

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDREA DOS REIS FERMIANO

**DISTANCIAMENTO E PERTENCIMENTO DA ENFERMEIRA NA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID 19**

SÃO CARLOS – SP

2023

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

ANDREA DOS REIS FERMIANO

**DISTANCIAMENTO E PERTENCIMENTO DA ENFERMEIRA NA ASSISTÊNCIA
PRÉ-NATAL NO CONTEXTO DA PANDEMIA DA COVID 19**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos, como requisito para Título de Doutora em Ciência da Saúde.

Orientação: Prof^a Dr^a Márcia Regina Cangiani Fabbro.

SÃO CARLOS – SP

2023



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Folha de Aprovação

Defesa de Tese de Doutorado da candidata Andrea dos Reis Fermiano, realizada em 23/05/2023.

Comissão Julgadora:

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro (UFSCar)

Profa. Dra. Aida Victoria Garcia Montrone (UFSCar)

Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira (UnB)

Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice (UNICAMP)

Profa. Dra. Júnia Aparecida Laia da Mata (UFRGS)

O Relatório de Defesa assinado pelos membros da Comissão Julgadora encontra-se arquivado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

AGRADECIMENTOS

Antes de tudo e de todos agradeço a DEUS, por me dar o privilégio de sonhar e realizar o sonho de finalizar essa tese, pela oportunidade de lutar pelo que acredito, de poder dar voz as mulheres, de poder chegar tão alto na minha profissão fazendo o que realmente gosto.

Agradeço a Nossa Senhora, mulher, mãe, a figura feminina de força, intercessão e fé e que tenho certeza muitas vezes me cobriu com seu manto nas longas madrugadas de estudo.

Agradeço as mulheres da minha vida, mulheres guerreiras como minhas avós que me ensinaram a ter fé, minha tia que me ensinou a importância da ciência, minha mãe que me ensinou a ser mãe e minha filha que me ensinou a força do amor.

Agradeço ao meu companheiro, amigo, marido que sempre me apoiou nesse sonho, que sempre se orgulhou das minhas vitórias e que sempre esteve ao meu lado nas lutas do dia a dia.

Agradeço a todas as mulheres da ciência que me inspiraram na minha formação acadêmica, principalmente minha orientadora Márcia Regina Cangiani Fabbro e as docentes Mônica Wernet, Nayara Girardi Baraldi (*in memoriam*) e Jamile Bussadori, profissionais incríveis e mulheres que lutam diariamente por mulheres fazendo a diferença na vida das pessoas e que tive o prazer de conhecê-las, deixando suas marcas na minha história.

Agradeço a banca de qualificação e defesa deste estudo: Profa. Dra. Aida Victória Garcia Montrone, Profa. Dra. Clara Fróes de Oliveira Sanfelice, Profa. Dra. Aline Oliveira Silveira,, Profa. Dra. Junia da Mata, Profa. Dra. Flávia Corrêa Porto de Abreu D Agostini e Profa. Dra. Mariana Torreglosa Ruiz.

Agradeço a todos os meus colegas de trabalho que me compreenderam nessa difícil jornada e que hoje celebram comigo mais essa conquista profissional.

À Valentina Pietro

A maior força feminina que tive a graça de carregar no meu ventre.

O maior amor que meu coração já conheceu.

*“Nunca me diga que eu não posso fazer isso.
A mim, que dancei com dois corações, respirei com quatro pulmões.
A mim, que tenho sido gelo, fogo e vento.
Que levei na barriga o peso de dois mundos e dei à luz a vida aos gritos.
Que abracei a tristeza sem medo e chorei sorrisos.
A mim não me diga que eu não sou capaz de alguma coisa ou de tudo”*
Eva Lopez Martinez

*“Somente o hoje, sem o peso do ontem e sem a ansiedade do amanhã”
(Facebook de Nayara Girardi Baraldi in memoriam)*

RESUMO

Os cuidados pré-natais constituem um importante momento para exercício das funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças, se constituindo em um conjunto de ações que são, portanto simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando o bom desfecho da gestação para a mulher e seu(s) filho(s). A presente Tese teve como **objetivos:** Compreender, descrever e avaliar a Assistência de Enfermagem no Pré-natal (PN), visando sua qualificação, no contexto da pandemia devido ao Coronavírus (COVID-19); Compreender as potencialidades e necessidades dos enfermeiros para a qualificação do PN no contexto da pandemia; Identificar as medidas práticas para qualificar o Pré-natal; Realizar um redirecionamento das ações visando implementar as atividades propostas pelas equipes. **Metodologia:** Foi utilizado Pesquisa-ação por ser um método intervencionista, onde o pesquisador sai da posição de telespectador e junto com a população estudada testa hipóteses sobre o fenômeno de interesse, implementando e acessando as mudanças no cenário real. Participaram da pesquisa seis enfermeiros das principais Unidades Básicas de Saúde da Atenção Primária à Saúde do Município de São Carlos. **Resultados e Discussão:** O estudo mostrou que existe um distanciamento da enfermeira em relação à Assistência Pré-natal, cujo modelo atual de cuidado não pertence às gestantes e puérperas e também não pertence as enfermeiras. A pandemia intensificou este afastamento e as enfermeiras se mantiveram como agentes de informação e orientação. O trabalho da enfermeira é solitário e subordinado ao trabalho do médico. Elas não têm força suficiente para fazer diferente, como quem prefere o conforto da estabilidade segura do que a turbulência de uma luta pela liberdade, como resultado da percepção de que o desafio é maior do que a condição de enfrentamento. **Considerações Finais:** Ficou evidente a necessidade de reconhecimento da importância das redes de atenção à saúde, de espaços de diálogo e troca de conhecimento, entre enfermeiros e gestantes, favorecido pelo grupo de gestantes, como também entre enfermeiros e enfermeiros, oportunizado pelo grupo de estudo/trabalho. O modelo de linhas de cuidado deve ser reconhecido como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, na busca dos desafios e alcances da integralidade do cuidado à gestante e família, o que implicará, em rever processos de trabalho, relações e interações e um apoio e compromisso da gestão com os tensionamentos identificados. A qualificação da Assistência Pré-natal do Enfermeiro só será possível com a mudança do processo de trabalho e maior comprometimento da gestão pública Municipal.

Palavras chaves: Assistência Pré-natal; Atenção Primária à Saúde, Enfermagem, COVID-19.

ABSTRACT

Prenatal cares constitute an important moment to exercise the healthcare functions, including health promotion, sorting, diagnosis and disease prevention, constituting a set of actions that are simultaneously preventive, health promoting, diagnostical and healing, aiming good outcomes of the pregnancy for women and newborns. The **objectives** of this thesis are: understand, describe and evaluate Prenatal Nursing Care (PN), aiming at its qualification, in the context of the COVID-19 pandemic; understand the potentialities and needs of nurses for the qualification of the PN in the context of the pandemic; identify practical measures to qualify prenatal care; redirect actions to implement the activities proposed by the health teams. **Methods:** the action research was used because it is an interventionist method, in which the researcher leaves the position of spectator and together with the studied population, tests the hypotheses about the phenomenon of interest, implementing and accessing changes in the real scenario. For this, six nurses from the main Basic Health Units in Primary Health Care in the city of São Carlos participated in this research. **Results and Discussion:** This study showed that there is a distance between the nurse and Prenatal Care, whose current model of care does not belong to pregnant and puerperal women and also does not belong to nurses. The pandemic intensified this distance and the nurses remained agents of information and guidance. The nurse's role is solitary and subordinate to the doctor's work. Without enough strength to do their actions differently, the nurses prefer the comfort of safe stability than the turbulence of a fight for freedom, as a result of the perception that the challenge is bigger than the condition of confrontation. **Final considerations:** there is an evident need to recognize the importance of health care, the creation of spaces for dialogue and knowledge exchanges between nurses and pregnant women, favored by the group of pregnant women as well as between the nurses, provided by the study group/work. The model of care lines must be recognized as a strategy to overcome the fragmentation of the attention and management in the search for the challenges and scope of comprehensive care for the pregnant woman and her family, which will imply in a work processes review, the association, interactions, support and commitment of the management team with the identified tensions. The qualification of Nurses' Prenatal Care will only be possible with a change in the work process and greater commitment from the municipal public management.

Keywords: Prenatal Care; Primary Health Care; Nursing; COVID-19.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: O lugar de sujeitos e objetos nos cuidados em saúde	32
--	----

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Construção das categorias analíticas a partir dos temas gerados de cada etapa.....	88
---	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1: Organização dos dados de entrevistas e diário de campo e descrição dos temas da Fase exploratória. São Carlos. SP. 2023.....	47
Quadro 2: Notas de Campos e Comentários sobre os atendimentos Pré-natais realizados na UBS Cidade Aracy.....	74
Quadro 3: Na fase de Ação foi possível identificar novos e velhos temas para construção das categorias analíticas como.....	83
Quadro 4: Avaliação da Fase de Ação segundo Thiollent.....	83
Quadro 5: Questões de pesquisa, Categorias analíticas, tensionamentos e os conceitos teórico-metodológicos que embasaram a discussão desse doutoramento.....	89

LISTA DE SIGLA E ABREVIATURAS

APS	Atenção Primária à Saúde
ARES	Administração Regional de Saúde
BCG	<i>Bacilo Calmette-Guérin</i>
COREQ	<i>Consolidated criteria for reporting qualitative research</i>
ESF	Estratégia de Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
IG	Idade Gestacional
IMSR	Iniciativas por uma Maternidade Sem Risco
ODM	Objetivos de Desenvolvimento do Milênio
ODS	Objetivos de Desenvolvimento Sustentável
OMS	Organização Mundial da Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PCE	Protocolo Clínico de Enfermagem
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PN	Pré-natal
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISC	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
RN	Recém Nascido
RMM	Razão de Mortalidade Materna
RAMI	Rede de Atenção Materna e Infantil
SUS	Sistema Único de Saúde
SARS-COV-2	Síndrome Respiratória Aguda Grave 2
TMI	Taxa de Mortalidade na Infância
UBS	Unidades Básicas de Saúde
USF	Unidade de Saúde da Família
UPA	Unidade de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência
UTI	Unidade de Tratamento Intensivo
UNIMED	Confederação Nacional das Cooperativas Médicas
VDRL	<i>Venereal Disease Research Laboratory</i>

SUMÁRIO	
APRESENTAÇÃO	14
1 INTRODUÇÃO	16
2 OBJETIVO	20
GERAL	20
ESPECÍFICOS	20
3 REVISÃO DA LITERATURA	21
3.1 CONTEXTO HISTÓRICO DO NASCIMENTO E DA ASSISTÊNCIA À MULHER NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL.	21
3.2 A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NO BRASIL	25
3.3 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E NO CONTEXTO DE PANDEMIA.	28
4 REFERENCIAL TEÓRICO	30
5 METODOLOGIA	34
5.1 TIPO DE ESTUDO	34
5.2 ESCOLHA DA METODOLOGIA	35
5.3 FASES DA PESQUISA-AÇÃO	37
<i>Fase Exploratória ou de Diagnóstico</i>	37
<i>Fase de Pesquisa aprofundada</i>	37
<i>Fase de Ação</i>	38
<i>Fase de Avaliação</i>	38
5.4 LOCAL DO ESTUDO	39
<i>O que é Cidade Aracy: Uma cidade dentro da cidade.</i>	39
5.5 PARTICIPANTES	44
5.6 INSTRUMENTOS DE COLETA E ANÁLISE DOS DADOS	44
5.7 ASPECTOS ÉTICOS	45
6 RESULTADOS	47
6.2 FASE DE APROFUNDAMENTO	73
6.3 FASE DE AÇÃO: GRUPOS DE GESTANTES	77
<i>Planejamento da Intervenção</i>	78
6.4 FASE DE AVALIAÇÃO	83
7 DISCUSSÃO	90
PRÉ-NATAL NÃO ME PERTENCE X GRUPO EDUCATIVO ME PERTENCE	90
QUALIFICAÇÃO X PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ	94

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS	98
9 REFERÊNCIAS	101
ANEXO A	107
ANEXO B	110
ANEXO C	113
ANEXO D	116
	116
	118
	119

APRESENTAÇÃO

Sou filha e neta de Marias, que como tantas nesse país aprenderam muito cedo as dificuldades e a importância de ser Mulher. Mulheres que pelas suas mazelas tomaram o cuidado da família para si, enfrentaram ainda criança o peso da enxada e as demais “responsabilidades” por serem do “sexo frágil”. Fragilidade que nunca vi nessas mulheres, porque nelas só consigo identificar força e ternura.

