais para tentar melhorar a saúde da mulher, notam-se ainda falhas no sistema, nas unidades de saúde, bem como nos profissionais sobre a melhor forma de acolherem estas mulheres quando estas necessitam de ajuda e assistência.

Realizamos uma pesquisa em periódicos científicos, dissertações e teses nacionais disponíveis na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), nas bases de dados *Scientific Electronic Library Online* (SCIELO), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Literatura Internacional em Ciências da Saúde (MEDLINE), com base na questão norteadora: quais as práticas que

caracterizam o acolhimento da gestante realizado pelos profissionais de saúde? Utilizamos os descritores acolhimento, gestantes e profissionais.

No primeiro momento da coleta, os estudos que responderam a pergunta norteadora desse estudo foram: seis artigos, uma tese e três dissertações, dos quais nove se encontravam disponíveis na íntegra na base de dados, tendo sido necessário solicitar, pois disponibilizava apenas o resumo.

Quadro 1 – Produção científica relacionada ao tema acolhimento, segundo autores/ano de publicação e/ou defesa da dissertação, objetivos e metodologia encontrados nas bases de dados LILACS e SCIELO.2000 à 2010

Autores/Ano	Objetivos	Metodologia
Silveira et al./2004	Identificar a concepção que os profissionais do PSF têm de acolhimento, descrever como estes profissionais praticam o acolhimento, identificando as condições favoráveis e desfavoráveis para a consolidação de uma cultura da humanização no PSF.	Estudo: Qualitativo/Etnográfico Local: Campina Grande – PB Período: Janeiro de 2003 Amostra: 11 profissionais. Instrumento de coleta: dados primários: os dados foram colhidos no contexto de uma oficina de sensibilização, criatividade e expressividade
Oliveira et al./2008	Compreender as percepções de trabalhadores e usuários de uma unidade de saúde da família sobre o papel da comunicação no contexto do acolhimento, e desenvolver ações educativas que permitissem reflexão e discussão sobre o tema.	Estudo: Qualitativo/Pesquisa – Ação Local: São Carlos – São Paulo Período: Agosto a novembro de 2007 Amostra: 09 profissionais e 04 usuários Instrumento de coleta: observação participante e entrevista semi-estruturada com Análise Categórica Temática descrita por Bardin
Urbano/2009	Observar a atuação da equipe de enfermagem na atenção básica, buscando caracterizar como se dão as interações com o usuário, e priorizando a escuta como requisito da integralidade.	Estudo: Qualitativo/Abordagem etnográfica Local: Paranavaí-Paraná Período: 04 meses/ano não informado Amostra: 07 profissionais de enfermagem e 01 profissional administrativo Instrumento de coleta: observação participante com diário de campo e entrevista semi-estruturada analisado com Análise de Conteúdo descrita por Bardin

Moraes et al./2009	Implantação e implementação da assistência materno-neonatal a partir do acolhimento ao cliente interno.	Estudo: Qualitativo/Estudo Transversal Local: São Paulo Período: janeiro de 2000 a dezembro de 2002 Amostra: +/- 54 profissionais Instrumento de coleta: entrevista semi-estruturada e observação com organização de dados pelo Discurso do Sujeito Coletivo
Versiani1 et al./2008	Relatar a experiência da equipe multiprofissional na implantação do Projeto Maternidade Segura na Maternidade Maria Barbosa de Montes Claros, Minas Gerais	Estudo: Relato de Experiência Local: Montes Claros/Minas Gerais Período: de 1999 a 2001
Freiria et al./2010	Levantar o conhecimento da equipe de enfermagem de uma Unidade de Saúde da Família de um município do interior paulista sobre o colhimento.	Estudo: Qualitativo/Descritivo Local: São Paulo Período: Não informado Amostra: 03 profissionais Instrumento de coleta: entrevista semi-estruturada analisada na ótica da análise de conteúdo de bardin
Garcia; Garcia; Lippi/2010	Demonstrar a necessidade do Enfermeiro obstetra como componente fundamental nas ações de pré-natal e puerpério na rede básica de saúde, atendendo consultas de pré-natal de baixo risco nas Unidades Básicas de Saúde.	Estudo: Levantamento bibliográfico
Dornfeld/2011	Observar e analisar a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento.	Estudo: Qualitativo, descritivo e exploratório Local: Porto Alegre - Rio Grande do Sul Período: Março a Julho de 2010 Amostra: não informado Instrumento de coleta: coleta de dados observação naturalista de 20 cenas de parto
Dias/2006	Problematizar o conceito de humanização da assistência a saúde, conhecer as representações de humanização da assistência articuladas pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento a parturiente, analisar as expectativas das mulheres em relação ao atendimento que receberam na maternidade no momento de internação para a assistência ao trabalho de parto e parto e sua experiência durante o mesmo.	Estudo: Qualitativa etnográfica Local: Rio de Janeiro Período: Não informado Amostra: 21 gestantes e 19 profissionais de saúde Instrumento de coleta: Entrevista e observação participante

Schimith/2002	Analisar o trabalho da equipe de saúde da família no que se refere ao acolhimento dos usuários e a produção de vínculo, durante o trabalho vivo em ato, caracterizando o modo de produção em saúde que está sendo construindo e também as concepções dos trabalhadores acerca do usuário, identificando o potencial de acolhimento e de construção de vínculo entre profissionais e usuários.	Estudo: Estudo de caso Local: Porto Alegre - Rio Grande do Sul Período: Junho a novembro de 2001 Amostra: 05 profissionais de saúde Instrumento de coleta: Entrevista semi-estruturada e observação livre
---------------	---	--

Fonte: Base de dados (LILACS; SCIELO, 2000 a 2010).

Com a leitura dos artigos, dissertações e tese na íntegra, constatamos quatro publicações que versavam sobre as concepções que os profissionais da ESF e maternidade têm sobre acolhimento e o papel da comunicação e produção de vínculo nas práticas de acolhimento e as condições favoráveis e desfavoráveis para a consolidação de uma cultura da humanização na ESF (DIAS, 2006; OLIVEIRA et al., 2008; SCHIMITH, 2002; SILVEIRA et al., 2004); um artigo demonstrou a necessidade do enfermeiro obstetra como componente fundamental nas ações de pré-natal e puerpério na rede básica de saúde (GARCIAL; GARCIAL; LIPPI, 2010); um relato de experiência sobre a implantação de um Projeto Maternidade Segura (VERSIANIL, et al., 2008); uma publicação abordava o conhecimento especificamente da equipe de enfermagem sobre acolhimento e suas práticas (FREIRIA, et al., 2010). Dornfeld (2011) realizou um estudo sobre a atuação da equipe de saúde a respeito da segurança do binômio mãe-bebê no parto e nascimento, tendo sido enfocada a prática do parto humanizado.

Os resultados demonstram que a representação que os profissionais da Estratégia de Saúde da Família têm sobre acolhimento não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo usuário, mas a atenção dispensada na relação, “receber bem”, “ouvir o usuário”, “estar atento”, “compreender” e “solidarizar-se”, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações da saúde (SILVEIRA et al., 2004).

No estudo realizado com a equipe de enfermagem de uma ESF, foram constatadas dificuldades em definir acolhimento e também em responder como este é executado (FREIRIA, et al., 2010). O acolhimento foi visto como atendimento dispensado na recepção da unidade e nos consultórios médicos e de enfermagem

de forma individual e permeado por carinho e atenção. A prática de acolhimento citada consistiu na escuta clínica direcionada para as queixas.

As marcas que especificam a prática da assistência humanizada na Atenção primária implicam as seguintes ações: elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários, considerando as políticas intersetoriais e as necessidades de saúde; incentivo às práticas promocionais da saúde e formas de acolhimento e inclusão do usuário que promovam a otimização dos serviços, o fim das filas, a hierarquização de riscos e o acesso aos demais níveis do sistema efetivadas (BRASIL, 2003).

Nesse sentido, faz-se necessário concretizar a redução das filas e do tempo de espera com ampliação do acesso e atendimento acolhedor e resolutivo baseados em critérios de risco, informar aos usuários quem são os profissionais que cuidam de sua saúde e os serviços de saúde que se responsabilizarão por sua referência territorial, garantir informações ao usuário, o acompanhamento de pessoas de sua rede social (de livre escolha) e os seus direitos como usuários do SUS (BRASIL, 2003).

Na maternidade, os principais sentidos atribuídos pelos profissionais à humanização da assistência à parturiente não divergiram da percepção dos profissionais na ESF. A humanização da assistência foi relacionada à oferta de acolhimento e uma boa relação profissional-paciente.

Os profissionais entrevistados apontaram vários e diferentes significados para a humanização da assistência, como: respeito, apoio e acolhimento para diminuir o sofrimento; estabelecimento de uma boa relação profissional de saúde-cliente; olhar a mulher como um todo; dar informação sobre o trabalho de parto e a cerca do cuidado a ser oferecido; deixar o trabalho de parto e parto acontecerem de forma natural e garantir os desejos e autonomia da mulher, permitindo a presença de um acompanhante (DIAS, 2006).

Na pesquisa realizada por Dornfelf (2011), foi evidenciado que não há restrições quanto à presença do acompanhante na maternidade; na verdade, há o incentivo à presença do pai por meio de um programa intitulado “Pai Participando do Nascimento”.

No que se refere à presença de um acompanhante no momento de parto, ao chegar à sala de pré-parto, as enfermeiras obstétricas sempre indagam às parturientes se estas gostariam de ter acompanhante, mas os médicos não permitem a presença destes na sala de parto. Apenas em dias de pouco movimento as parturientes têm acesso à sala de relaxamento e à banheira (DIAS, 2006).

O Ministério da Saúde e Organização Mundial de Saúde preconizam que todos os esforços devem ser empenhados no sentido de favorecer a presença do acompanhante de escolha da paciente durante o trabalho de parto e nascimento (DORNFELD, 2011). É sabido, no entanto, que a presença de acompanhante ainda não é uma realidade na maioria das maternidades do Brasil.

As práticas de acolhimento se operam por meio de processos tecnológicos (trabalho vivo em ato) que visam à produção de relações de escutas e responsabilizações, as quais se articulam com a constituição dos vínculos e dos compromissos em projetos de intervenção (SILVEIRA et al., 2004).

Na tese desenvolvida por Dias (2006) sobre a humanização da assistência ao parto, ficaram evidentes alguns elementos importantes da proposta de humanização incorporados ao cotidiano da maternidade, especialmente pelas enfermeiras obstétricas.

Na maioria das vezes, as enfermeiras obstétricas estabeleceram uma relação diferenciada com as parturientes, estabelecendo um vínculo maior com elas, e a mulher consegue identificá-la como sua cuidadora e, dessa forma, uma relação de vínculo é extrema (DIAS, 2006).

Garcial, Garcial e Lippi (2010) defendem a inserção universal do enfermeiro obstetra na realização de pré-natal de baixo risco nas unidades básicas de saúde, argumentando que já é existente em vários municípios e, certamente, a atuação do enfermeiro obstetra fornecendo orientações educativas e o essencial suporte, incentivo e orientação para o aleitamento materno implicam a melhoria da qualidade do pré-natal, satisfação da clientela e benefício materno e perinatal.

Para Silveira et al. (2004), o vínculo com os usuários do serviço de saúde amplia a eficácia das ações de saúde e favorece a participação do usuário na produção do seu cuidado. Vemos, assim, a importância do primeiro encontro entre

usuário e profissional, e, nesse sentido, o valor que atribuímos ao acolhimento e à geração de vínculo.

Para isso, faz-se necessária uma atitude de escuta que pressupõe a capacidade do profissional de propiciar um espaço para que o usuário possa expressar aquilo que sabe, pensa e sente em relação a sua situação de saúde e responder às reais expectativas, dúvidas e necessidades deste (SILVEIRA et al., 2004).

Nos estudos de Schimith (2002), as relações de vínculo foram evidenciadas quando os pesquisadores mediante a técnica de observação constataram que as pessoas se sentiam vinculadas ao médico, pois, durante a coleta de dados, esse profissional esteve dez dias de férias e foi possível identificar a reação da população o seu afastamento. Algumas usuárias, sabendo que o médico entraria em férias preveniram-se antes ou aguardaram seu retorno. Mesmo aguardando um mês para a consulta, a paciente não demonstra preocupação, pelo contrário, já soubera por meio do médico que ele não estaria. Assim, nota-se a preocupação desse profissional com seu afastamento, o que sugere a valorização do vínculo com a comunidade.

A comunicação foi encarada como uma possibilidade de fornecer à equipe informações sobre os problemas mais frequentes da comunidade, e, desde então, permitir a elaboração dos diagnósticos, as intervenções, e demais estratégias necessárias para a solução dos problemas da comunidade, propiciando um atendimento integral e humanizado (OLIVEIRA et al., 2008).

Com efeito, os estudos de Silveira (2004) e Schimith (2002) retratam um avanço significativo da comunicação entre as equipes estudadas, que foi o estabelecimento de reuniões de estudos de caso realizadas semanal e quinzenalmente. Trata-se de estabelecer uma comunicação entre os integrantes da equipe de saúde, com o intuito de conhecer melhor os problemas da comunidade e, assim, atuar sobre as necessidades, estabelecendo vínculos e corresponsabilização dos profissionais com a situação de saúde da comunidade.

Em relação às condições favoráveis à vivência do acolhimento, foram evidenciados a integração e o relacionamento satisfatório entre a equipe, bem como a receptividade da comunidade, como facilitadores para a realização de um

acolhimento humanizado. As condições desfavoráveis foram relacionadas à inadequada área física, à demanda excessiva e à falta de médico na unidade, dificuldades profissionais relacionadas às suas condições salariais, dificuldades vinculadas às condições sociais da comunidade em que atuam (SILVEIRA et al., 2004).

No estudo de Schimith (2002), foram identificados entraves no acolhimento da demanda e no estabelecimento de vínculo com o usuário, em virtude da organização do trabalho de enfermagem. Esse estudo também constatou que a população não possuía uma participação efetiva no controle do trabalho da equipe de Saúde da Família.

Já no contexto da maternidade, os principais entraves à humanização foram a frequente condição de superlotação da maternidade; a dificuldade do trabalho em equipe e a falta de treinamento e educação continuada; a participação da maternidade no projeto de humanização da assistência; o fato de o projeto de humanização ter sido incorporado de forma gradual com o apoio progressivo de alguns profissionais; o apoio da direção do hospital; uma boa relação entre alguns profissionais e espaço físico organizado tudo isso compôs as condições satisfatórias para implantação da assistência humanizada (DIAS, 2006).

O principal dano provocado pelo excesso de pacientes é a impossibilidade de estabelecer uma boa relação com o cliente ou seus membros familiares, já que nessa situação precisam realizar vários atendimentos ou outras tarefas, simultaneamente.

Para as enfermeiras obstétricas, um dos fatores que mais dificultam o processo de transformação de modelo de cuidado baseado na proposta de humanização, é a resistência dos profissionais médicos (DIAS, 2006).

Existem, porém, experiências exitosas que contam com a colaboração do trabalho em equipe de profissionais implicados com o acolhimento da gestante e parturiente, como é o caso do estudo de Versianil et al., (2008), que retrata um conjunto de práticas de acolhimento baseado nos pressupostos do parto humanizado por meio da implantação do projeto Maternidade Segura. Nota-se a corresponsabilização dos profissionais pela atenção integral à saúde da mulher.

O projeto Maternidade Segura foi implementado com vistas a incentivar o parto normal e humanizado, a adoção de mulheres voluntárias, denominadas “Doulas, com a função de desenvolver o acolhimento durante o pré-parto, parto e alojamento conjunto, aconselhando, apoiando e incentivando o aleitamento materno”.

Com esse projeto, foram valorizadas as ofertas de opções de parto de cócoras, em cadeira obstétrica ou parto normal tradicional, com a usuária em posição horizontal. Buscou-se, também, informar todas as mulheres sobre as intercorrências, oferecer líquidos durante o trabalho de parto, deixar que a usuária tenha liberdade de movimentos, não indicar tricotomia, enemas, amniotomia e episiotomia rotineiramente e usar medidas não farmacológicas para alívio da dor.

A cada etapa concluída ou em andamento no processo de implantação da Maternidade Segura, o profissional de saúde envolvido no Projeto manifestava a satisfação de participar, vislumbrando perspectivas de dar continuidade ao processo, ampliando as possibilidades do alcance dos objetivos propostos para a nova assistência.

Capacitar a equipe para a implantação das normas e rotinas, a adequação da estrutura física e a aquisição de material, implicando acolhimento e o atendimento adequados à mulher, ao recém-nascido e os seus familiares, avançando assim, na garantia de dignidade.

São permitidos acompanhantes junto à usuária, a visita de crianças menores, com o objetivo de tranquilizar a mãe que deixou seus outros filhos em casa e para proporcionar a visita ao novo membro da família. Também se oferece assistência psicológica e social às gestantes e os seus familiares, sempre que necessário, desde sua admissão até o momento da alta.

Foram elaboradas cartilhas pelos diversos membros da equipe multidisciplinar, com o intuito de ampliar as orientações no ciclo gravídico-puerperal, e foi instituída a consulta puerperal de enfermagem entre o 8º e 10º dia pós-parto, para averiguar complicações e fazer orientações e encaminhamentos pertinentes e preconizados para se garantir assistência ao puerpério.

Assim, nota-se que é possível implementar ações de acolhimento, até mesmo em espaços críticos, como uma maternidade, de forma a garantir um parto humanizado.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

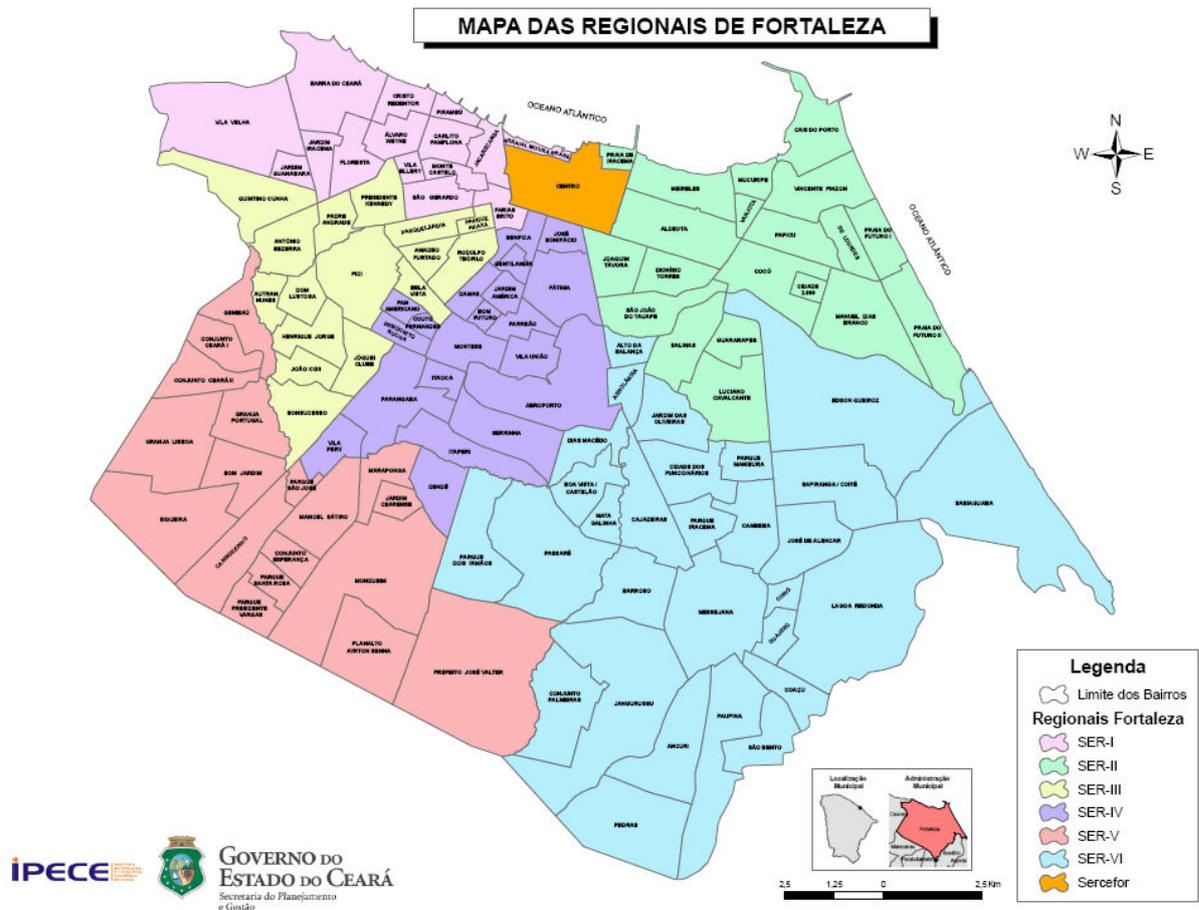
Estudo transversal sobre a assistência às grávidas nos programas do pré-natal, conforme o princípio da integralidade da saúde e da PNAISM proposta pelo SUS Rouquayrol (2003) garantem que o estudo transversal diz respeito a investigações que produzem “instantâneos” da situação de saúde ou algum fenômeno de uma população ou comunidade, com base na avaliação individual de cada um dos membros do grupo, daí produzindo indicadores globais de saúde para o grupo investigado. Entre as vantagens dos estudos transversais, podemos citar: são frequentemente desenvolvidos com base em amostras representativas da população, permitindo inferências causais fortes e seu custo é geralmente baixo, se comparado a outros tipos de estudo, em virtude de seu desenvolvimento em curto tempo (WALDMAN; ROSA, 2006).