E assim, com exemplos tão emblemáticos, compreendi que viver é acreditar no futuro, nos encontros e no poder que temos de marcar as pessoas, que temos o direito de achar a vida difícil, mas o dever de seguir em frente. Com esse pensamento, escolhi ser enfermeira, estar com o ser humano nos momentos mais difíceis e também os mais importantes da vida, com a missão de estar junto e nunca recuar.

Com anos de profissão, confesso que muitas vezes quis ir embora, soltar a mão, dar um passo para trás, em momentos que entendi a minha pequenez diante da ferida que não fecha, da dor que não passa, da criança que não volta após um engasgo, a perda do filho desejado através do aborto inesperado e tantos outros momentos que as lágrimas escorreram no meu rosto e, que no silêncio só me restou uma prece. Mas todas as vezes que quis desistir, lembrei dos exemplos das Marias que tenho em casa, que me ensinaram que só existe uma opção - a de seguir em frente.

E talvez por essa necessidade de seguir em frente e de acreditar no futuro que me identifiquei tanto com a Saúde da Mulher, em especial com a assistência pré-natal. Não tem nada mais mágico e esperançoso do que ver um ser humano se desenvolver, nascer e crescer, esse é o movimento da vida, essa é a certeza da continuidade da vida. Por isso, quando atendo uma gestante ou puérpera com filho no colo, não só os ajudo, mas eles me ajudam a acreditar na missão que escolhi e me enchem de esperança no amanhã.

Por acreditar que a vida é um eterno caminhar por estradas tortuosas que, duas vezes aceitei a missão de ser Administradora Regional de Saúde, primeiro da Regional da Redenção e segundo da Regional da Vila São José. Passei por essa experiência em momentos diferentes do atual, pois em 2007 e depois em 2012 a gestão Municipal e Nacional tinham minimamente um norte para Saúde. Confesso que a gestão não foi fácil, mas foi uma experiência de muito aprendizagem e partilha, por ser enfermeira da Rede, assumir a gestão não me deu um sentimento de superioridade, mas de companheirismo, pois sendo gestora tive oportunidade de reunir equipes de Unidades Básicas de Saúde com equipes de Unidades de Saúde da Família para trocar experiências e juntos transformarem as Regionais em verdadeiras Redes de Cuidado. Acredito que não lutei o necessário para que essas experiências permanecessem com a troca de gestão, mas lutei o suficiente para obter respeito profissional e para ter a certeza que diálogos e trocas constroem pontes para imensos abismos.

A assistência pré-natal sempre foi minha paixão, mas até o início desse estudo, eu só participei dessa história como coadjuvante, como a enfermeira que realizava o pré-natal e consulta puerperal, que falava das mudanças que as mulheres sofrem na gestação, das dores do parto, das dificuldades com aleitamento materno, somente com o conhecimento técnico-científico. Aí veio a gestação da Valentina.

Minha gestação foi um divisor de águas para minha profissão, foi como se toda minha prática caísse por terra, como se as peças do quebra-cabeça se encaixassem sozinhas, dando sentido para tantas indagações. O primeiro fato que descobri é que gestantes não são frágeis, que esse é o momento mais forte de uma mulher, que

elas não choram somente por alterações hormonais, mas porque carregam no ventre a missão de continuidade. Segundo fato, o quanto que nós profissionais podemos marcar positivamente e negativamente, não somente uma, mas inúmeras vidas nesse processo de cuidado, porque nenhuma gestante passa sozinha por esse momento, se não for o companheiro, socialmente esperado, toda gestante tem uma mãe, uma tia, uma amiga, uma desconhecida que a acompanha, ao assistirmos uma gestante, assistimos a todos envolvidos nesse momento único da vida.

Não sei se posso dizer que sei exatamente o que é ser gestante no Município de São Carlos (SP), pelos vieses de ser enfermeira, estar na rede há muito tempo, ser muito conhecida e ter inúmeros amigos na assistência, mas, mesmo assim, posso afirmar que passei os piores e melhores momentos da minha vida, ambos proporcionados por profissionais que me acompanharam no meu pré-natal, parto e nascimento da Valentina.

Deixo claro que todos os procedimentos recomendados para minha assistência pré-natal foram cumpridos, fiz muito mais de seis consultas, foram solicitados exames além do necessário, fiz uma USG por mês, fui acompanhada por médico, enfermeira e doula, não tive um parto no SUS e tinha do meu lado uma família, tradicional, socialmente aceita. No entanto, sofri com consultas pouco humanizadas, onde o atendimento era centrado na queixa conduta, sofri com a indiferença em relação as minhas dúvidas, sofri violência, não física, mas psicológica ao ser desencorajada ao parto normal, ao ser culpada por ter tido atonia uterina e por meu leite não descer. Mas também aprendi o quanto é valioso um olhar amigo no momento de desespero, um “você consegue” quando suas forças já acabaram, um abraço, quando seu seio está com fissura, o leite não vem e o seu filho grita de fome.

Entendi com minha experiência o quanto esse estudo é importante, o quanto um bom pré-natal vai além das recomendações do Ministério da Saúde, que equipes necessitam serem qualificadas para realizarem uma assistência centrada na gestante e puérpera, que o profissional é um coadjuvante, mas não um mero coadjuvante porque pode mudar e marcar a história de muitos amanhã.

1 INTRODUÇÃO

Os cuidados pré-natais constituem um importante momento para exercício das funções dos cuidados de saúde, incluindo a promoção da saúde, o rastreio, o diagnóstico e a prevenção das doenças, se constituindo em um conjunto de ações que são, portanto simultaneamente preventivas, promotoras de saúde, diagnósticas e curativas, visando o bom desfecho da gestação para a mulher e seu(s) filho(s). Por meio de práticas baseadas em evidências, podem salvar vidas. Ainda é uma oportunidade para comunicar e apoiar as mulheres, as famílias e as comunidades, em fases críticas da vida das mulheres (WHO, 2016).

Embora nos últimos anos, os indicadores de qualidade em saúde venham apresentando melhora do cuidado perinatal, o cuidado pré-natal se mantém globalmente entre as prioridades das políticas públicas de saúde, dado os números inaceitavelmente altos de morbimortalidade materna e neonatal (LEAL et al., 2018), e por milhares de mulheres, independentemente da classe social, terem seus direitos violados e experimentarem maus-tratos durante a gestação, parto e pós-parto (BOHREN et al., 2019, GRILO DINIZ, 2018).

No mundo, todo dia, aproximadamente 830 mulheres morrem por problemas resultantes de complicações da gestação e parto, sendo a maioria destas mortes evitáveis. E ainda, um número alto de mulheres escapam da morte, passando por condições potencialmente ameaçadoras de vida (*near-miss* materno), que produzirão enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas ao processo gestação-parto-puerpério, afetando o resto de suas vidas (ANDREUCCI et al., 2015; WHO, 2015).

No Brasil, se notam esforços para que a realidade da mortalidade materna ganhe uma nova configuração. Nos últimos anos, houve redução do número de mortes materna e infantil, no entanto, os valores estão muito além dos limites desejáveis. Em 2018, a razão de mortalidade materna (RMM) era de 59,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade na infância (TMI) era de 15,2 óbitos de criança menores de 5 anos por total de nascidos vivos, ainda muito distantes das metas dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) 2016-2030 (PACAGNELLA et al., 2019).

Ainda que se percebam muitos avanços em termos de políticas públicas no contexto da atenção à saúde da mulher no cenário brasileiro, impactando diretamente na melhora de alguns indicadores como a taxa de cobertura pré-natal; outros fatores como o aumento na incidência de casos de sífilis, a hipertensão arterial ser a maior causa de morte materna, e a persistência de inadequações importantes na estrutura e nos processos da atenção revelam a necessidade de qualificação da assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal. (LIVRAMENTO et al., 2019, PACAGNELLA et al., 2019).

O contexto de pandemia causada pelo Síndrome Respiratória Aguda Grave 2 (SARS-COV-2) aumentou consideravelmente a vulnerabilidade das mulheres expondo-as a diferentes tipos de riscos e medos, especialmente as gestantes e puérperas que tiveram que lidar com a falta de informação segura sobre a doença, interrupção na assistência à saúde, dificuldade de conseguir assistência de qualidade e fundamentada em boas práticas, falta de acesso a contraceptivos e consequente aumento na procura de serviços de aborto seguro, aumento das mortes maternas causadas por falta de recursos, dificuldade na reestruturação dos serviços de atenção à mulher, aumento da violência doméstica e baseada em gênero devido a política de distanciamento e isolamento social, transtornos mentais relacionados a raiva, estresse pós-traumático e aumento da discriminação de pacientes e profissionais de

saúde associados à COVID-19 (AMORIM et al., 2021, STOFEL et al., 2021). Fragilidades já existentes na atenção ao ciclo gravídico puerperal no contexto brasileiro se intensificaram como uso excessivo de tecnologias duras e medicalização do corpo das mulheres durante o parto e nascimento, racismo institucional, aumento no número de cesáreas, relação de poder presentes no controle do ciclo gravídico e aumento dos riscos de violência obstétrica (STOFEL 2021).