4.2 Local do Estudo

Realizou-se no Município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. O sistema de saúde municipal prioriza a mudança do modelo assistencial e volta-se para a priorização do estabelecimento de uma rede de serviços que têm a ESF como eixo estruturante do acesso ao cuidado.

Conforme a divisão administrativo-política da Prefeitura Municipal de Fortaleza, a população local é de 2.431.415 habitantes (IBGE, 2010), contabilizando 265 equipes de ESF. A escolha de Fortaleza para o desenvolvimento do estudo justifica-se, também, pela pactuação realizada no Sistema Municipal Saúde-Escola que interpõe a Universidade de Fortaleza (UNIFOR) como instituição de ensino corresponsável pelas atividades de pesquisa, ensino e extensão na referida área.

Figura 1 – Mapa das Regionais de Fortaleza



4.3 População/Amostra do Estudo

A população-alvo deste trabalho foram os profissionais de saúde de nível superior cadastrados na ESF de Fortaleza e teve como base os dados fornecidos pelas secretarias executivas regionais, que tem 257 médicos, 321 enfermeiros e 239 cirurgiões-dentistas cadastrados nas 265 Equipes totalizando uma população de 817 profissionais de saúde, sendo, na SER I; 38 médicos, 38 enfermeiros e 26 dentistas; SER II; 29 médicos, 45 enfermeiros e 26 dentistas; SER III; 38 médicos, 53 enfermeiros e 51 dentistas; SER IV; 31 médicos, 45 enfermeiros e 24 dentistas; SER V; 61 médicos, 80 enfermeiros e 44 dentistas e na SER VI; 60 médicos, 60 enfermeiros e 68 dentistas (PREFEITURA DE FORTALEZA, 2011).

Considerando-se que a SER I possui 12 CSF, SER II 11 CSF, SER III 16 CSF, SER IV 12 CSF, SER V 20 CSF e SER VI 20 CSF, foi realizado um cálculo utilizando-se a fórmula do tamanho da amostra para frequência em uma população

em que se chegou ao número de 36 Unidade Básica de Saúde da Família (UBASF) a serem visitadas. Eis a fórmula utilizada para o cálculo do n:

$$n = \frac{[DEFF * Np (1-p)]}{[(d^2/Z^2(1-\alpha/2)^2 (N-1) + p^* (1-p))]}$$

Onde

N = Tamanho da população (fator de correção de população finita) (N): 36

p = Frequência hipotética % de unidades de saúde da família (p): 91

d = Erro amostral em 100% (absoluto + / -%) (d): 5%

Design effect (for cluster surveys-DEFF): 1

Z = Nível de confiança (%): 95%

De acordo com a quantidade de Unidades Básicas de Saúde da Família no Município de Fortaleza-CE, optamos por trabalhar com a amostra proporcional estratificada, de modo que o número de unidades visitadas foi proporcional ao total de unidades da SER.

Com base nessa população, calculamos uma amostra aleatória simples dos profissionais e consideramos como critérios de inclusão: ser profissional do PSF nas funções de médico, enfermeiro e dentista, realizar pré-natal e estar no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES). Como critérios de exclusão aqueles profissionais que não fazem parte da ESF, ou seja, que tenham uma carga horária de 20h/semanais.

O processo de amostragem partiu do sorteio aleatório das 36 unidades de saúde das seis SER. As unidades selecionadas foram: SER I (UBASF Fernando Façanha, CIES Prof.Rebouças Macambira, UBASF Carlos Ribeiro, UBASF Casemiro Lima Filho), SER II (UBASF Miriam Porto Mota, UBASF Benedito Artur de Carvalho, UBASF Irmã Hercília Aragão, UBASF Aída Santos e Silva, UBASF Flávio Marcílio), SER III (UBASF César Cals, UBASF Meton de Alencar, UBASF Hermínia Leitão, UBASF Francisco Pereira de Almeida, UBASF Santa Liduína, UBASF Humberto Bezerra , CMES José Sobreira Amorim, UBASF Ivana de Sousa Paes), SER IV(UBASF José Valdevino de Carvalho, UBASF Ocelo Pinheiro, UBASF Abel Pinto, UBASF Gutemberg Braun, UBASF Dr. Luis Costa, UBASF Filgueiras Lima, UBASF Dr. Robert da Silva Bruno), SER V (UBASF Luciano Torres de melo,UBASF Maciel de Brito, UBASF Luiza Távora. UBASF Pedro Celestino, UBASF José Paracampos) , SER VI (UBASF Maria de Lourdes Jereissati, UBASF César Cals de

Oliveira, UBASF Manuel Carlos Gouveia, UBASF Hélio Góes Ferreira, UBASF de Messejana, CMES Matos Dourado, CMES Prof. Monteiro de Moraes).

O número de profissionais nas unidades sorteadas foi de 293, em que na SER I; oito médicos, nove enfermeiros e seis dentistas; SER II; 14 médicos, 17 enfermeiros e sete dentistas; SER III; 17 médicos, 32 enfermeiros e 22 dentistas; SER IV; 16 médicos, 20 enfermeiros e 13 dentistas; SER V; 16 médicos, 19 enfermeiros e 12 dentistas, e na SER VI; 17 médicos, 27 enfermeiros e 21 dentistas.

Desta população foram incluídos uma amostra de 241 profissionais, com perda de 52 (20%), contemplando os limites estatísticos de aceitação. Esta perda correspondeu a férias (17), licença médica (18), recusaram participar da pesquisa (11) e não realizavam consultas de pré-natal (06).

4.4 Coleta de Dados

A coleta de dados realizou-se no decorrer do primeiro e segundo semestres de 2011, em que foi utilizado um questionário com 23 perguntas fechadas e entregue a todos os profissionais.

Para obtenção das informações, utilizamos um questionário (APÊNDICE C), cujas perguntas foram elaboradas com base no PHPN, criado pelo Ministério da Saúde.

As questões versavam sobre o perfil sociodemográfico dos profissionais, acolhimento, autocuidado direcionadas aos médicos enfermeiros e outras questões voltadas aos dentistas, e serviram de base para a constituição e análise das variáveis em estudo.

As variáveis coletadas para a caracterização sociodemográfica dos profissionais entrevistados foram: sexo, profissão, idade, estado civil, tempo de formado, pós-graduação, tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, nos últimos dois anos recebeu treinamento sobre acolhimento, promovido por quem e quando.

Já para análise da adequação do acolhimento realizado pelos profissionais às gestantes durante as consultas de pré-natal, consideramos uma sugestão de indicador de classificação de acolhimento constituído pelas autoras desta pesquisa baseado nas variáveis da sequencia.

Acolhimento – trata a gestante pelo nome, utiliza linguagem clara, importância do pré-natal, utiliza sessões educativas, informa sobre os sinais de início de trabalho de parto, local de referência para o parto, estimula para o parto normal.

Promoção ao Autocuidado realizado por médicos e enfermeiros – informa sobre os sinais de alerta durante a gravidez, oferece informações gerais sobre gravidez, parto e puerpério, estimula para o aleitamento materno exclusivo, orienta sobre os cuidados no puerpério.

Promoção ao Autocuidado realizado por dentistas – orienta sobre alimentação cariogênica e problemas causados pela chupeta.

A sugestão de indicadores de acolhimento foi classificada em total (profissionais que atingiram o total de até oito itens e parcial menor ou igual a sete itens).

Para operacionalização da coleta, foi agendada uma reunião com as técnicas de educação permanente de cada Secretaria Executiva Regional (SER), mediante autorização prévia da coordenadora do Sistema Municipal de Saúde Escola da Prefeitura de Fortaleza. Em seguida, as técnicas enviaram uma comunicação interna para os coordenadores da atenção básica das unidades de saúde selecionadas.

Então, foi explicada a importância da pesquisa na atenção básica, bem como os objetivos do estudo para os profissionais, e, em seguida, foram entregues em mãos os questionários para serem respondidos, e posteriormente recolhidos. Alguns profissionais no momento da coleta não se encontravam nas unidades, por motivo de licença saúde ou maternidade, férias, ausência e ou recusa, contudo retornamos a essas unidades várias vezes, algumas fizemos mais de quatro visitas.

4.5 Análise dos Dados

Os dados foram organizados, codificados e tabulados, utilizando-se o SPSS (*Statistical Package for the Social Science* – SPSS – Versão 17.0) e STATA. A análise estatística foi descritiva, de tendência central e bivariada com utilização do teste de correlação de Pearson e teste exato de Fisher. Foram adotados um $p < 0,05$ e um nível de confiabilidade de 95%.

A análise bivariada, com uso dos testes de Pearson e Fisher, mensurou a associação entre as características sociodemográficas, formação profissional, tempo

de trabalho, treinamento em acolhimento, com o desfecho da sugestão de parâmetro acolhimento total e parcial. A discussão dos achados foi conduzida pela literatura pertinente.

4.6 Aspectos Éticos

O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética da Universidade de Fortaleza, buscando-se atender aos aspectos contidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sobre pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1998). Teve parecer favorável com número 157/2009. Nesse sentido, foi necessário esclarecer aos participantes acerca do estudo, seu objetivo, de forma a torná-los ciente do sigilo conferido as suas informações, e as suas identidades. A anuência de todos foi documentada pela assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Durante o desenvolvimento do estudo foram respeitados os princípios:

- a) Princípio da autonomia – requer do profissional respeito à vontade, o respeito à crença, o respeito aos valores morais do sujeito da pesquisa, reconhecendo o domínio do pesquisado sobre sua própria vida e o respeito a sua intimidade;
- b) Princípio da beneficência – assegura-se o bem-estar das pessoas, evitando danos e garantindo que sejam atendidos seus interesses;
- c) Princípio da não maleficência – assegura que sejam evitados danos físicos aos sujeitos da pesquisa tanto nas dimensões física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano em qualquer fase da pesquisa e dela decorrente;
- d) Princípio da justiça – exige equidade na distribuição de bens e benefícios em qualquer setor da ciência;
- e) Princípio de proporcionalidade – procura o equilíbrio entre os riscos e benefícios, visando ao menor mal e ao maior benefício às pessoas.

5 RESULTADOS

A tabela 1 mostra as características sociodemográficas, tempo de trabalho e formação profissional dos participantes, identificando-se a prevalência do sexo feminino 194 (80,5%), idade de 31 a 40 anos 158 (66,1%) e casado 160 (66,4%). A idade média desses profissionais (N=241) foi de 35,9, anos com desvio-padrão DP± de 6,1, e o máximo da idade foi de 49 anos e o mínimo 26 anos. Ao calcularmos a média da faixa etária dos profissionais médicos, enfermeiro e dentista, encontramos uma média de 36,2, 36,46 e 34,75 com máximo 62,53 e 49 de idade e mínimo 25,26 e 26 de idade, respectivamente.

Quanto ao tempo de graduação, 108 (45,4%) possuem de cinco anos a dez anos, os entrevistados em média apresentaram um período de 10,7 anos de formado, com desvio-padrão de 5,7 anos; quanto ao tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família, 155 (64,3%) apresentam de cinco a dez anos de tempo de serviço. Em contrapartida, 159 (66,6%) possuem especialização em Saúde Coletiva e áreas afins, 23 (9,6%) possuíam mestrado e apenas 1 (0,4%) entrevistado, doutorado.

Tabela 1 – Distribuição de médicos, enfermeiros e dentistas da ESF de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241)

	Médico		Enfermeiro		Cirurgião-Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sexo								
Feminino	36	18,6	103	53,1	55	28,4	194	80,5
Masculino	24	51,1	6	12,8	17	36,2	47	19,5
Idade (Em anos)*								
18 -30	13,0	31,7	16,0	39,0	12,0	29,3	41,0	17,2
31-40	33,0	20,9	72,0	45,6	53,0	33,5	158,0	66,1
> 41	13,0	32,5	21,0	52,5	6,0	15,0	40,0	16,7
Estado Civil								
Solteiro	13,0	21,3	30,0	49,2	18,0	29,5	61,0	25,3
Casado	44,0	27,5	68,0	42,5	48,0	30,0	160,0	66,4
União Consensual	1,0	14,3	6,0	85,7	0,0	0,0	7,0	2,9
Divorciado	2,0	15,4	5,0	38,5	6,0	46,2	13,0	5,4
Tempo de Formado								
Menos de 5	7,0	29,2	9,0	37,5	8,0	33,3	24,0	10,1
5 a 10	24,0	22,2	48,0	44,4	36,0	33,3	108,0	45,4
Acima de 10	27,0	25,5	51,0	48,1	28,0	26,4	106,0	44,5
Trabalho na Estratégia Saúde da Família (em anos)								
Menos de 5	11,0	28,2	15,0	38,5	13,0	33,3	39,0	16,2
De 5 a 10	36,0	23,2	74,0	47,7	45,0	29,0	155,0	64,3
Acima de 10	13,0	27,7	20,0	42,6	14,0	29,8	47,0	19,5
Pós-Graduação **								
Nenhuma	7,0	41,2	6,0	35,3	4,0	23,5	17,0	7,1
Especialização Saúde Coletiva e áreas afins	16,0	10,1	84,0	52,8	59,0	37,1	159,0	66,6
Residência e especialização Saúde Coletiva e áreas afins	30,0	76,9	6,0	15,4	3,0	7,7	39,0	16,3
Mestrado Saúde Coletiva e áreas afins	6,0	26,1	11,0	47,8	6,0	26,1	23,0	9,6
Doutorado em Saúde Coletiva e áreas afins	0,0	0,0	1,0	100,0	0,0	0,0	1,0	0,4

Fonte: Pesquisa direta (2011).

*Estratificação da idade de acordo com a população economicamente ativa (IBGE, 2000).

A tabela 2 retrata a instrumentalização dos profissionais para o acolhimento das gestantes na Estratégia Saúde da Família. Percebeu-se que 145 (60,2%) profissionais nunca participaram de treinamentos sobre acolhimento e 96 (39,8%) participaram de algum tipo de capacitação. Dentre os principais fornecedores destes treinamentos estão a Prefeitura de Fortaleza, secretarias regionais de saúde e secretarias municipais de saúde. Abaixo, observa-se o ano em que os entrevistados receberam o treinamento e em maioria dos respondentes, 67(77,0%), foram treinados entre 2009 à 2011.

Tabela 2 – Distribuição do número de médicos, enfermeiros e dentistas de acordo com ter ou não treinamento em acolhimento, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241)

Treinamento sobre acolhimento	Médico		Enfermeiro		Cirurgião-Dentista		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
SIM	18	18,8	41	42,7	37	38,5	96	39,8
NÃO	42	29	68	46,9	35	24,1	145	60,2
ANO do Treinamento								
2005 a 2008	3	15,0	8	40	9	45,0	20	23,0
2009 a 2011	13	19,4	31	46,3	23	34,3	67	77,0

Fonte: Pesquisa direta (2011).

Na tabela 3, foi evidenciado que, dos entrevistados, apenas 5 (2,1%) dos 241 respondentes não chamam o paciente pelo nome e 239(98,8%) afirmaram que procuram utilizar uma linguagem clara com os pacientes. Quanto às conversas sobre dúvidas e preocupações, 236(97,5%) disseram que possuem este tipo de diálogo com seus pacientes. A importância do pré-natal foi conversada com os pacientes para os 229(95,4%) dos entrevistados.

Questionados sobre a utilização de panfletos, cartazes, álbum seriado, teatro, rodas de conversas e outros recursos durante as sessões educativas, 141(54%) informaram usar e 98(41%) não usavam, entretanto, o panfleto é utilizado por 69 (55,2%) dos 125 entrevistados.

Quando indagados se informam sobre os sinais do início trabalho de parto, 174 (71,9%) afirmam que sim e 66 disseram que não. Em relação ao local de referência para o parto e complicações, 162 (66,9%) expressa que informam, enquanto 74 reportam que não informam. Sobre o estímulo ao parto normal, enfatizando o menor risco para criança, 167 (70,8%) relataram que o fazem, e 69 retratam que não estimulam. Quanto ao profissional que informa sobre os sinais de alerta durante a gravidez e a necessidade de procurar o serviço de saúde quando a gestante apresentar sangramento; sintomas de pressão alta (visão turva, tontura, náusea); edema; ausência de movimento fetal por mais de 24 horas e perda de água, 169 (99,4%) dos respondentes explicaram que fazem este procedimento.

Ao analisar as informações gerais sobre gravidez, parto e puerpério de acordo com as necessidades da gestante (nutrição, vestuário, atividade sexual, queixas mais freqüentes.) 163 (96,4%) dos respondentes médico e enfermeiro relatam fornecer estas informações. Ainda, 166 (98,2%) estimulam o aleitamento materno

exclusivo até o 6º mês, enquanto 160 (94,6%) orientam sobre os cuidados que a gestante deve ter no puerpério.

Em relação às perguntas realizadas aos cirurgiões dentistas, 72 (100%) orientam sobre alimentação cariogênica e 71 (98,6%) orientam sobre os problemas causados pelo uso de chupeta.

Tabela 3 – Distribuição de médicos, enfermeiros e dentistas segundo práticas de acolhimento, Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011 (N=241)

Variáveis	Médico				Enfermeiro				Dentista			
	Sim		Não		Sim		Não		Sim		Não	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Chama pelo nome	60	25,6	-	-	108	46,2	1	20	66	28,2	4	80
Linguagem clara	60	25,1	-	-	109	45,6	-	-	70	29,3	-	-
Conversa sobre dúvidas	57	24,2	3	75	109	46,2	-	-	70	29,7	1	25
Conversa sobre a importância pré-natal	56	24,5	4	36,4	107	46,7	2	18,2	66	28,8	5	45,5
Utiliza recursos nas sessões educativas	17	12,1	43	43,9	82	58,2	26	26,5	42	29,8	29	29,6
Quais												
1. Panfletos	3	15	-	-	15	75	-	-	2	10	-	-
2. Cartaz	1	14,3	-	-	3	42,9	-	-	3	42,9	-	-
3. Álbum seriado	-	-	-	-	13	81,3	-	-	3	18,8	-	-
4. Rodas de conversa	3	23,1	-	-	3	23,1	-	-	7	53,8	-	-
5. Panfletos e cartaz	2	28,6	-	-	3	42,9	-	-	2	28,6	-	-
6. Panfletos e álbum	4	16,7	-	-	16	66,7	-	-	4	16,7	-	-
7. Panfleto e roda de conversa	1	33,3	-	-	1	33,3	-	-	1	33,3	-	-
8. Cartaz e álbum	-	-	-	-	-	-	-	-	3	100	-	-
9. Cartaz e roda de conversa	-	-	-	-	1	50	-	-	1	50	-	-
10. Álbum e roda de conversa	1	7,1	-	-	9	64,3	-	-	4	28,6	-	-
11. Teatro e roda de conversa	-	-	-	-	-	-	-	-	1	100	-	-
12. Todos	2	13,3	-	-	9	60	-	-	4	26,7	-	-
Informa sobre início de trabalho de parto	59	33,9	1	1,5	108	62,1	1	1,5	7	4	64	97
Informa local de referência parto e complicações	56	34,6	4	5,4	95	58,6	10	13,5	11	6,8	60	81,1
Estimula parto normal	50	29,9	9	13	95	56,9	13	18,8	22	13,2	47	68,1
Informa sinais de alerta durante a gravidez	60	35,7	-	-	108	64,3	1	100	-	-	-	-
Oferece informações gerais sobre gravidez, parto e puerpério	55	33,7	5	83,3	108	66,3	1	16,7	-	-	-	-
Estimula aleitamento materno exclusivo	57	34,3	3	100	109	65,7	-	-	-	-	-	-
Orienta sobre os cuidados no puerpério	54	34,4	5	62,5	105	65,6	3	37,5	-	-	-	-
Orienta sobre alimentação cariogênica	-	-	-	-	-	-	-	-	72	100	0	0
Orienta sobre problemas causados pela chupeta	-	-	-	-	-	-	-	-	71	98,6	1	1,4

Fonte: Pesquisa direta (2011).

Relativamente às informações sobre a importância do pré-natal, identificamos que 1,8% das enfermeiras, 6,7% dos médicos e 4,6% dos dentistas repassam este tipo de informação para a gestante.

Quanto à importância do pré-natal, dentre os profissionais pós-graduados, os que possuíam residência em saúde pública/coletiva ou em áreas específicas, houve 10,3% de respondentes afirmando que não dirigem estas informações, diante de um índice de 3,8% entre os especialistas em saúde pública/coletiva.

Analisando as respostas sobre o uso de recursos de apoio em sessões educativas, 71,7% dos médicos não fazem uso destes instrumentos. Entre os enfermeiros, este número se reduz para 24,1% e, entre odontólogos, o índice é de 40,8%.

Indagados quanto ao uso de instrumentos de comunicação em sessões educativas, dentre os que possuíam residência em saúde pública coletiva, 48,7% fazem o uso de algum instrumento, os especialistas em saúde pública/coletiva tiveram um índice de 61,8% e dentre os mestres em saúde pública/coletiva, 69,6% afirmam que usam algum instrumento.

Em relação ao uso de instrumentos de comunicação em sessões educativas, dentre os que possuíam treinamento em acolhimento, 34,4% não usam instrumentos de comunicação. Para aqueles que não possuíam treinamento, este índice é de 45,5%.

Quando abordados acerca das informações gerais sobre gravidez, parto e puerpério, de acordo com as necessidades do paciente, apenas 0,9% dos enfermeiros não dá este tipo de informação, enquanto entre os médicos o índice é de 8,3%.

Em relação às respostas sobre estímulo ao aleitamento materno, 100% dos enfermeiros disseram que o realizam, enquanto 5% dos médicos não o fazem.