Neste sentido, o impacto da pandemia na atenção às mulheres e a recém-nascidos foi intensificado devido aos problemas que nunca foram sanados nessa assistência (GOMES et al., 2002), entre os quais:

- Prevalência de gestantes e puérperas com comorbidades e controles insuficientes de seus fatores de risco;
- Dificuldades no acesso e na qualidade da Atenção Primária à Saúde, ainda enfrentados no Sistema Único de Saúde (SUS), neste momento, agravados pelo isolamento social, com estruturas limitadas de controle e acompanhamento remoto de aspectos cruciais do pré-natal;
- Insuficiências já existentes no acesso ao cuidado obstétrico, clínico e especialmente nas situações de morbidade materna que demandam cuidado clínico e terapia intensiva, assim como em sua qualidade;
- Agravamento dos pontos críticos no acesso e qualidade da atenção às gestantes, parto e nascimento, puerpério e ao recém-nascido em planos de contingência para enfrentamento da COVID-19, com ênfase na oferta de leitos na Unidade de Tratamento Intensivo (UTI) para adultos e idosos;
- Composição demográfica da população brasileira com milhões de gestantes/ano, parâmetros sociais, índices de vulnerabilidade social e desempenho do sistema de saúde, diferente de outros países

Diante do cenário atual é necessário reinventar o cuidado pré-natal, de forma que os direitos das gestantes já conquistados não sejam expostos a risco e que o respeito, a humanização e o diálogo conduzam a relação profissional-gestante-família, inovando por meio de tecnologias, como tele orientação e o teleatendimento, de forma que sejam aliados ao cuidado da mulher no ciclo gravídico puerperal. O profissional enfermeiro é uma peça-chave para essa nova forma de assistência (ROCHA E SOUSA, VILELA, PEREIRA JÚNIOR, 2020). A pesquisa “Nascer no Brasil” mostrou que a assistência pré-natal ainda é médico centrada, pois 75,6% das gestantes brasileiras são atendidas por médicos (BITTERN COURT et al, 2020), o que dificulta uma assistência mais humanizada, com as gestantes e puérperas como protagonistas do cuidado (LIVRAMENTO et al., 2019).

O Ministério da Saúde em suas recomendações enfatiza que a humanização da assistência à gestante requer relações menos desiguais e menos autoritárias, em que o profissional saia do seu pedestal e adote comportamentos e condutas que contribuam para fortalecer a atenção à saúde como direito, de forma a melhorar o conhecimento das mulheres em relação ao seu corpo e as suas condições de saúde, ampliem sua autonomia nos diferentes contextos e momentos da vida, promovam acolhimento das suas demandas, utilizem tecnologia apropriada a cada caso e demonstrem interesse em resolver problemas e diminuir o sofrimento (BRASIL, 2011).

A falta de qualidade na atenção pré-natal (PN) em Unidades Básicas de Saúde (UBS) tem sido questionada não apenas no meio assistencial, mas também na esfera científica. Por meio de um estudo realizado com todas as UBS registradas no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde, localizadas nas zonas urbana e rural dos 5.565 municípios do Brasil, este aponta para uma situação preocupante, uma vez que apenas 15% das participantes receberam uma atenção de qualidade. Menos de um quarto das gestantes realizou exame físico apropriado e pouco mais da metade receberam todas as orientações preconizadas (TOMASI, et al, 2017).

Sabe-se que enfermeiros em UBS, devido ao processo de trabalho neste modelo de atenção à saúde, perderam sua autonomia por conta da atenção médico centrada, o que limita sua atuação junto ao pré-natal, que se restringe a procedimentos técnicos pontuais não articulados e sistematizados. Considerando que ações como exame físico apropriado e orientação dependem quase que exclusivamente da atitude dos profissionais de saúde, o desafio parece ser o de compreender os motivos pelos quais não estão sendo integralmente disponibilizadas à população-alvo, aspecto apontado por Tomasi et al. (2017).

Anversa et al. (2012) ao realizar a comparação entre a atenção pré-natal entre UBS e Unidade de Saúde da Família (USF), apontou que a atenção ao pré-natal foi favorável à Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas ainda precisa melhorar em relação aos procedimentos e exames, a fim de aprimorar a assistência pré-natal e fortalecer a atenção primária à saúde. Martinelli et al. (2014) apontou que os gestores e os profissionais das unidades de saúde modelo USF não conseguiram ainda focalizar, dentro da atenção pré-natal, as mulheres que mais precisam de cuidados e orientação e oferecer às estas um atendimento diferenciado, que realmente possibilite uma corresponsabilização no acompanhamento do feto durante todo o período gestacional.

Nesse contexto de intensas mudanças, incertezas e ameaças a direitos já conquistados impõe-se retomar o debate sobre o direito à saúde, à humanização e o predomínio do modelo técnico assistencial, tornando-se necessário discutir a humanização da assistência, problematizá-la e incentivar a inserção das enfermeiras na assistência pré-natal, visando mais qualidade nas práticas (PASCHÉ; PASSOS; HENNINGTON, 2011).

A participação das enfermeiras como membro da equipe de saúde que atua na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal faz parte das diretrizes estabelecidas pela Política Nacional de Humanização e pela Rede Cegonha. Segundo o Ministério da Saúde (2011) cabe a enfermeira realizar consultas de pré-natal de gestantes classificadas como baixo risco ou de risco habitual e acompanhar o pré-natal de alto risco, quando integrante de uma equipe multiprofissional, pois ela possui capacitação, autonomia e respaldo legal para realizar a assistência pré-natal (LIVRAMENTO et al., 2019).

Estudos mostram que a participação das enfermeiras no pré-natal auxilia na redução dos altos índices de mortalidade materna (BARRETO et al. 2018), potencializa uma atenção humanizada (NASCIMENTO, 2018) mas são necessários investimentos na formação de pessoal qualificado para o atendimento à mulher no ciclo gravídico puerperal (CUNHA et al, 2009).

Neste sentido, a USF tem se mostrado um modelo promissor para o alcance de um pré-natal de qualidade, porém, a implementação dessa estratégia depende de incentivos do governo federal e investimentos da gestão municipal, no sentido de ampliar estas unidades. No município de São Carlos - SP, universo de investigação da presente tese, o Grupo Condutor da Rede Cegonha identificou que, embora o número de USF seja maior que de UBS, a cobertura populacional das USF ainda é muito baixa, em torno de 37%, o que significa que maior parte da assistência pré-natal neste município é prestada nas UBS, o que definiu a importância de localizar nestes espaços a presente pesquisa. Segundo Leal et al. (2020), grande parte das gestantes realizam o seu pré-natal na rede básica de saúde, sendo assim as ações de qualificação das equipes e dos processos de trabalho tem papel fundamental na melhoria dos cuidados aos bebês e às gestantes.

Tomasi et al. (2017) ainda reforçam que, em favor da redução das desigualdades, sugere-se que o tema qualidade da atenção pré-natal na atenção primária à saúde em nosso país continue a ser estudado em novas

pesquisas, notadamente por meio de estudos de intervenção, de modo a testar a efetividade de ações de qualificação das equipes e dos processos de trabalho, o que reafirma a importância de atualizações, capacitações e até mesmo intervenções como a que se apresenta neste projeto, que aposta no fortalecimento do papel das enfermeiras na atenção pré-natal.

Portanto, as questões de pesquisa desta tese são: Como se dá a assistência de enfermagem no pré-natal nas Unidades Básicas de Saúde? Qual o papel da enfermeira no pré-natal? Que mudanças poderiam impactar na qualidade da assistência pré-natal? Que ações poderiam ser implementadas para viabilizar essas mudanças? Estas são algumas indagações frente à vivência da autora e evidências científicas no cenário do pré-natal.

2 OBJETIVO

GERAL

Compreender, descrever e avaliar a Assistência de Enfermagem no Pré-natal, visando a sua qualificação, no contexto da pandemia devido ao Corona vírus (COVID-19).

ESPECÍFICOS

Compreender as potencialidades e necessidades das enfermeiras para a qualificação do Pré-natal no contexto da pandemia.

Identificar as medidas práticas para qualificar o Pré-natal.

Realizar um redirecionamento das ações visando implementar as atividades propostas pelas equipes.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Contexto histórico do nascimento e da assistência à mulher no período gravídico puerperal.

Para compreender a humanidade, sua sociedade, suas escolhas, de forma a reformular continuamente os horizontes que projetam para o futuro, é necessário se debruçar na sua história. A humanidade é resultado histórico das gerações que o precederam.

“Os Homens fazem sua própria história, mas não fazem como querem; não fazem sob circunstâncias de sua escolha e sim sob aquelas com que defrontam diretamente, legadas e transmitidas pelo passado” (MARX, 2006, p.134).

Na presente tese, a pesquisadora, como coloca Stein (1999) não busca julgar a história, mas compreendê-la, desentranhar os fatos, buscar suas causas e suas consequências, pois recompondo o passado se pode entender o presente e construir conhecimentos e mudanças para o futuro. “O único caminho é a consciência histórica, como passado, liberta as possibilidades do futuro, como projeto, que deve continuamente ser refeito, na medida em que a história evolui” (STEIN, 1999, p. 28)

É através da história que se conhece o homem e suas limitações. Esse é o primeiro passo para liberdade, para tão sonhada sociedade justa, igualitária e livre.

“Vivemos o presente marcado pelo passado e projetado para o futuro, num embate constante entre o que está dado e que está sendo construído. Portanto, a provisoriedade, o dinamismo e a especificidade são características fundamentais de qualquer questão social” (MINAYO, 1998, p.12).

A humanidade amou, lutou, matou, enfrentou animais com quais disputava os alimentos; fez guerras, construiu e destruiu cidades e países, criou e enterrou deuses; inventou máquinas, aprendeu a conhecer os segredos da natureza, dos quais se utilizou para dominá-las e dominar uns aos outros; penetrou na profundidade dos mares; ergueu-se como pássaro, pisou na lua; começou a invadir o espaço cósmico em busca de novos mundos. E, não satisfeito, quis mudar a forma de nascer, transformando fenômenos naturais e fisiológicos, como o parto e nascimento, em atos tecnicistas (ALVES e TUBINO, 2014).

O ato de gestar é tão natural, fisiológico e antigo quanto a própria vida. A princípio, as mulheres pariam sozinhas, sem nenhuma atenção ou cuidado ao pré-natal, parto e nascimento. A reprodução feminina não era alvo de estudo, tanto que, os primeiros relatos de assistência ao parto se dão no momento que as próprias mulheres se auxiliam, e iniciam um processo de acúmulo e troca de conhecimento sobre a parturição (MELO, 1983).

Segundo relatos do livro do Velho Testamento, a profissão parteira é uma das mais antigas da humanidade. Elas detinham conhecimento, hegemonia e respeito em relação ao cuidado feminino e a arte de partejar. No livro de Pentateuco, do Êxodo, encontramos uma passagem onde o Rei do Egito ordena às parteiras das hebréias que matassem todos os meninos que nascessem, no entanto elas desobedeceram a ordem e protegeram as mulheres, mesmo diante da desobediência, o Rei não ousou punir parteiras ou mulheres.