De acordo com as respostas em relação aos cuidados no puerpério, 10% dos médicos não orientam seus pacientes, e 2,8% dos enfermeiros também não fazem este tipo de procedimento.

Ainda, questionados sobre se nos últimos dois anos o profissional recebeu treinamento sobre acolhimento, encontramos 70% dos médicos, 62,4% dos enfermeiros e 60,2% dos odontólogos que não receberam esse treinamento.

Quanto à informação sobre sinais de trabalho de parto, 34,8% dos especialistas deixam de fornecer estas informações, e apenas 7,7% dos que possuem residência são omissos sobre estas informações, seguidos pelos mestres, com índice de 17,4%.

Da mesma forma, quanto aos informes sobre o local de referência para o parto e complicações, 39% dos especialistas não os fornecem, enquanto 15,4% dos que possuem residência e 13% dos mestres também não informam.

Ao analisar sobre o estímulo ao parto normal, 33,8% dos especialistas não dão informações. Este índice cai para 20,5% e 17,4% entre profissionais com residência e mestres, respectivamente.

Em relação aos cuidados no puerpério, em média 94% dos entrevistados afirmaram dar estas informações, entretanto, entre os que não possuem pós graduação este índice foi de 84,6%.

Sobre o estímulo ao parto normal, 32,2% dos entrevistados sem treinamento em acolhimento não fazem este estímulo. Dentre os que possuem treinamento, este índice reduz-se para 24,7%.

No que concerne aos cuidados no puerpério, dentre os que receberam treinamento apenas 1,7% não informa sobre estes cuidados, enquanto para não treinados este índice sobe para 7,4%.

Dentre as regionais, a SER III destacou-se, realizando o acolhimento total 22(27,9%), enquanto a SER VI não realiza o acolhimento total 35 (23,0%). Houve uma predominância dos profissionais no sexo feminino 71(89,9%) que realizavam o acolhimento total, com alta significância estatística $p=0,010$. Destacou-se o enfermeiro 64(81%), com $p<0,001$, mostrando que houve elevada relevância estatística. A faixa etária < 35 anos 42(53,2%), e a maioria dos profissionais é casados/união consensual 55(69,7%) e o tempo de formação prevaleceu < 10 anos de graduação 43 (54,4%).

Sobre a questão perguntada aos profissionais se receberam treinamento em acolhimento, a maior resposta positiva foi no período de 2005 a 2008, com 45(57,0%).

Tabela 4 – Acolhimento total realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241)

Variáveis	Acolhimento Total		Valor p*
	Sim	Não	
	N (%)	N (%)	
Sexo			0,01
Masculino	8 (10,1)	37 (24,3)	
Feminino	71 (89,9)	115 (75,7)	
Profissão			< 0,001
Médico	12 (15,2)	47 (30,9)	
Enfermeiro	64 (81)	40(26,3)	
Dentista	3 (3,8)	65 (42,8)	
Idade (anos)			0,943
≤ 35	42 (53,2)	79 (52,7)	
> 35	37(46,8)	71 (47,3)	
Estado Civil			0,252
Solteiro/divorciado	24 (30,3)	47 (30,9)	
Casado/união consensual	55 (69,7)	105 (69,1)	
Tempo de Formado (anos)			0,915
≤ 10	43 (54,4)	80(53,7)	
> 10	36 (45,6)	69 (46,3)	
Treinamento acolhimento			0,31
2005 a 2008	45(57)	97(63,8)	
2009 a 2011	34 (43)	55(36,2)	

Fonte: Pesquisa direta (2011).

Na SER VI foi evidenciada com 35(23,0%) a maior resposta relacionada ao acolhimento parcial. Houve uma feminização, correspondendo a 115(75,7%), estatisticamente significante $p=0,010$, em que se destacaram os profissionais dentistas 65(42,8%), com elevada relevância estatística $p < 0,001$. O maior predomínio dos profissionais que receberam treinamento em acolhimento foi também nos anos entre 2005 a 2008, 97 (63,8).

Tabela 5 – Acolhimento parcial realizado pelos profissionais da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=241)

Variáveis	Acolhimento Parcial		Valor *p
	Sim	Não	
	N (%)	N (%)	
Sexo			0,01
Masculino	37(24,3)	8(10,1)	
Feminino	115 (75,7)	71 (89,9)	
Profissão			<0001
Médico	47 (30,9)	12 (15,2)	
Enfermeiro	40(26,3)	64 (81)	
Dentista	65 (42,8)	3 (3,8)	
Idade (anos)			0,943
≤ 35	79(52,7)	42(53,2)	
> 35	71 (47,3)	37 (46,8)	
Estado Civil			0,252
Solteiro/divorciado	47 (30,9)	24 (30,3)	
Casado/união consensual	105 (69,1)	55 (69,7)	
Tempo de Formado			0,92
≤ 10 a	80(53,7)	43 (54,4)	
> 10 a	69 (46,3)	36 (45,6)	
Treinamento acolhimento			0,31
2005 a 2008	97(63,8)	45(57)	
2009 a 2011	55(36,2)	34 (43)	

Fonte: Pesquisa direta (2011).

Na análise das questões relacionadas a autocuidado direcionadas aos profissionais médicos e enfermeiros, o sexo feminino prevaleceu, com 131(85,2%), no acolhimento total, com elevada significância estatística $p < 0,001$. A idade > 35 anos foi a que mais prevaleceu 79 (52,0%), casados/união consensual 107(70%) e tempo de formação > 10 anos 73 (47,7%). Estes profissionais receberam treinamento, em acolhimento em que prevaleceu o número de 97(63,4%) nos anos de 2005 a 2008.

Tabela 6 – Orientações sobre o autocuidado das gestantes direcionadas pelos profissionais médicos e enfermeiros no acolhimento total da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=169)

Variáveis	Acolhimento Total		Valor p*
	Sim	Não	
	N (%)	N (%)	
Sexo			<0,001
Masculino	22(14,4)	8(50)	
Feminino	131(85,2)	8(50)	
Idade (anos)			0,531
≤ 35	73(48)	9(56,2)	
> 35	79(52)	7(43,8)	
Estado Civil			0,166
Solteiro/divorciado	46(30,1)	4(25)	
Casado/união consensual	107(69,9)	12(75)	
Tempo de Formado			0,914
≤ 10 anos	80(52,3)	7(53,9)	
> 10 anos	73(47,7)	6(46,1)	
Treinamento acolhimento			0,058
2005 a 2008	97(63,4)	14(87,5)	
2009 a 2011	56(36,6)	2(12,5)	

Fonte: Pesquisa direta (2011).

No acolhimento total relacionado às questões direcionadas a autocuidado das gestantes realizadas pelos dentistas, houve predomínio do sexo feminino 54(76,0%) com faixa etária < 35 anos 42(60,0%), a maioria é de casados/união consensual 47(66,2%), com tempo de formação <10 anos 43(60,6%). Nos anos de 2009 a 2011, houve predomínio de treinamento para estes profissionais 37 (52,1%).

Tabela 7 – Orientações sobre o autocuidado das gestantes direcionadas pelos profissionais dentistas no acolhimento total da Estratégia Saúde da Família de Fortaleza, Ceará, Brasil, 2011. (N=72)

Variáveis	Acolhimento Total		Valor p*
	Sim	Não	
	N (%)	N (%)	
Sexo			1,000
Masculino	17(23,9)	0	
Feminino	54(76,1)	1(100)	
Idade			1,000
≤ 35	42(60)	1(100)	
> 35	28(40)	0	
Estado Civil			1,000
Solteiro/divorciado	24(33,8)	0	
Casado/união consensual	47(66,2)	1(100)	
Tempo de Formado			1,000
≤ 10	43(60,6)	1(100)	
> 10	28(39,4)	0	
Treinamento acolhimento			0,486
2005 a 2008	34(47,9)	1(100)	
2009 a 2011	37(52,1)	0	

Fonte: Pesquisa direta (2011).

6 DISCUSSÃO

A pesquisa analisa o acolhimento das gestantes com base na prática dos profissionais, médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas, na Estratégia Saúde da Família, em Fortaleza-Ceará.

A análise das características sociodemográficas destes participantes aponta para uma forte feminização da força de trabalho, presença significativa de adultos jovens, solteiros. Pode-se inferir que a ESF está se consolidando como a porta de empregabilidade e caracterizando o início da carreira profissional dessas categorias, o que também é observado em estudos anteriores (MENDONÇA, et al., 2010).

Mendonça et al., (2010), ao investigarem o perfil dos profissionais de nível superior das equipes de Saúde da Família em quatro centros urbanos, também identificaram a predominância do sexo feminino e de pessoas jovens.

Luna, Ferreira e Vieira (2010) também corroboram essas características, pois encontraram resultados similares entre médicos, enfermeiros e cirurgiões-dentistas da ESF de Fortaleza-CE.

Apesar de a maioria dos profissionais terem de cinco a dez anos de graduação, 66,6% possuem somente especialização em Saúde Coletiva e áreas afins, percentual revelador de que a ESF é um espaço de experiência para os recém-graduados e com pouca pós-graduação, ou seja, o déficit de capacitações implica inadequabilidade para o serviço.

A análise da variável categoria profissional relacionada à instrumentalização dos profissionais para o acolhimento das gestantes na ESF mostra que, nos últimos dois anos, os dentistas foram os que mais receberam esta capacitação comparado às outras categorias médicas e de enfermagem.

Percebemos com a descrição do discurso acima é que a gestão dos serviços de saúde poderia investir com maior efetividade nos treinamentos para os técnicos e os incentivar cada vez mais para esta prática.

Bosi e Paim (2010) constataram que, em 2009, a pós-graduação em Saúde Coletiva cresce cerca de 30% no número especializações em relação a 2002. Confirma-se a tendência de expansão e credibilidade dessa formação, pois as instituições do SUS nos níveis municipal, estadual e federal, e até mesmo nas

organizações do subsistema privado, investem em educação de pessoal, por meio de cursos e treinamentos em serviços das mais diferentes modalidades.

Para Mendonça et al. (2010), essas lacunas de conhecimento em assuntos que respondem por demandas da atenção básica também foram detectadas em pesquisas envolvendo outros segmentos e categorias que formam a rede hierarquizada do SUS.

Embora o Ministério da Saúde faça recomendação sobre a importância da capacitação em relativamente à implantação da política específica, as alterações curriculares ainda são lentas, contingentes e pouco reconhecidas.

Foi evidenciado o fato de que 98,8% dos entrevistados chamam o paciente pelo nome e procuram utilizar uma linguagem clara com os usuários. Em relação às dúvidas e preocupações, afirmaram que fazem esse tipo de diálogo, evidenciando que a maioria dos profissionais está fazendo acolhimento com as gestantes.

Um dos pilares que sustenta ou concede viabilidade à proposta do acolhimento é a maneira como acontece as relações entre os diversos atores envolvidos.” Esta proposta de acolhimento se apóia no reconhecimento das relações entre as pessoas no momento do atendimento como uma das questões-chave, e em especial a relação trabalhador-usuário” (MATUMOTO, 2002, p. 2).

Experiências nessa direção vêm sendo desenvolvidas objetivando organizar a oferta de serviços de saúde, desde a escuta das necessidades e demandas da clientela, avaliando e tomando como critério o risco de cada situação que deverá pautar a conduta a ser tomada (LEITE et al., 1999; FRANCO et al., 1999).

Tais constatações levam à reflexão de que o acolhimento precisa ser considerado um instrumento de trabalho que incorpore as relações humanas, apropriado por todos os profissionais em saúde, em todos os setores, em cada sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho, não se limitando ao ato de receber (FRACOLLI; BERTOLOZZI, 2003).

No concernente à utilização de panfletos, cartazes, álbum seriado, teatro, rodas de conversas e outros recursos durante as sessões educativas, foi constatado que este expediente é utilizado pelos profissionais.

Verificou-se que a maioria dos profissionais informa as pacientes sobre os sinais do trabalho de parto, local de referência para o parto e complicações, estimulam às gestante ao parto normal e informam sobre os sinais de alerta durante a gravidez, ressaltando que os enfermeiros oferecem informações gerais sobre gravidez, parto e puerpério de acordo com suas necessidades.

A comunicação é um processo que acontece entre as pessoas, no qual se há de considerar todas as experiências, culturas, valores, interesses e expectativas, pois esta nos capacita para entendermos o mundo, transformando-o e, ao mesmo tempo, sendo transformados por ele (SILVA, 2005). Assim sendo, é muito importante essa interação do profissional com o paciente. Partilhamos das ideias de Carvalho e Campos (2008) quando assinalam que o acolhimento é um arranjo tecnológico que busca garantir acesso aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e ou referenciá-lo se necessário”.

É preciso, mudar, com efeito, a forma como os trabalhadores de saúde têm são formados, como se fossem componentes que já devam possuir habilidades inatas e, portanto, não demandam capacitação (CECCIM, 2004). Na nossa pesquisa, identificamos o fato de que a maioria dos profissionais realiza pós-graduação, passo importante para a qualificação profissional.

Em relação às perguntas realizadas aos cirurgiões-dentistas notamos que estes orientavam as pacientes sobre alimentação cariogênica e acerca dos problemas causados pelo uso de chupeta.

No Brasil, o Ministério da Saúde sancionou uma lei, proibindo qualquer incentivo ao uso da chupeta por parte dos fabricantes, médicos ou da mídia.

A OMS (WHO, 1996) recomenda que os profissionais necessitam ter competência e qualificação para realizar a assistência básica à mulher e ao recém-nascido, tais como assistência no pré-natal, no trabalho de parto, no puerpério, no planejamento familiar e assistência imediata ao recém-nascido.

O parto merece atenção particular, por ser um momento relativamente curto, se comparado a outros não menos importantes do ciclo gravídico-puerperal que determinam profundas modificações na fisiologia materna e fetal. Deve ser alvo de apurada assistência, no sentido de proteger a espontaneidade de seu

desenvolvimento. É necessário, contudo, também dispor de meios para corrigir os desvios da normalidade, caso se apresentem (BRASIL, 1991).

No pré-natal, principalmente, a mulher deve ser orientada para que possa vivenciar toda a gestação e o parto de forma positiva e saudável, ter menos riscos de complicações no puerpério e uma boa amamentação.

Assim, é importante que os atores desse processo se qualifiquem para garantir a eficácia da proposta da Organização Mundial de Saúde na assistência básica à mulher e ao recém-nascido. O serviço de saúde deve assumir sua função precípua, a de dar respostas capazes de solucionar os problemas de saúde do usuário.

Percebemos que no decorrer dos tempos, os profissionais de saúde passaram de uma função exercida por leigos e sem qualificação para uma profissão com formação universitária, acompanhada por pós-graduação, mestrado e doutorado.

Ao analisar as respostas dos médicos, identificamos o fato de que estes não utilizam instrumentos de comunicação em sessões educativas. Este fato decorre de a não utilização desta ferramenta na sua estrutura acadêmica. No que se refere aos instrumentos de comunicação em sessões educativas, os enfermeiros se identificam com a pedagogia, realizando essa prática educativa com maior presteza.

O pré-natal e o nascimento são momentos singulares para uma mulher e uma experiência particular feminina. Os profissionais de saúde devem assumir a posição de educadores que compartilham saberes, buscando desenvolver na mulher a autoconfiança para viver a gestação, o parto e o puerpério. O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e para a maternidade e, como tal, um momento de aprendizagem e oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolver a educação como dimensão do processo do cuidar (RIOS; VIEIRA, 2007).

A consulta de Enfermagem regulamentada pela Lei 7498/86 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) de pré-natal visa a cuidar do binômio mãe-filho, com a finalidade de preparar esta mulher para o parto e puerpério o mais seguro e saudável possível. Em cada consulta, devem ser levantadas as necessidades dessa mulher, de forma singular, e traçado um plano assistencial apropriado, visando aos cuidados necessários para a promoção da saúde da mãe e filho (SANTO; BERNI, 2006).

Para Koffman e Bonadio(2005), a assistência pré-natal de qualidade é fundamental para a redução da mortalidade materna. Garantir a atenção de qualidade significa prevenir, diagnosticar e tratar os eventos indesejáveis na gestação, visando á promoção da saúde da gestante e seu bebê, além de orientação, educação e informação.

A Política Nacional de Humanização preconiza que o diálogo entre os profissionais e usuários na Unidade de Saúde da Família ou no domicílio supõe a troca de saberes e modos de trabalhar em equipe, estabelecendo ações com capacidade de transformar e garantir direitos e novos sentidos (ZAMPIERI, 2010).

A Cartilha de Acolhimento de Risco, do Ministério da Saúde, aponta que o acolhimento é o modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos os que necessitam desse serviço, ouvindo o usuário e assumindo a posição capaz de acolher, escutar e pactuar respostas com base nas indagações e problematização dos processos de trabalho. Assim, o acolhimento é o conteúdo de toda atividade essencial, que consiste de um reconhecimento, cada vez maior, das necessidades de saúde dos usuários e das formas possíveis de satisfazê-las, resultando em encaminhamentos, deslocamentos e trânsitos pela rede assistencial (ZAMPIERI, 2010).

O acolhimento como técnico de conversa, com características peculiares e norteadas por princípios éticos, é passível de ser realizado por qualquer profissional em qualquer momento do atendimento na atenção básica (TEIXEIRA, 2005).

No estímulo ao aleitamento materno exclusivo até o sexto mês, os enfermeiros expressaram que utilizam essa estratégia durante suas consultas de pré-natal. Analisando a importância do pré-natal sob a óptica dos pós-graduados, os que possuíam residência em Saúde Pública Coletiva ou áreas específicas são os que mais repassam esta informação.

A atenção humanizada necessita além de profissionais de saúde qualificados e sensíveis às necessidades de saúde das gestantes, de tecnologias comuns ao desenvolvimento da consulta, de atenção especializada e dinâmica do cuidado holístico (XIMENES NETO et al., 2008).

Quanto ao uso de instrumentos de comunicação em sessões educativas, entre os que possuíam residência em Saúde Coletiva houve uma taxa maior entre os

mestres em Saúde Pública. Em relação aos cuidados no puerpério, foi evidenciado que os enfermeiros são os profissionais que mais se destacam neste tipo de informação, em relação às outras categorias profissionais.

No concernente às informações sobre sinais de trabalho do parto, estímulo ao parto normal e os cuidados no puerpério, percebemos que os especialistas são os que mais dão estas informações, Este número aumenta para os que possuem residência, ao que se seguem os mestres. É notável, entretanto o fato de que, quanto maior o nível de pós-graduação, mais capacitados eles estarão na prática coletiva.

Em relação ao uso de instrumentos de comunicação em sessões educativas e reportar-se sobre os cuidados no puerpério, dentre os que possuíam treinamento em acolhimento, percebe-se que estes profissionais usam estes recursos, mais frequentemente, o que já é esperado, pois são mais instrumentalizados para esta prática.

A literatura assumira que o acolhimento abre as portas da Unidade a todos os usuários que dela necessitarem. O compromisso com a resolução do seu problema de saúde, confere sempre uma resposta positiva a encaminhamentos seguros ,quando necessários. O vínculo baseia-se no estabelecimento de referência dos usuários a uma dada equipe de trabalhadores, e a responsabilização destes para com aqueles, no que diz respeito à produção do cuidado (FRANCO; MERHY, 2004).

Para Carvalho e Campos (2000), acolhimento é um arranjo tecnológico que procura assegurar aos usuários com o objetivo de escutar todos os pacientes, resolver os problemas mais simples e/ou referenciá-los, se necessário. A acolhida consiste na abertura dos serviços para a demanda e a responsabilidade por todos os problemas de saúde da região. Prevê plasticidade, que é a capacidade de um serviço adaptar técnicas e combinar atividades, de modo a melhor respondê-los, adequando-os a recursos escassos e aspectos sociais, culturais e econômicos, presentes na vida diária. Ao sentir-se acolhida, a população procura, além dos seus limites geográficos, serviços receptivos e resolutivos.

Para Bueno e Merhy (2002) o acolhimento deve constituir uma nova ética, da diversidade e da tolerância aos diferentes, da inclusão social com escuta clínica solidária, comprometendo-se com a conquista da cidadania.

Corroborando estes autores, notamos a importância do acolhimento na ESF e que algumas “regionais” estão se destacando. Assim, é essencial que haja a intersectorialidade das equipes para a troca de experiências positivas e negativas em relação ao acolhimento. Para Cecílio (2001) o usuário traz uma “cesta de necessidades de saúde” e cabe à equipe, com sensibilidade e preparo, desvendar para melhor atendê-lo.

O estudo aponta que nas orientações sobre o autocuidado das gestantes direcionadas pelos profissionais médicos e enfermeiros, o sexo feminino foi dominante no acolhimento. A idade > 35 anos foi a que mais prevaleceu como casados/união consensual e tempo de formação > 10 anos. Estes profissionais receberam treinamento em acolhimento, em que prevaleceram os anos de 2005 a 2008.

Em relação à variável relacionada ao autocuidado das gestantes direcionadas pelos dentistas, houve predomínio do sexo feminino, com faixa etária < 35 anos, a predominância de casados/união consensual, com tempo de formação <10 anos. Nos anos de 2009 a 2011, houve predomínio de treinamento para estes profissionais.

O autocuidado é uma atividade do sujeito alcançada por ele e encaminhada para um objetivo. É uma ação desencadeada em situações concretas da vida, em que o indivíduo dirige para si mesmo ou para regular os fatores que afetam seu desenvolvimento. “Essas ações são espontâneas e intencionais, envolvem tomadas de decisões e têm como objetivo contribuir para seu empoderamento” (OREM, 1995)

A excelência do serviço de saúde pauta-se no atendimento humanizado, acolhimento, estabelecimento do vínculo de confiança entre profissionais de saúde e gestantes, ações educativas e serviço de referência a outros profissionais, se assim necessitar (BRASIL, 2000).