“Então, o Rei do Egito chamou as parteiras e disse-lhes: Por que fizestes isto, deixando os meninos com vida? E as parteiras disseram ao Faraó: que estas mulheres reportaram que mulheres dos hebreus não são como egípcias; porque são vivas, e já tem dado à luz antes que a parteira venha a elas!”. (Êxodos, 1-15-20) (BÍBLIA SAGRADA, 2020).

O processo de gestar e parir sempre foi cercado de muita curiosidade e misticismo. As antigas civilizações (egípcios, persas, hindus, hebreus, gregos e romanos) desenvolveram práticas médicas muito vinculadas a rituais divinos. Figuras femininas eram e ainda são cultuadas como divindades ligadas a fertilidade e identidade feminina, como Afrodite e Vênus, da Grécia e Roma respectivamente (ALVES e TUBINO, 2014).

As parteiras, assim como as bruxas e divindades femininas eram mulheres que conseguiam intervir em algo tão divino para o homem que é gerar e dar à luz a outro ser humano. Elas detinham conhecimento a respeito de propriedades curativas, anestésicas, analgésicas e anti-inflamatórias das plantas e sabiam preparar remédios, unguentos e emplastos, além de conhecimento de manobras para saída do bebê e controle da dor (ALVES e TUBINO, 2014).

Desde o início da história, as parteiras sempre ocuparam o centro de uma rede de solidariedade feminina e desempenhavam um papel essencial no seio da sociedade (SEACOME, 1985). O parto sempre foi e continua sendo uma experiência extrema, que envolve dor¹, trabalho árduo, e possibilidade de morte, tanto da mãe quanto do bebê e desde sempre, as mulheres em trabalho de parto sempre foram assistidas por outras mulheres, formando uma rede de proteção feminina para gestar, parir e nascer.

Esta rede social envolvia mulheres de dentro e fora da família, voluntárias que não recebiam pagamento algum para ajudar, não somente no parto, mas nos afazeres domésticos no período de resguardo. O parto era um evento social, uma importante fonte de reciprocidade e solidariedade, pois ao confortar a parturiente, as mulheres compartilhavam suas emoções, suas dúvidas, seus medos e se preparavam para o próprio parto no futuro (SANTOS, 2002).

Mas numa sociedade de supremacia masculina essa rede de solidariedade e proteção feminina rapidamente chamou a atenção das classes dominantes da época. No século XII e XIII, a medicina tornou-se uma profissão intimamente ligada às universidades, que eram controladas pela Igreja Católica e limitadas aos homens das classes altas. Nessa época, o conhecimento sobre a gestação e parto adquirido nas universidades era apenas teórico e moldado pela Igreja Católica. No entanto, o prestígio, o privilégio e o papel que as parteiras assumiram na sociedade despertou o interesse. Em breve, a parteira passou a ser da Igreja Católica (SEACOME, 1985).

Em 1573, a Igreja Católica em Frankfurt decreta uma lei que coloca as parteiras sob a sua autoridade, obrigando-as a assistirem aulas sobre batismo em uma emergência, tomar confissões de parturientes moribundas, além de orientações para denúncias de abortos ou filhos de relações extramatrimoniais e uso de métodos contraceptivos. As parteiras que não concordassem com a lei eram acusadas de feiticeiras e acompanhadas pelo diabo, merecendo queimar na fogueira. O medo de serem acusadas levou muitas parteiras a trabalhar na clandestinidade, dificultando e descredibilizando a profissão (SCHEUERMANN,1995). “Aproximadamente 6.000 pessoas foram executadas como feiticeiras entre 1450 e meados de 1700; aproximadamente 80% destas pessoas eram mulheres e destas, 50% parteiras” (SCHEUERMANN,1995, p. 440).

¹ A manifestação da dor no parto, ou ausência dela, é muito mais que um simples fenômeno neurológico, reflexo que denuncia alguma lesão orgânica como agredida a biomedicina, é uma construção social, psicocultural, formalizada desde a mais tenra idade. A denominação da dor, sua linguagem, função e sentido que lhe é dado tem uma história (CORBIN, 2008).

Por muitos anos nenhuma competência técnica era exigida para a profissão de parteira. Essas mulheres só precisavam ser irrepreensíveis no plano dos costumes da sociedade que viviam, ter experiência, ter uma certa idade e ser mãe de numerosos filhos (ROOK, 1997). Era preciso que elas tivessem sentido na “própria carne”, as dores do parto.

Para uma mulher, no século XVIII, necessitar da ajuda de um homem no parto era perder cinco virtudes extremamente importante para sociedade da época: o pudor, a pureza, a fidelidade ao casamento, o bom exemplo e o espírito de sacrifício, dado que o médico poderia aproveitar-se de sua condição para se entregar à luxúria. Assim, muitas parturientes, preferiam morrer no parto a terem que chamar um médico para examiná-las. Sendo assim, os médicos e as parteiras tinham experiências muito diferentes do parto, elas estavam acostumadas com partos naturais, bem-sucedidos e eles só viam complicações, que na maioria das vezes resultavam na morte da mãe, do bebê ou de ambos (BARBAUT, 1990).

Embora as mulheres conseguiram por anos garantir o seu papel no cuidado das gestantes e puérperas, o desenvolvimento das técnicas obstétricas, a necessidade de conter os movimentos de mulheres, a maior participação dos médicos nos casos complicados, foi fundamental para uma ciência obstétrica voltada para patologia, ampliando gradativamente a hegemonia médica na assistência ao ciclo gravídico e puerperal (SANTOS, 2002).

No final do século XVIII, a medida em que o modelo mecanicista se tornou o fator conceptual da sociedade, há uma fragmentação da Igreja, a responsabilidade pelos cuidados com o corpo humano sai das mãos da religião para as dos profissionais médicos. O corpo passa a ser comparado a uma máquina e esse novo alicerce filosófico se torna crucial no desenvolvimento da sociedade ocidental e da nova assistência pré-natal (SANTOS, 2002).

Desde da constituição da obstetrícia e da ginecologia no século XIX, observa-se a predominância de um modelo mecanicista e tecnocrático, onde o corpo feminino é explorado e dominado em prol da construção dos saberes sobre a saúde da mulher. A formação dos profissionais médicos e enfermeiros foi estruturada sob uma base misógina, ou seja, de aversão ao feminino, fundamentada numa prática machista de soberania da figura masculina e na manutenção das desigualdades e hierarquia entre gêneros, exigindo das mulheres uma postura de passividade (BACKES et al., 2021).

Nessa sociedade dominada pelo poder masculino, positivista, tecnicista, a mulher, em busca da sua sobrevivência, permitiu ao homem tratá-la como máquina quebrada, entrega a eles o controle do parto e nascimento, permitindo que manipulassem seus corpos e que as tirassem do seu domicílio, do seio e proteção da sua família para parir no hospital. Porém, alguns aspectos relacionados à rede de apoio social resistiram ao tempo, mães, familiares e amigas continuaram a participar dos ritos de nascimento, de uma forma menos incisiva. A mulher permitiu que o corpo ficasse nas mãos dos homens, mas mantiveram, através do significado espiritual do nascimento, o espírito nas suas mãos (WERTZ e WERTZ, 1989).

O processo histórico da formação do modelo de assistência pré-natal no Brasil teve início principalmente a partir do século XX, assim como em toda a sociedade ocidental, revela-se a metáfora do corpo feminino como

uma máquina e o médico como mecânico, que ao fazer uma boa supervisão do trabalho do útero, permitirá à mulher gerar bons produtos, o recém-nascido saudável e feliz (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

No Brasil as primeiras preocupações com a saúde materno-infantil deram-se durante a transição do Estado Novo até o Regime Militar, quando foi implantado o Departamento Nacional da Criança, cujo objetivo foi a normatização do atendimento à criança e diminuição da mortalidade infantil (BRASIL, 2000). Até a década de 80, a maioria das mulheres brasileiras ainda eram acompanhadas por parteiras, tinham seus partos no ambiente domiciliar e referiam ser uma boa experiência (VIEIRA, 2004).

Em 1975 foi estabelecido o Programa de Saúde Materno Infantil, com uma ampliação do olhar à saúde da mulher, mas ainda muito restrito à reprodução, com objetivo de diminuir a morbidade e mortalidade materno-infantil. Nesse período foi intensificado as primeiras mudanças em relação a política do parto (BRASIL, 1983) como: legitimação do médico como o principal ator na assistência pré-natal, parto e nascimento; novas práticas que tinham o propósito de interferir, acelerar, regular e monitorar o processo fisiológico do parto e intensa vigilância da gestante durante o período gravídico pela realização de exames, prescrições de vitaminas, alimentação, exercícios físicos, preparo das mamas e períneos, respiração, relaxamento, entre outros cuidados que eram impostos para garantir um parto ideal, nascimentos seguros, hospitalizados e livres de riscos ou de qualquer interferência natural (WHO, 1996).

Com o avanço do poder da arte e da ciência obstétrica e com o aumento rápido da autoridade e reconhecimento médico, há um fortalecimento do modelo tecnocrático, marcado pelo aumento de cesáreas e pela institucionalização do parto, centrado na figura do médico (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018).

“O modelo de parto pregado não é de um parto natural à luz da vontade das mulheres; ele é medicalizado e institucionalizado. Essa configuração leva a ver e a crer que a figura do médico é percebida como aquele que previne as sequelas do parto e nascimento” (AYRES, 2018, p. 3532).

Com esse novo modelo de cuidado do corpo feminino, a mulher perde totalmente sua autonomia e espontaneidade, o profissional médico assume total controle, pois cabe a ele poder de crer, ver, fazer e prescrever.

“O médico é quem fez o meu parto!” Cabe ao médico, passar todas as informações necessárias para a mulher. Cabe a ele intervir, quando necessário, por meio da aplicação de medicamentos indutores ou aceleradores em caso de um trabalho de parto insuficiente. Cabe a ele prescrever analgésicos ou anestésicos, a fim de aliviar a dor. Cabe a ele realizar a ruptura das membranas amnióticas ou executar a episiotomia, entre outros procedimentos rotineiros. Cabe a ele proporcionar à mulher um “parto normal”, excluindo-a de qualquer tipo de decisão” (AYRES; HENRIQUES; AMORIM, 2018, p. 3532).

Nos anos 80, o Brasil passa por um período de democratização e graças ao movimento feminino que traz a proposta de incorporar à saúde das mulheres, questões que vão além da reprodução como: gênero, trabalho, sexualidade, saúde, anticoncepção e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, a história das Políticas Públicas voltadas à Saúde da Mulher dá um salto de evolução (FREITAS et al., 2009).

Em 1983 foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com o objetivo de realizar uma atenção integral à saúde da mulher, contemplando problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; aspectos clínicos ginecológicos, educativos, controle pré-natal, parto e puerpério; assistência para

concepção e contracepção e de doenças sexualmente transmissíveis, câncer cérvico-uterino e mamário e amparo à mulher vítima de violência (BRASIL, 1983).

Assim, alicerçado pelo movimento feminista e pela discussão e crítica sobre o modelo do parto vigente no país, focado em ações intervencionistas e medicalizadoras, que, em 2000 foi criado o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), que teve como princípio a humanização da assistência obstétrica e neonatal para um adequado acompanhamento do parto e puerpério, resgatando a ideia do parto como um evento fisiológico, aumentando a remuneração ao parto normal com a finalidade de diminuir as altas taxas de cesáreas, além de colocar a gestante novamente como protagonista desse processo (BRASIL, 2000).

Em 2004 foi implementada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) também com o objetivo de fornecer a atenção integral à saúde da mulher nas diferentes faixas etárias (BRASIL, 2004).

Com a finalidade de qualificar a assistência à mulher e seus filhos, em março de 2011, o Ministério da Saúde lança uma das estratégias mais ousadas, a REDE CEGONHA, composta por um conjunto de medidas para garantir a todas as brasileiras uma rede de cuidados materno e infantil, com atendimento adequado, seguro e humanizado, desde a confirmação da gravidez, passando pelo pré-natal, parto, nascimento até os dois primeiros anos de vida do bebê (BRASIL, 2011).

A Rede Cegonha foi a convergência de todas as políticas e programas anteriores voltados a saúde materno infantil, carrega as reivindicações do movimento das mulheres da década de 1980 e incorporou dispositivos da Política Nacional de Humanização, portanto é responsável por uma mudança, mesmo lenta, nas práticas profissionais (DIAS, 2022).

O fato da Rede Cegonha ter produzido impactos significativos no cuidado à gestação, parto e recém-nascido não foi suficiente para evitar que em abril de 2022 por meio da Portaria GM/MS nº 715/ 2022 o Ministério da Saúde instituisse a Rede de Atenção Materna e Infantil (RAMI).

“Com o ato, o governo revoga mais de 30 anos de implementação de políticas públicas orientadas pela ciência e pela qualificação e humanização da atenção ao parto e atrela a nova rede ao Programa Previnde Brasil. Um deliberado retrocesso científico, civilizatório e de gestão que ressuscita uma visão hospitalocêntrica e medicocêntrica da assistência à saúde às custas de outras modalidades de atenção e do trabalho das equipes multiprofissionais” (ReHuNa, 2022, p.10)

3.2 A Qualidade da assistência Pré-natal no Brasil

No mundo, todo dia, aproximadamente 830 mulheres morrem por problemas resultantes de complicações da gestação e parto, sendo a maioria destas mortes evitáveis. E ainda, um número alto de mulheres escapam da morte, passando por condições potencialmente ameaçadoras de vida (*near-miss* materno), que produzirão enfermidades ou incapacidades sérias relacionadas ao processo gestação-parto-puerpério, afetando o resto de suas vidas (ANDREUCCI et al., 2015; WHO, 2015).

Da mesma forma, a mortalidade neonatal tem se configurado como crescente preocupação para a saúde pública no Brasil desde os anos de 1990, quando passou a ser o principal componente da mortalidade infantil, em decorrência da redução mais acentuada da mortalidade pós-neonatal e, vem se mantendo estabilizada em níveis elevados. À medida que são reduzidas as mortes no período neonatal tardio, há uma concentração de óbitos na

primeira semana e predominantemente nas primeiras horas de vida, estabelecendo-se uma relação mais estreita com a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido durante o período pré-parto, parto e atendimento imediato à criança no nascimento e berçário (LANSKY et al, 2014).

Há cerca de 30 anos, a maioria dos países filiados à Organização Mundial da Saúde (OMS) têm participado de Iniciativas por uma Maternidade Sem Risco (IMSR), almejando aumentar a consciência e a promoção de ações em nível global e nacional no intuito de se obter gestações e partos mais seguros para as mulheres e os recém-nascidos (SAFE MOTHERHOOD, 1998).

Em 2015, os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) foram finalizados, e os ODS passaram a convocar o mundo para a um esforço de eliminação da mortalidade materna evitável entre os anos de 2016 e 2030. Dentre os ODS, o ODS3 “assegurar vidas saudáveis, e promover o bem-estar em todas as idades”, tem como uma das metas a redução da razão de mortalidade materna global para menos de 70 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos (ODS 3.1) (WHO, 2015). Embora tenham se evitado muitas mortes com o ODM, ainda é inaceitável termos 280 mil mortes maternas em todo o mundo a cada ano (SOUZA, 2015).

Com as propostas do desenvolvimento sustentável supracitadas retoma-se a discussão de dever do Estado na garantia da saúde de qualidade para proteção à vida no âmbito materno-infantil, com vistas ao direito e acesso à saúde igual para todos. Evidencia-se que as mulheres mais pobres, que vivem com menos recursos são as mais afetadas pela mortalidade, revelando iniquidade no acesso às organizações de saúde e o contraste entre os países ricos e os países pobres (REIS; PEPE; CAETANO, 2011).

No Brasil, também notam-se esforços para que a realidade da mortalidade materna ganhe uma nova configuração. Nos últimos anos, houve redução do número de mortes materna e infantil, no entanto, os valores estão muito além dos limites desejáveis. Em 2018, a razão de mortalidade materna (RMM) era de 59,1 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos e a taxa de mortalidade na infância (TMI) era de 15,2 óbitos de criança menores de 5 anos por total de nascidos vivos, ainda muito distantes das metas dos ODS 2016-2030 (PACAGNELLA et al., 2019).

Dentre os esforços políticos vigentes no Brasil, destaca-se a Rede Cegonha, uma política que inclui novas estratégias da prática do Pré-natal (PN) (BRASIL, 2011; BRASIL, 2013). A Rede Cegonha é uma estratégia do Ministério da Saúde que visa implementar uma rede de cuidados para assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como assegurar às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

Na avaliação da Rede Cegonha em 2017 evidenciou avanços no acolhimento em obstetrícia e boas práticas de atenção ao parto e nascimento, maior presença de acompanhantes, menor utilização de práticas desnecessárias e maior participação da enfermagem na assistência ao parto e nascimento de baixo risco (BITTENCOURT et al., 2021, LEAL et al., 2020).

No entanto, quando o objetivo é compreender a qualidade da assistência pré-natal do Brasil, os estudos mais recentes avaliam dados qualitativos como alguns indicadores de saúde referente ao Pré-natal, desconsiderando boas práticas e a atenção humanizada descritas da Rede Cegonha como dados relevantes na avaliação desse cuidado (MIGOTO et al, 2022, BITTENCOURT et al, 2020, LEAL et al, 2020).

Os principais indicadores avaliados para compreender a qualidade da assistência pré-natal nos recentes estudos são:

- Início da Assistência Pré-natal (PN) até a 16ª semana gestacional;
- Número adequado de consultas para idade gestacional (IG) no parto;
- Número de exames solicitados;
- Número de teste rápido para Sífilis e Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV);
- Diagnóstico precoce de anomalias congênitas;
- Orientação fornecidas durante a internação para parto sobre comparecimento a um serviço de saúde para realizar a consulta puerperal;
- Realização de consulta de puerpério nos primeiros quinze dias pós-parto;
- Vacinação do Recém Nascido (RN) com *Bacilo Calmette-Guérin* (BCG);
- Vacinação do RN com primeira dose da vacina contra hepatite B.
- Realização do teste do pezinho nos primeiros sete dias de vida;
- Realização da primeira consulta de rotina do RN na primeira semana de vida;
- Recebimento do resultado do teste do pezinho no primeiro mês de vida.

Nos últimos anos observou-se uma ampliação ao acesso na assistência pré-natal, considerada fator essencial na proteção e prevenção de desfechos desfavoráveis na atenção obstétrica, alcançando praticamente, o total de gestantes em todo o país. Bittencourt et al (2020) revela que a cobertura de gestantes que fizeram seis ou mais consultas de pré-natal é de 75,2%. Contudo, apenas 15% receberam atenção pré-natal adequada, ressaltando que a qualidade dessa assistência continua sendo relacionada à níveis de inadequação, carecendo melhorar de forma qualitativa e assistencial (TOMASI et al., 2020)².

Quando avaliado, os demais indicadores baseados nas ações recomendadas pelo Ministério da Saúde para a qualificação da assistência pré-natal, se depara com uma cascata de (des)cuidados à gestante, puérpera e recém-nascido (RN). Das mulheres que tiveram o número adequado de consultas, 62% tiveram um número adequado de consultas de acordo com a idade gestacional, e nesse grupo 37% foram orientadas sobre qual serviço procurar para assistência ao parto, destas 25,8% foram aconselhadas a comparecer na consulta puerperal e somente 11,7% conseguiram realizá-la. Quase 100% dos RN receberam as vacinas BCG e Hepatite B, mas apenas 57% realizaram o teste do pezinho, desses, 12,8% tiveram a primeira consulta de rotina e 1,5% das mães e seus filhos receberam todos os cuidados em saúde que eram recomendados. Estes indicadores demonstram uma fragilidade na qualidade e na continuidade do cuidado a mulheres e seus bebês (BITTENCOURT, 2020)

Ao considerar o imenso território brasileiro e as diferenças sociais, culturais e econômicas das regiões, existe uma discrepância na qualidade da assistência pré-natal, e a cascata de (des)cuidado a essas mulheres e crianças, ficam ainda mais evidentes. Apesar da cobertura elevada, a proporção de mulheres sem nenhum atendimento pré-natal é 60% maior na Região Norte, a região Norte e Nordeste são as que têm as menores prevalências de número de exames *Venereal Disease Research Laboratory* (VDRL) e HIV. Em relação à

²1 Para esta pesquisa será utilizado o termo assistência por ser considerado, na versão em português do Relatório da Conferência Internacional Alma Ata, como o termo mais próximo do “cuidado” e reserva “*atención*” para a língua espanhola.

ultrassonografia, a Região Norte é a que tem maior *déficit*, com uma cobertura inferior a 70%, enquanto nas Regiões Sul e Sudeste a cobertura passa de 90%. Quando se refere ao parto essa triste desigualdade persiste, mais de 30% das mulheres nordestinas tem que peregrinar em busca de uma maternidade para parir seus filhos, as regiões norte e nordeste apresentaram os piores desfechos neonatais, principalmente referente a prematuridade (LEAL et al., 2020).

A assistência pré-natal também teve variações importantes ao considerar faixa etária, escolaridade e raça das gestantes e puérperas brasileiras. Segundo Ré (2022) as adolescentes são as que tem menor porcentual de sete consultas ou mais consultas de pré-natal (58,7%) comparado com as demais faixas etárias; as mulheres brancas são as que apresentaram maior número de consulta (81,1%), quando comparado às pardas (70,4%) e pretas (68,2%) e mulheres com mais de 12 anos de estudo apresentam mais que o dobro (84,4% comparado as sem instrução 36,2) de adesão as consultas pré-natais.

Dessa maneira, para que o pré-natal seja utilizado em sua plenitude deve ser compreendido muito além da realização de consultas e solicitações de exame, deve considerar as diferenças regionais, culturais, sociais, raciais e econômicas. A qualidade da assistência pré-natal deve ser mais que indicadores quantitativos, deve considerar a subjetividade, o encontro acolhedor, a relação profissional usuária baseada no diálogo, capaz de reconhecer as necessidades das gestantes, visando o estabelecimento de vínculo e continuidade do cuidado (LIVRAMENTO et al., 2019).