A atuação efetiva da mulher durante todo o percurso gestacional é relevante na garantia de uma gravidez saudável. O autocuidado viabiliza autonomia no agir, estabelecendo espaços para garantir melhor qualidade de vida, capacitando como transformadoras da sua realidade (CABRAL; RESSEL; LANDERDAHL, 2005).

Um dos maiores desafios a superar é a excelência do acolhimento a gestantes e usuários em geral na ESF, pois a saúde é um dos fatores de fundamental

importância para o ser humano, sendo necessário o Estado e a sociedade buscarem permanentemente políticas para regulamentar o sistema que lhes conferem suporte.

7 CONCLUSÃO

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher representou avanço na assistência holística da mulher, quando considera suas subjetividades e seu papel na sociedade, no entanto, as rotinas nas ESF estão distantes do preconizado por essa política.

A possibilidade de analisar o trabalho de uma equipe da ESF, no que tange ao acolhimento à gestante, revelou a forma de produção de saúde como resultante da articulação dos elementos que compõem o processo de trabalho na atenção básica.

O acolhimento das gestantes, com base na prática de profissionais médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família no Município de Fortaleza, revela um perfil sociodemográfico de profissionais predominantemente jovens, casados do sexo feminino, com cinco a dez anos de formados e igual tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família e percentual significativo de pós-graduados em Saúde Coletiva e áreas afins.

Estes participantes apontaram lacunas na instrumentalização do conhecimento para o acolhimento às gestantes na consulta de pré-natal, refletindo em suas tomadas de decisões.

Enfermeiros e dentistas mostraram-se envolvidos com a qualidade de atendimentos as gestantes, realizando práticas de educação e saúde. Os médicos não utilizavam na sua prática instrumentos de comunicação em sessões educativas, focando seu atendimento na consulta clínica.

Os profissionais devem ser portadores de conhecimentos para identificar problemas e necessidades de saúde da população, proporcionando diálogos sobre determinado assunto em saúde com grupos, para que, posteriormente, os indivíduos possam refletir e fazer a opção por uma vida mais saudável.

Na sugestão de parâmetro de classificação do acolhimento apontado pelas autoras da pesquisa dentre as “regionais”, a SER III destacou-se, realizando o acolhimento total com as gestantes, enquanto a SER VI evidenciou o acolhimento parcial, ou seja, é uma falha do serviço no manejo das ferramentas no acolhimento para os profissionais da ESF.

Com efeito, é essencial a sensibilização dos gestores para proporcionar capacitações aos profissionais da atenção primária, propiciando uma melhora no atendimento na consulta à gestante.

Acredita-se que os resultados das análises aqui apresentados poderão contribuir com vistas a subsidiar o cuidado à gestante, incrementar o ensino e a produção de conhecimento na área da saúde da mulher, garantindo a ampliação da cobertura da assistência pré-natal em Fortaleza e melhores resultados maternos e perinatal.

Espera-se que a pesquisa contribua para promover uma reflexão sobre o cenário das práticas de acolhimento à gestante tendo em vista que configura um direito da mulher institucionalizado por meio de políticas e programas ministeriais carecendo da iniciativa de profissionais de saúde implicados com a assistência de qualidade.

Destacam-se como limitações do estudo:

- a) A pesquisa realizada com abordagem quantitativa e qualitativa teria um aprofundamento ideal dos resultados, no sentido de aprofundar as respostas subjetivas dos profissionais sobre o tema;
- b) Se o estudo contemplasse outros municípios do Estado do Ceará, poderia haver mais confiabilidade na generalização dos dados;
- c) Na busca de artigos envolvendo a temática encontramos no total nove periódicos, em que seis eram artigos, uma tese e três dissertações, representando pouca produção científica disponível na íntegra sobre o tema;
- d) Questões metodológicas; uso de instrumentos com questões direcionadas e questões do tipo sim ou não.

REFERÊNCIAS

BOSI, M.; PAIM, J. Graduação em Saúde Coletiva: limites e possibilidades como estratégia de formação profissional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 4, p. 2029-2038, jul. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência institucional ao parto, ao puerpério e ao recém-nascido**. Brasília, 1991.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de Educação Popular e Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia Prático do Programa Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/frameset> . Acesso em: 15 jun. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instancias do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 569, de 1º de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. **Diário Oficial da União**, Brasília, 18 de ago. 2000.

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento**. Informações para gestores e técnicos. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de meta países e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Ministério da Saúde. Resolução nº 196/96 sobre pesquisa envolvendo humanos. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Síntese das Diretrizes para a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: 2004 a 2007**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2005: uma análise da situação de saúde no Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.

_____. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Presidência da República. **Constituição Federal 1988**. Brasília, out. 1988.

BREHMER, L.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 15, p. 3569-3578, 2010.

BUENO W. O trabalho em saúde: **olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004, p. 55-124.

BUENO, W.; MERHY, E. Os **Equívocos da NOB 96**: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96crit.htm>>. Acessado em: 14 fev. 2002.

CABRAL, F.; RESSEL, L.; LANDERDAHL, M. Consulta de enfermagem: estratégia de abordagem à gestante na perspectiva de gênero. Escola Anna Nery, **Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 459-465, dez. 2005.

CARVALHO, C.; MARSICANO, J.; CARVALHO, F.; PERES, A.; BASTOS, J.; SALES, S. Acolhimento aos usuários: uma revisão sistemática do atendimento no Sistema Único de Saúde. **Ciência e Saúde**, v. 15, n. 2, 2008.

CARVALHO, S.; CAMPOS G.W. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretária municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. **Caderno de Saúde Pública**; v.16 p.507-515. 2000.

CECCIM, R. Educação permanente em saúde: desafio ambicioso e necessário. **Interface, Comunicação, Saúde e Educação**, v. 9, n. 16, p. 161-77, 2004.

CECÍLIO, L. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

COSTA, G. et al. Avaliação do cuidado à saúde da gestante no contexto do Programa Saúde da Família. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 14, p. 1347-1357, 2009.

DIAS, M. Humanização da Assistência ao Parto: **Conceitos, Lógicas e Práticas no Cotidiano de uma Maternidade Pública**. 2006. Tese (Doutorado) – Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2006.

DORNFELF, D. **A equipe de saúde e a segurança do binômio mãe e bebê no parto e nascimento**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem, UFC, Rio Grande do Sul, 2011.

DUARTE, S.; ANDRADE, S. Assistência Pré-Natal no Programa Saúde da Família. **Revista de Enfermagem Anna Nery**, v. 10, p. 121-125, 2006.

FALCONE, M.; MADER, N.; NASCIMENTO, L.; Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. **Revista de Saúde Pública**, v. 34, p. 612-618, 2005.

FERREIRA, M.; SCHIMITH, M.; CACERES, N. Necessidades de capacitação e aperfeiçoamento dos profissionais de equipes de saúde da família da 4ª Coordenadoria Regional de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2611-2620, 2010.

FRACOLLI, L.; BERTOLOZZI, M. **A Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo**: manual de enfermagem, Rio de Janeiro, 2003.

FRANCO, T. et al. 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. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E.; MIRANDA, J.; RIMOLI, J.; FRANCO, T. "**Saúde da Família**: Uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde"; MS, Mimeo, Brasília, mar. 1996, p. 2.

FREIRIA, A.; SANTOS, Z.; SILVA, S.; OLIVEIRA, C. O Acolhimento na Perspectiva da Equipe de Enfermagem de uma Unidade de Saúde da Família. **Nursing**, v. 13, n. 146, p. 348-353, 2010.

GARCIAL, S.; LIPPI, U. A necessidade de inserção do enfermeiro obstetra na realização de consultas de pré-natal na rede pública. **Einstein**, v. 8, p. 241-7, 2010.

HOGA, L. REBERTE, L. Pesquisa-ação como estratégia para desenvolver grupo de gestantes: a percepção dos participantes. **Revista da escola de Enfermagem**, USP, v. 41, n. 4, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 jun, 2010.

_____. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

KANTORSKI L. et.al. A integralidade no cotidiano de trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 30, p. 594-601, 2009.

KAWAMOTO, E. **Enfermagem Comunitária**. São Paulo: EPU, 1995.

- KOFFMAN, M.; BONADIO, I. Avaliação da atenção pré-natal em uma instituição filantrópica da cidade de São Paulo. **Revista brasileira saúde materno infantil.**, v. 5, supl. 1, p. 523-532, 2005.
- LEITE, J. et al. Acolhimento: perspectiva de reorganização da assistência de enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 52, n. 2, p. 161-168, 1999.
- LIMA, M. Educação em saúde: algumas reflexões e implicações para a prática de enfermagem. **Revista gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 185-191, 1996.
- LUNA, G.; FERREIRA, R.; VIEIRA, L. Notificação de maus-tratos em criança e adolescentes por profissionais da equipe saúde da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p 481-491, mar. 2010.
- MACHADO, H. et. al. Programa de Acolhimento e Humanização do Atendimento no Hospital Universitário Pequeno Anjo. In: I Jornada Catarinense Multi/Interdisciplinar em Pediatria do Centro de Ciências da Saúde, **Anais...** 2005.
- MARQUES, G. As tecnologias leves como orientadoras dos processos de trabalho em serviços de saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, v. 25, p. 17-25, 2004.
- MATTOS, R. A integralidade na prática: ou sobre a prática da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, p. 1411-1416, 2004.
- MATUMOTO, S. et al. A comunicação como ferramenta para o acolhimento em unidades de saúde. In: Simpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem, São Paulo. **Anais eletrônicos...** v. 8. 2002
- MATUMUTO, S. **O acolhimento**: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde. 1998. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1998.
- MEDEIROS, P.; GUARESHI, N. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. **Estudos feministas**, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 296, jan./abr. 2009.
- MENDES, E. Um Novo Paradigma Sanitário: a produção social da saúde. In: MENDES, E. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.
- MENDES, I. Desenvolvimento e saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, maio/jun. 2004.
- MENDONÇA, F. et. al. Avaliação de tutores e facilitadores sobre o processo de formação de facilitadores de educação permanente em saúde no município de Londrina, Paraná. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2593-2602, ago. 2010.
- MENDONÇA, M. et al. Desafios para gestão do trabalho a partir de experiências exitosas de expansão da estratégia saúde da família. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 5, p. 2355-2365, 2010.

MERHY, E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. (Org.). **Inventando a Mudança na Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MERHY, E. et al. **O trabalho em saúde**: olhando e experienciando o SUS no cotidiano. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MERHY, E. **Saúde**: A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: HUCITEC, 2002.