3.3 Atuação da Enfermeira no Pré-natal na Atenção Primária à Saúde e no contexto de pandemia.

Na Política Nacional de Atenção Básica, a Atenção Primária à Saúde (APS) é descrita como um conjunto de ações de saúde, no âmbito coletivo e individual, considerada a base para o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde e a porta de entrada, garantindo acesso e resolutividade de 80% dos problemas de Saúde da população. É responsável por ações de promoção e proteção da saúde, a prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde, com objetivo de desenvolver uma atenção integral e equânime que gere impactos na saúde, autonomia das pessoas, nos determinantes e condicionantes de saúde coletiva (BRASIL, 2012, 2017).

Apesar dos problemas de financiamento, gestão, provisão de profissionais e estruturação dos serviços, o Brasil apresenta um dos maiores sistemas de saúde universal do mundo, ancorado em uma extensa rede de APS presente nos 5.570 municípios brasileiros (SARTI et al., 2020).

Desse modo, a APS é considerada uma importante ferramenta para enfrentamento de situações de emergência como as epidemias da dengue, Zika, febre amarela, chikunguya e da pandemia da COVID-19 (WHO, 2020).

O grande diferencial da APS é a proximidade com a população, o conhecimento do território, o acesso, o vínculo entre usuário e equipe de saúde, a integralidade da assistência, o monitoramento das famílias vulneráveis e a continuidade da assistência (BRASIL, 2012), características fundamentais para contenção da pandemia, como para o não agravamento do quadro das pessoas contaminadas pela COVID-19.

A APS é composta por uma equipe multiprofissional, onde o enfermeiro é considerado um dos pilares da equipe responsável por grande parte das atividades de Educação em Saúde, Gerenciamento das Unidades Básicas e Assistência de Enfermagem (LUDGÉRIO et al., 2021).

Segundo Leal et al. (2020) a APS é responsável por 90% assistência pré-natal das gestantes brasileiras e de acordo com Nogueira (2017) as enfermeiras da atenção primária são responsáveis por um cuidado pré-natal mais humanizado e qualificado, promovendo um cuidado centrado na mulher e nas melhores evidências disponíveis.

No entanto, devido à falta de protocolos clínicos de enfermagem e a sobrecarga das ações voltadas a gestão da unidade, as enfermeiras apresentam um afastamento da assistência pré-natal, deixando grande parte desse cuidado ao profissional médico, reforçando o modelo biomédico vigente na nossa sociedade (AMORIM et al., 2019, 2022).

A SARS-COV-2, denominada pela OMS como COVID-19 teve seu primeiro caso registrado em dezembro de 2019, na cidade de Wuhan, na China e foi declarada pandemia em 11 de março de 2020 (ZHU et al. 2020).

A princípio, devido às lacunas de conhecimento sobre os possíveis desdobramentos da COVID-19 as gestantes não foram consideradas pertencentes ao grupo de risco, inicialmente, os estudos analisaram que o número de gestantes infectadas era menor do que a população em geral, entretanto, no caso de serem infectadas se tornavam mais vulneráveis aos sintomas mais graves da doença (CHEN H, et al., 2020; RODRIGUES-MORALES et al., 2020). Sendo assim, em março de 2020 o Ministério da Saúde incluiu as gestantes como grupo de risco à COVID-19 (BRASIL, 2020).

Apesar de incluir as gestantes nos grupos de riscos as pesquisas relacionadas ao manejo a gestantes positivas para COVID-19 ou casos suspeitos de infecção eram muito pequenas, trazendo um cenário de medo e insegurança para profissionais de saúde responsáveis pelo cuidado dessas gestantes e para ela que não sabiam ao certo os riscos que corriam ao serem infectadas pelo vírus (MASCARENHAS et al., 2020).

Diante desse cenário assustador, as enfermeiras da Atenção Básica tiveram um papel fundamental no cuidado dessas mulheres e familiares, promovendo promoção, proteção, prevenção de agravos e diagnóstico (MELO, 2020).

As enfermeiras da APS tem a responsabilidade da captação precoce do paciente suspeito e confirmado de COVID-19, monitoramento, notificação dos casos, indicação de tratamento, construção de um plano de cuidados, considerando as necessidades de saúde de cada paciente e sua gravidade clínica, solicitações de exames complementares, ações de educação em saúde (higienização correta das mãos, utilização correta do álcool em gel, frequência da higienização, como lavar os alimentos corretamente, maneira correta de utilização de máscaras de tecido e como manuseá-las corretamente, sintomas que um paciente com COVID-19 pode apresentar, sinais de gravidade e demais dúvidas que possam surgir), garantia de continuidade das imunizantes do calendário vacinal e das vacinas de COVID-19 (SILVA et al., 2021). O profissional enfermeiro ainda desenvolveu um importante papel de orientar toda a população, em especial as gestantes e seus familiares, que tiveram seus atendimentos garantidos pelas orientações do Ministério da Saúde (MISQUITA et al., 2020).

Segundo a Rede Cegonha, o pré-natal tem um papel fundamental na prevenção e detecção precoce de qualquer patologia que possa afetar o desenvolvimento saudável do feto e aumento risco para gestantes, assim como a COVID-19 e cabe a enfermeira, como um dos profissionais responsáveis pela assistência a gravidez,

parto e puerpério, a garantia de atenção humanizada, trazendo informação e segurança para mãe e sua rede de apoio (BRASIL, 2011).

Neste sentido, a consulta pré-natal realizada pela enfermeira durante a pandemia é fundamental para amenizar o medo e sanar as dúvidas das gestantes, é primordial para conscientização dessas mulheres e familiares quanto aos cuidados de higiene básicas, obrigatoriedade do uso de máscaras e isolamento social, além de garantir um espaço de troca de saberes entre profissionais e usuários, um elo entre as mulheres e a APS, continuidade do cuidado, propagando conhecimento, promovendo saúde e prevenindo agravo, pois a COVID-19 foi algo novo para toda a humanidade (MISQUITA et al., 2020).

4 REFERENCIAL TEÓRICO

Os referenciais teóricos utilizados para a presente tese de Doutorado foram a Hermenêutica da Saúde de José Ricardo Ayres e a obra Pedagogia da Esperança de Paulo Freire.

A escolha destes referenciais se deve a compreensão de que, para qualificar a assistência da enfermagem no pré-natal é preciso mais do que conteúdos técnico-científicos, há que se buscar uma reconciliação do conhecimento com seu sentido ético, moral e político, através do diálogo, do reconhecimento das necessidades de projetos de felicidade do outro e de si e da esperança que nutre a prática para transformar o mundo.

A hermenêutica consiste “numa reflexão metadiscursiva que funda na linguagem a compreensão não apenas das obras humanas, mas das próprias realidades humanas” (AYRES, 2005, p.555). Assim, a Hermenêutica da Saúde incorpora uma série de princípios e conceitos importantes na qualificação da atenção pré-natal como: humanização, integralidade, cuidado, entre outros que sustentaram o diálogo com as equipes.

Para Ayres (2007) quando se fala em saúde não equivale somente se referir a não-doença, saúde e doença não são situações polares, extremos opostos ou positivo e negativo. Para o autor, quando se pensa em cuidado focado na saúde, se pensa em promoção de saúde, dado que a saúde é um conceito positivo e multidimensional ligado ao bem-estar comum e ao projeto de felicidade. No entanto, para o modelo biomédico a doença é tratada com maior importância, não se busca saúde, mas sanar os males, tanto que a medida de ausência ou redução de doença são indicadores para avaliar a condição de saúde.

Portanto, para qualificar a assistência de enfermagem no pré-natal, faz-se necessário superar o modelo biomédico tradicional, e, para tanto é vital adquirir uma nova visão, inclusive da gestação, de forma a reconstruir práticas que valorizem a saúde, que reconheçam que gestar e parir são fenômenos inerentes a vida, não deve ser visto como algo perigoso ou de risco à vida, não é um mal que precisa de intervenção.

O diálogo com as equipes, nesse doutorado, não foi um mero recurso para obtenção de informações; na perspectiva da hermenêutica compreende-se o diálogo como uma fusão de horizontes (GADAMER, 2002).

“Isto é, de produção de compartilhamentos, de familiarização e apropriação mútua do que, até então nos era desconhecido no outro, ou apenas supostamente conhecido. Não basta, nesse caso, apenas fazer o outro falar sobre aquilo que eu, profissional de saúde ou pesquisador, sei que é relevante saber. É preciso também ouvir o que o outro, que demanda o cuidado, mostra ser indispensável que ambos saibamos para que possamos colocar os recursos técnicos existentes a serviço dos sucessos práticos almejados”. (AYRES, 2007. p. 58).

Quando se pensa num diálogo que busca a fusão de horizontes, que favorece os encontros de subjetividades, que amplia a capacidade de comunicação entre usuários e serviços, que valoriza os diferentes saberes, que qualifica a assistência ampliando a capacidade de acolhimento e respostas às necessidades dos sujeitos envolvidos no cuidado; fica impossível não abordar a humanização. Compreende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que a norteiam são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde (BRASIL, 2004).

“Humanização: compreensão da atenção àsaúde como reiterados encontros entre subjetividades socialmente conformados, os quais vão, progressiva e simultaneamente, identificando e (re) construindo

necessidades de saúde na perspectiva do que se entende ser a vida boa e o modo moralmente aceitável de buscá-la.” (AYRES, 2013. p.4)

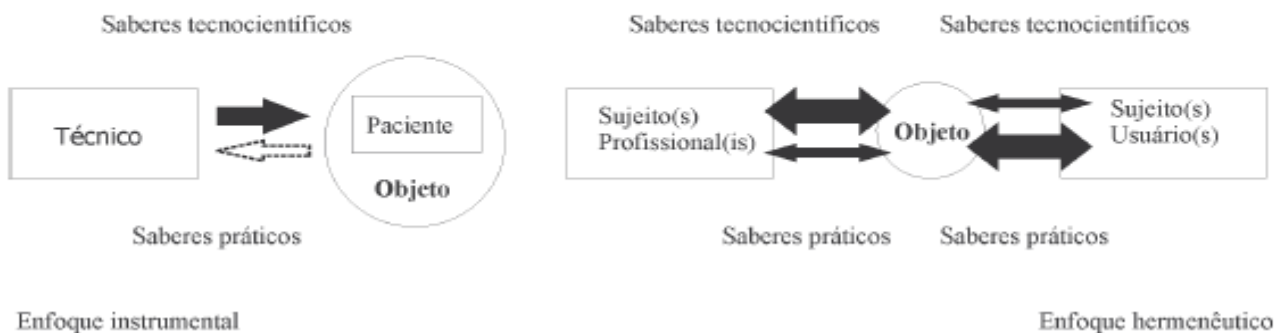
Para Ayres (2005, p.550) a humanização da atenção à saúde implica em “um compromisso das tecnociências da saúde, em seus meios e fins, com a realização de valores contrafaticamente relacionados à felicidade humana e democraticamente validados como bem comum”. Segundo Ayres (2006), o Cuidado é um eterno projeto em curso que sofre influência da experiência vivida, valores e aspirações práticas e a humanização associa-se a projetos de felicidade de indivíduos e comunidades.