MORI, M.; COELHO, V.; ESTRELLA NETTO, R. Sistema Único de Saúde e políticas públicas: atendimento psicológico à mulher na menopausa no Distrito Federal, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 9, Sept. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2006000900013&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 27 nov. 2011.

NAGAHAMA, E.; SANTIAGO, S. O cuidado pré-natal em hospital universitário: uma avaliação de processo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 1, p. 173-179, jan. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n1/18.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

OGNIBEN, L. **Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação às mulheres**: o ponto de vista das puérperas. 2009. Dissertação (Mestrado) – Universidade do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social, Rio de Janeiro, 2009.

OLIVEIRA, A. et al. A comunicação no contexto do acolhimento em uma unidade de saúde da família de São Carlos, SP. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 12, n. 27, p. 749-62, out./dez. 2008.

OREM, D. **Nursing**: concepts of practice. 4. ed. Saint Louis: Mosby, 1995.

OSIS, M. Paism: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, (Supl. 1), p. 25-32, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v14s1/1337.pdf>>. Acesso em: 27 out. 2011.

PAIDÉIA 2001. Protocolo de Acolhimento da Secretaria Municipal de Saúde de Campinas. maio 2002. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br>>.

PAIDÉIA 2002. Projeto Paidéia de saúde da família. Campinas, maio 2002. Disponível em: <<http://www.campinas.sp.gov.br>>.

PAIM, J. **O que é SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

PASSOS, E. **Formação de apoiadores para a política nacional de humanização da gestão e da atenção à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2006. v. 2.

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. (Orgs.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: IMS-Uerj/Abrasco; 2001.

QUEIROZ, M. et al. Indicadores de qualidade da assistência ao nascimento baseados na satisfação de puérperas. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 3, jul./set.2007.

RESENDE FILHO, J. **Obstetrícia Fundamental**. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIOS, C.; VIEIRA, N. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Colet**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 1673-1681, mar./abr. 2007.

ROUQUAYROL, M.; ALMEIDA FILHO, N. **Epidemiologia e Saúde**. 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003.

SANTO, L.; BERNI, N. Enfermagem em obstetrícia. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em obstetrícias**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

SCHIMITH, M. **Acolhimento e Vínculo em uma Unidade de Saúde da Família: Realidade Ou Desejo?**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto alegre, 2002.

SERRUYA, S.; CECCATI, J.; LAGO, T. O Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/22.pdf>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SHOLZE, A. et.al. A Implantação do Acolhimento no Processo de Trabalho de Equipes de Saúde da Família. **Revista Espaço para a Saúde**, v. 8, p. 7-12, 2006.

SILVA JÚNIOR, A.; MASCARENHAS, M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/Uerj /Abrasco, 2006.

SILVA, A. **A prática de Saúde do Programa de Saúde da Família: mudança ou conservação?** 2002. Dissertação (Mestrado) – ISC-UFBA, Salvador, 2002.

SILVA, M. **Comunicação tem remédio**. 3. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2005.

SILVEIRA, M.; FELIX, L.; ARAÚJO, D.; SILVA, I. Acolhimento no Programa Saúde da Família: Um Caminho para Humanização da Atenção à Saúde. **Cogitare enfermagem**, v. 9, n. 1, p. 71-78, jan./jun. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em: 10 nov. 2011.

SISTEMA DE INFORMAÇÕES DA ATENÇÃO BÁSICA. Disponível em: Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/siab/siab.htm>>. Acesso em: 5 out. 2011.

SOARES, J.; CAMARGO JUNIOR, K. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação e Saúde**, v. 11, p. 65-78, 2007.

TAKEMOTO, M.; SILVA, E. Acolhimento e transformação no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, p. 331-340, 2007.

TEIXEIRA, C. Saúde da Família, promoção e vigilância: construindo a integridade da atenção á saúde no SUS. In: TEIXEIRA, C.;SOLLA, J. (Org.). **Modelo de Atenção á saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador: EDUFBA, 2006.

TEIXEIRA, R. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 10, p. 585-597, 2005.

TRAVESSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. **Caderno Saúde Pública**, v. 20, p. 80-88, 2004.

VERSIANIL, C.; MENDONÇA, J.; VIEIRA, M.; SENA, R. Relato de Experiência Maternidade Segura: Relato de Experiência. **Rev. APS**, v. 11, n. 1, p. 109-114, jan./mar. 2008.

WALDMAN, E.; ROSA, T. **Vigilância em Saúde pública**. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/saude_cidadania/>. Acesso em: jun. 2010.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit**. Family and Reproductive Health. Care in normal birth: a practical guide; report of a technical working group. Geneva: WHO; 1996.

XIMENES NETO, F. et al. Qualidade da atenção ao pré-natal na Estratégia Saúde da Família em Sobral, Ceará. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 61, n. 5, 2008.

ZAMPIERI, M.; ERDMANN, A. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Revista Brasileira Saúde Materno Infantil**, v. 10, p. 359-367, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de consentimento livre e esclarecido

Caro(a) senhor(a)

Eu, Geysa Maria Nogueira Farias, discente do curso de Mestrado Saúde Coletiva da Universidade Fortaleza, portadora do CPF 479921583-34, estabelecida na rua Inácio Vasconcelos, nº 662, Fortaleza, cujo telefone é (85) 32291708, irei desenvolver uma pesquisa cujo título é Acolhimento de gestantes na prática de profissionais da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza-Ceará. O objetivo deste estudo é analisar a prática do acolhimento realizada por médicos, enfermeiros e dentistas da Estratégia Saúde da Família com as gestantes, em Fortaleza-Ceará. Sua participação nesta pesquisa é voluntária e pode proporcionar o mínimo risco ou desconforto e não trará qualquer benefício direto, mas proporcionará um melhor conhecimento a respeito do acolhimento das gestantes, ou seja, trará subsídios para futuras políticas públicas de Educação e Saúde, que, em futuros trabalhos de saúde pública e/ou saúde coletiva poderá beneficiar outras pessoas.

Informo que o(a) Sr tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas. Se tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade de Fortaleza, situado na Av. Washington Soares, 1321, prédio da Reitoria. Horário de funcionamento: 7h30min às 11h e 13h30min às 18h. E-mail: coética@unifor.br – Tel.: (85) 3477.3160 – Bairro Edson Queiroz – CEP 60811-905 – Fortaleza – Ceará – Brasil.

Também é garantida a liberdade da retirada de consentimento a qualquer momento, sem qualquer prejuízo à continuidade de seu pré-natal na instituição.

Garanto que as informações obtidas serão analisadas sem a identificação dos participantes. O(a) Sr.(a) tem o direito de ser mantido(a) atualizado(a) sobre os resultados das pesquisas e caso solicitado, darei todas as informações.

Não existirão despesas ou compensações pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Comprometo-me a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos, sem nunca tornar possível sua identificação.

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Respondente

APÊNDICE B – Termo de consentimento pós-esclarecido

Declaro que, após convenientemente esclarecida pela pesquisadora e depois de haver entendido o que me foi explicado, concordo em participar da pesquisa intitulada acolhimento de gestantes na prática dos profissionais da Estratégia Saúde da Família em Fortaleza- Ceará

Fortaleza, ____ de _____ de _____.

Respondente

APÊNDICE C – Instrumento de coleta de dados NI:**Dados Sociodemográficos**Regional I() Regional II() Regional III() Regional IV() Regional V() Regional VI()

1) Unidade Básica de Saúde: _____

2) Sexo

0.() M 1.() F

3) Profissão

0.() Médico(a) 1.() Enfermeiro(a) 2.() Odontólogo(a)

4) Idade_____

5) Estado Civil

0.() Solteiro(a) 2.() União Consensual 4.() Divorciado1.() Casado(a) 3.() Viúvo(a)

6) Tempo de formado_____

7) Pós-graduação

0.() Nenhuma1.() Especialização em saúde pública/coletiva ou em áreas específicas2.() Residência em saúde pública/coletiva ou em áreas específicas.3.() Mestrado em saúde pública/coletiva ou em áreas específicas.4.() Doutorado em saúde pública/coletiva ou em áreas específicas.

8) Tempo de trabalho na Estratégia Saúde da Família _____

9) Você nos últimos dois anos recebeu treinamento sobre acolhimento?

0.() Não 1.() Sim

9.1) Promovido por quem? _____

9.2) Quando? _____

Questões sobre Acolhimento

01. Durante as consultas de pré-natal você trata a gestante pelo nome?

0.() Não 1.() Sim

02. Utiliza linguagem clara?

0.() Não 1.() Sim

03. Conversa sobre suas necessidades, dúvidas ou preocupações?

0.() Não 1.() Sim

04. Conversa sobre a importância do pré-natal?

0.() Não 1.() Sim

05. Utiliza panfletos, cartazes, álbum seriado, teatro, rodas de conversas e outros recursos durante as sessões educativas?

0.() Não 1.() Sim

Quais: _____

06. Informa sobre os sinais de início do trabalho de parto?

0.() Não 1.() Sim

07. Informa sobre o local de referência para o parto e complicações?

0.() Não 1.() Sim

08. Estimula para o parto normal enfatizando menor risco para ela e a criança?

0.() Não 1.() Sim

Questões sobre a promoção do autocuidado

Direcionadas ao Médico e ao Enfermeiro

01. Informa sobre os sinais de alerta durante a gravidez e a necessidade de procurar o serviço de saúde quando a gestante apresentar: sangramento ;sintomas de pressão alta (visão turva, tontura, náusea);edema;ausência de movimento fetal por mais de 24horas e perda de água .

0.() Não 1.() Sim

02. Oferece informações gerais sobre gravidez, parto e puerpério de acordo com suas necessidades (nutrição, vestuário, atividade sexual, queixas mais freqüentes, etc.)?

0.() Não 1.() Sim

03. Estimula para o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês?

0.() Não 1.() Sim

04. Orienta sobre os cuidados que a gestante deve ter no puerpério?

0.() Não 1.() Sim

Direcionadas ao Dentista

01. Orienta sobre alimentação cariogênica ?

0.() Não 1.() Sim

02. Orienta sobre os problemas causados pelo uso de chupeta?

0.() Não 1.() Sim

ANEXOS

ANEXO A – Parecer do Comitê de Ética



FUNDAÇÃO EDSON QUEIROZ
UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
ENSINANDO E APRENDENDO

UNIVERSIDADE DE FORTALEZA
VICE-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Comitê de Ética em Pesquisa – COÉTICA

PARECER Nº. 157/2009

Projeto de Pesquisa: Integralidade na produção do cuidado a gestante nos municípios de Fortaleza e Crato.

Pesquisador Responsável: Raimunda Magalhães da Silva

Data de apresentação ao COÉTICA: 31/03/09

Registro no COÉTICA: 09-106

CAAE: 0922.0.000:037-09

Parecer: APROVADO na data de 28/05/09

Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba

Prof. Marília Joffily Pereira da Costa Parahyba
Presidente do Comitê de Ética em Pesquisa da UNIFOR – COÉTICA