“Pela expressão *projeto de felicidade*, queremos nos referir à totalidade compreensiva na qual adquirem sentido concreto as demandas postas aos profissionais e serviços de saúde pelos destinatários de suas ações. Por isso mesmo, os projetos de felicidade constituem a referência para a construção de juízos acerca do sucesso prático das ações de saúde, seja no seu planejamento, execução ou na sua avaliação”. (AYRES, 2007. p.54)

Neste contexto, o Cuidado é um construto que congrega, simultaneamente, uma compreensão filosófica e uma atitude prática diante do sentido que as ações de saúde adquirem nas diversas situações e que as reclama (AYRES, 2004). O momento assistencial deve deixar de ser focado somente no “objeto de intervenção”, para ser uma troca, encontro intersubjetivo, onde a responsabilidade mutuamente assumida favoreça e permita acontecer o diálogo, para que se desenvolvam ações em relação aos projetos de felicidade dos envolvidos. Trata-se de uma mudança radical na forma de cuidar, pois não significa mudar o olhar apenas de sentido, mas sim de direção, rompendo paradigmas, como expresso na figura abaixo.

Figura 1: O lugar de sujeitos e objetos nos cuidados em saúde

O lugar de sujeitos e objetos nos cuidados em saúde



Fonte: Ayres (2007)

Valorizar a perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado implica assumir que a objetualidade inerente a qualquer ação de saúde não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico–tecnológico de um profissional ou serviço e que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. “O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles” (AYRES, 2007. p.52).

Portanto, o enfoque hermenêutico da saúde implica na reconstrução da humanização das práticas de saúde e na qualificação da equipe de enfermagem na assistência pré-natal para buscar um cuidado centrado no diálogo, onde profissionais, serviços, programas e políticas de saúde obtenham maior êxito nas práticas de suas ações, apontadas pelos projetos de felicidade.

Assim como na Hermenêutica da saúde discutida por Ayres, a obra de Paulo Freire é pautada no diálogo, no encontro, na troca de saberes, na compreensão do mundo do outro e de si, na busca de um futuro “eticamente mais justo, politicamente mais democrático, esteticamente mais irradiante e espiritualmente mais humanizador” (FREIRE, 2021. p.11)

“Toda a pedagogia de Paulo Freire é uma permanente dialogação de pessoas entre si e de todos com a realidade circundante em vista de sua transformação. Destarte se forma a comunidade na qual todos, enraizados na realidade, aprendem uns dos outros, ensinam uns aos outros e se fazem parceiros na construção coletiva da história” (BOFF, 2004. p. 12).

Na presente tese, assim como na Pedagogia da esperança se valoriza “o saber de experiências feito”, pois se crê na troca fecunda de saberes, do popular com o científico, se defende que ninguém chega à parte alguma sozinho, que a compreensão de mundo está diretamente relacionada com a sociedade que estamos inseridos, que o dito só pode ser considerado dito quando é compreendido pelo outro e que através da compreensão que se faz a transformação do mundo.

“o termo ‘o saber da experiência feito’ é construído através da pedagogia em contato direto com os oprimidos e as oprimidas de nossas sociedades, aprendendo deles, de suas falas e de seus jeitos de ler o mundo. Introduziu a troca fecunda de saberes, do popular com o científico. Deixou claro que somente um ignorante pode considerar o povo ignorante. Pois ele é um produtor de sentido, de visão de mundo, de valores além dos frutos de seu trabalho explorado” (FREIRE, 2021, p. 10).

“Ninguém deixa seu mundo, adentrado por suas raízes, com o corpo vazio e seco. Carregamos conosco a memória de muitas tramas, o corpo molhado de nossa história, de nossa cultura; a memória, às vezes difusa, às vezes nítida, clara, de ruas da infância, da adolescência; a lembrança de algo distante que, de repente, se destaca límpida diante de nós, em nós, um gesto tímido, a mão que se apertou, o sorriso que se perdeu num tempo de incompreensões, uma frase, uma pura frase possivelmente já olvidada por quem a disse. Uma palavra por tanto tempo ensaiada e jamais dita, afogada sempre na inibição, no medo de ser recusado que, implicando a falta de confiança em nós mesmos, significa também a negação do risco” (FREIRE, 2021. p.45).

Essa tese nasce do “saber de experiências feitas” do pesquisador, da esperança de transformação pautada na prática, na coerência do agir, pensar, falar, escrever, mudar de posição e busca constante qualificação. Nasce da crença que o futuro não necessita ser uma mera continuidade das injustiças do presente, de um posicionamento ético e político pela tão sonhada humanização, entendo a humanização como vocação ontológica do ser humano.

“A utopia, porém, não seria possível se faltasse a ela o gosto da liberdade, embutido na vocação para a humanização. Se faltasse também a esperança sem a qual não lutamos” (FREIRE, 2021. p. 137)

“Sonhar não é apenas um ato político necessário, mas também uma conotação da forma histórico-social de estar sendo mulheres e homens. Faz parte da natureza humana que, dentro da história, se acha em permanente processo de tornar-se”. (FREIRE, 2021. p.126)

Sonhos e utopias que nutrem a esperança de que é possível qualificar, compreendendo a qualificação como uma mudança de práticas, posicionamento, sonhos e ideias, acreditando que, quando se abrem espaços para conceitos e atitudes defendidos, tanto pela hermenêutica da Saúde de Ayres e como pela Pedagogia de Freire, se

valoriza o diálogo, a troca de conhecimentos, a fusão de horizontes, a compreensão de mundo, a humanização do cuidado e a esperança.

5 METODOLOGIA

5.1 Tipo de estudo

A metodologia no presente estudo é compreendida pelo caminho percorrido no processo de pesquisa, o método usado para se aproximar da realidade e a forma como o conhecimento foi produzido, um conhecimento que, supõe-se, seja válido dentro de uma dada concepção de ciência, tanto que, não se resume às técnicas, como argumenta Sánchez Gamboa, (2007).

“O método é encarado frequentemente como uma questão puramente técnica que tem a ver com formas de coletar dados, construir questionários, selecionar amostras, organizar informações; no entanto, os métodos dentro de um contexto menos técnico e mais epistemológico se referem aos diversos modos como se constrói a realidade, às diferentes maneiras como nos aproximamos do objeto do conhecimento. Isso quer dizer que a questão do método exige análises mais complexas e não se reduz apenas à parte instrumental da pesquisa (...) Em todo enfoque metodológico existe implícita uma concepção de ciência” (SÁNCHEZ GAMBOA, 2007, p. 63-75).

Portanto, alinha-se como uma concepção de ciência crítica que une cientificidade com criticidade e que busca um processo de construção de conhecimento com compromisso social em comunhão com os sujeitos da pesquisa (DUSSEL, 2001). Neste sentido, a metodologia, segundo Vasconcelos (1994) não deve ser considerada como um simples conjunto de técnicas, mas deve ser compreendida como uma concepção de trabalho apoiada na compreensão da relação homem-sociedade-cultura-educação.

Thiollent (1988) define Pesquisa-ação como:

“Um tipo de pesquisa social com base empírica que é concebida e realizada em estreita associação com uma ação ou com a resolução de um problema coletivo e no qual os pesquisadores e os participantes representativos da situação ou do problema estão envolvidos de modo cooperativo ou participativo” (THIOLLENT, 1988, p.14)

A Pesquisa-ação é considerada um método intervencionista, onde o pesquisador sai da posição de telespectador e junto com a população estudada testa hipóteses sobre o fenômeno de interesse, implementando e acessando as mudanças no cenário real (LINDGREN, HENFRIDSSON, SCHULTZE, 2004). Os participantes são agentes ativos da construção de conhecimento, pois são os maiores conhecedores da sua realidade e das ferramentas necessárias para resolução dos seus problemas ou satisfação de algumas necessidades.

“A pesquisa-ação, portanto, é um processo metodológico mediado pelo diálogo onde se busca perceber os problemas concretos de uma dada realidade social, atuar conjuntamente com as pessoas que vivem esses problemas em seu cotidiano, buscando sua resolução – ou pelos menos uma maior conscientização sobre suas origens e possíveis soluções – e proporcionando aos participantes e investigadores aprendizagem de uma prática nova, em busca de uma transformação social!” (ANDER-EGG, 1990, p. 32-33).

Os objetivos da Pesquisa-ação são: investigação e construção de conhecimento, ação e formação. A investigação é compreendida como momento de compreensão da realidade estudada, um procedimento reflexivo, sistemático, controlado e crítico (ANDER-EGG, 1990). A ação geralmente está relacionada a transformações sociais, é o momento em que a teoria e a prática atuam juntas na dinâmica de ação-reflexão (PEREZ SERRANO, 1990). Por fim, a formação é compreendida pela troca de saberes, pelo aumento do conhecimento dos pesquisadores e o conhecimento ou o nível de consciência dos participantes (THIOLLENT, 1988).

5.2 Escolha da metodologia

Nesta proposta não se buscou somente a construção de novos conhecimentos acadêmicos e intelectuais, mas a transformação, tanto das participantes do estudo, quanto da pesquisadora, de forma que os sujeitos da pesquisa refletissem sobre sua situação, e a partir da reflexão das suas experiências vividas, mudar suas ações. Portanto, a escolha da metodologia foi ao encontro dos anseios de ser capaz de produzir – para além de encontros, aproximações, inserções, convivência metodológica – diálogos para compreensões da realidade e necessidades do outro e para elaborações de estratégias de ação.

“O que se deve fazer é propor ao povo sua situação existencial, concreta, presente, como um problema que, por isso mesmo o desafie e assim exige dele uma resposta. Esta resposta, por sua vez, tende a ser dada não somente a nível intelectual, senão de ação. Isso se deve a que, ao propor-se uma situação existencial, concreta como um problema, sua tendência é organizar-se reflexivamente para captação do desafio. Ao organizar-se reflexiva e criticamente se orienta para a ação, também crítica sobre o desafio” (FREIRE, 1979. p. 56)

A estrutura metodológica da pesquisa, partiu da definição dos objetivos que se almejava atingir. Os objetivos do presente estudo não estavam totalmente concluídos, pois se pretendia construí-los com os participantes e não para os participantes, num processo permanente de reflexão crítica da realidade. Alguns objetivos foram inseridos a partir de uma investigação temática sobre os problemas e necessidades elucidadas pelos sujeitos da pesquisa. Isto não significa que a pesquisa não tivesse hipóteses e objetivos preestabelecidos, considerando a revisão na literatura e a vivência prática da pesquisadora.

Toda metodologia deve respeitar as exigências da cientificidade, embora na Pesquisa-ação o investigador não tenha um papel de neutralidade e a pesquisa não seja só quantificação de dados e variáveis observáveis. Segundo Thiollent (1988), a pesquisa-ação não perde legitimidade científica pelo fato de incorporar raciocínios imprecisos, dialógicos ou argumentativos acerca de problemas relevantes.

Segundo Fals Borda (1992):

“(…) ser cientista hoje é estar comprometido com algo que afeta o futuro da humanidade. Assim, a substância da ciência resulta ser qualitativo e cultural; não mera medição estatística, senão a compreensão das realidades” (FALS BORBA, 1992, p.72)

Para Tripp (2005) a Pesquisa-ação é uma forma de investigação ação que utiliza técnicas de pesquisa consagradas para informar a ação que se decide tomar para melhorar a prática. Na Pesquisa-ação, a metodologia deve sempre ser subserviente à prática, de modo que não se decida deixar de tentar avaliar a mudança por não se dispor de uma boa medida ou dados básicos adequados, procura-se avaliar baseando-se na melhor evidência que se possa produzir.

Jacob (1985) apresenta as seguintes características da Pesquisa-ação:

- é uma experiência concreta (não uma simples simulação) que se inscreve num mundo real e não somente no pensamento;

- a seleção de uma problemática e a definição de seus objetivos não se faz a partir da teoria ou de hipóteses a negar ou confirmar, mas sim em função de uma situação global concreta;
- persegue uma mudança efetiva nos grupos, instituições ou, inclusive, meios concernentes;
- os objetivos podem ser definidos pelos iniciadores do projeto e pelo conjunto dos participantes ou por uma parte deles e de grupos comprometidos no processo de investigação;
- tem um interesse em si mesma como apoio a um processo global de transformação;
- os investigadores estão comprometidos no processo; não são somente observadores da realidade, isto é, eles participam e atuam;
- é, de preferência, multidisciplinar;
- o processo se realiza em pequena escala;
- leva a generalização com o fim de guiar ações posteriores ou pôr em evidência princípios e leis;
- aclara reciprocamente a teoria e a prática;
- com frequência é difícil levar a cabo a Pesquisa-ação pelas seguintes razões: grande número de pessoas implicadas, interesses divergentes, atemoriza porque exige crítica e autocrítica;
- as hipóteses são induzidas pela observação de fatos (não de um quadro teórico existente)
- os resultados devem apoiar estratégias a desenvolver.

Assim sendo, a escolha da Pesquisa-ação como metodologia condiz com uma proposta que visa a manutenção ou transformação da realidade, que considera a teoria e a prática como fases do mesmo processo e que fosse coerente com os resultados que se pretendia alcançar com esse estudo. A avaliação desses resultados foi feita através da própria prática.

Thiollent (1988) divide o processo de Pesquisa-ação em quatro fases: fase exploratória ou de diagnóstico, fase de pesquisa aprofundada, fase de ação e fase de avaliação.

5.3 Fases da Pesquisa-ação

Fase Exploratória ou de Diagnóstico

Na fase de diagnóstico, busca-se detectar os problemas e necessidades com uma visão ampla do contexto no qual os participantes da pesquisa estão inseridos através da aproximação dos profissionais. Nessa fase é definida a equipe que participará do processo, envolvendo pesquisadores e trabalhadores.

A aproximação no presente estudo foi compreendida como algo que foi muito além do primeiro encontro ou de encontros esporádicos, na aproximação o pesquisador:

“(…) colocando-se à disposição de conviver com os sujeitos da pesquisa, de aprender juntos por meio de uma proposta de pesquisa que esteja atrelada com os propósitos de vida dos sujeitos participantes. Assim, ao relacionar a aproximação com os propósitos da vida, é possível inferir que a aproximação, muitas vezes, está antecipada pelos projetos de mundo que são compartilhados entre os sujeitos, mesmo em atuações e vivências em contextos diferentes, ou seja, há uma aproximação que opera no nível das ideias, das lutas, das militâncias” (RIBEIRO JÚNIOR, 2009, p.101).

A aproximação do pesquisador com os sujeitos da pesquisa antecedeu a construção desta tese, devido a profissão, atuações e vivências que cruzaram os nossos caminhos. Importante relatar que o pesquisador, também

é um trabalhador do Sistema Único de Saúde do município estudado, que compartilha com os sujeitos da pesquisa muitas das suas angústias, anseios, vivências e militâncias para qualificar a assistência Pré-natal.

Importante ressaltar que a decisão de utilizar a Pesquisa-ação perpassou por questões ideológicas e políticas pois:

“(...) quando se trabalha para mudar ou para contornar as limitações àquilo que você pode fazer, isso comumente é resultado de uma mudança em seu modo de pensar a respeito do valor último e da política das limitações. Você não está buscando como fazer melhor alguma coisa que você já faz, mas como tornar o seu pedaço do mundo um lugar melhor em termos de mais justiça social. (...) a pesquisa-ação socialmente crítica passa a existir quando se acredita que o modo de ver e agir “dominante” do sistema, dado como certo relativamente a tais coisas, é realmente injusto de várias maneiras e precisa ser mudado” (DAVID TRIPP, 2005, p. 457-458)

Fase de Pesquisa aprofundada

Nesta fase, busca-se compreender os problemas apontados pelos participantes, suas necessidades, considerando o contexto em que estão inseridos e os pontos que, juntos, se almeja pesquisar e atuar através da inserção e convivência metodológica.

“A inserção de pessoas da academia em outras comunidades significa de um lado, juntar-se a ela, tomar parte de sua vida e de outro, ser por ela admitido, isto não significa se deixar anular, desfigurando seu papel e sua identidade, mas os enriquecendo e diversificando. (...) O convívio não apenas como dado, mas enquanto metodologia pode ser extremamente rico. Nele, as pessoas se colocam abertamente e o conhecimento é mais autêntico. (...) O convívio fortalece o diálogo na medida em que se processa no estar junto, no olhar nos olhos, ao conversar frente a frente e se nutre na simpatia, na confiança, na humildade, na sensibilidade, no respeito” (OLIVEIRA, 2003, p.19, p.114, p.122).

Assim como a aproximação, a inserção e o convívio do pesquisador com os sujeitos da pesquisa também antecederam esse estudo. Por inúmeros momentos o pesquisador teve oportunidade de dialogar com os sujeitos da pesquisa sobre a assistência pré-natal, não enquanto metodologia de um estudo, mas com o objetivo de trocar experiências e saberes na busca de melhorar a própria prática.

Cabe destacar que essa vivência prévia do pesquisador com os sujeitos da pesquisa fortaleceu o diálogo, as trocas de saberes, o compartilhamento de visão de mundo, o desejo de uma assistência pré-natal mais qualificada e humanizada e uma produção de conhecimento com compromisso social.

Os instrumentos nessa fase foram coerentes com a ampliação da compreensão dos participantes, que dialogicamente permitiu pronunciar o mundo entre sujeitos, reconhecendo o outro como sujeito, que tem história, trajetória, valores e está em permanente construção, dado sua humanidade. Deste processo, a “nova realidade” deve ser objeto de uma nova reflexão crítica (OLIVEIRA, 2003). A autora ainda completa: “(...) O diálogo é humanismo, é a fé no ser humano e no poder de transformação do ser humano, um ser inconcluso, em movimento de busca do ser-mais, em uma realidade em transformação” (OLIVEIRA, 2003, p. 05-06).

Fase de Ação

A fase de Ação engloba as medidas práticas visando solucionar os problemas identificados, nessa fase há divulgação dos resultados alcançados até o momento, definição dos objetivos, com ações concretas para alcançá-los, apresentação de propostas a serem negociadas entre os pares e implementação de ações-piloto (THIOLLENT, 1997).

Todo processo da presente pesquisa foi sustentado pelo diálogo, pela participação e pelos encontros de subjetividades e de historicidades de pessoas que já contribuem para a assistência pré-natal no Sistema Único de Saúde. Por esse motivo, uma das ações iniciais foi a construção de uma Comunidade de Trabalho. Segundo Silva e Araújo-Olivera, (2004), este grupo deve

“(...) se constituir em torno de objetivos comuns que ultrapassam a ordem do pessoal, se situam e enraízam em compromisso com a construção de uma sociedade justa que garanta iguais direitos e tratamento diverso para diferentes condições, circunstâncias, oportunidades sócio-histórico-sociais” (SILVA E ARAÚJO-OLIVERA, 2004, p.2)

Fase de Avaliação

Fase final do processo de Pesquisa-ação, tem como objetivo o redirecionamento das ações e resgate do conhecimento produzido durante o estudo. Thiollent (1997) propõe alguns aspectos para avaliação: pontos estratégicos, capacidade de mobilização, capacidade de propostas, continuidade do projeto, participação, qualidade do trabalho em equipe, efetividade das atividades de formação, conhecimento e informação, comunicação e atividade de apoio.

5.4 Local do estudo

Os dados foram coletados em uma cidade do interior de São Paulo, cuja população estimada é de 238.950 habitantes, dentro de uma área de 1132 km², com taxa de nascidos vivos de 2.831 (DATASUS, 2012).

No processo de Territorialização, o Município foi dividido em cinco grandes regiões de saúde, denominadas de Administração Regional de Saúde (ARES). O ARES 1 é composto por 1 Unidade Básica de Saúde (UBS) e 6 Unidades de Saúde da Família (USF), o ARES 2 por 3 UBS e 3 USF, ARES 3 por 2 UBS, 2 USF, ARES 4 por 3 UBS e 6 USF, incluindo as dos subdistritos rurais e o ARES 5 por 3 UBS e 4 USF.

Sendo assim, Rede de Atenção Básica à Saúde da Gestante é constituída atualmente de 12 Unidades de Saúde (UBS) e 17 Unidades de Saúde da família (USF), uma Unidade de Atendimento Médico e Odontológico de Urgência (UPA), funcionando 24 horas/dia, responsável pelo Atendimento Pré-Hospitalar fixo, em situações caracterizadas como urgência. Na atenção Especializada 1 Centro de Especialidade Médicas e 1 Ambulatório de Alto Risco. Na atenção Hospitalar, são 2 Hospitais, o Hospital Escola e Santa Casa de Misericórdia de São Carlos.

Vale ressaltar que a presente tese, devido a pandemia teve que ser dividida em duas partes, a primeira parte do estudo foi realizado nas UBS maiores de cada ARES por realizarem o maior número de Assistência Pré-Natal no Município. A segunda parte, a partir de uma roda de conversa com a gestão de saúde do Município, representada pela Diretora do Departamento do Cuidado Ambulatorial e da Chefe de seção de Apoio às Unidades Básicas de Saúde, optamos em atuar em apenas uma das cinco unidades de saúde selecionadas a princípio.

Esta roda de conversa permitiu identificar, segundo o ponto de vista de seus participantes, que a Unidade Básica de Saúde Cidade Aracy era a unidade com maior número de gestantes, que apresenta muitas dificuldades na assistência Pré-natal e com uma das populações mais vulneráveis do Município.

O que é Cidade Aracy: Uma cidade dentro da cidade.

O bairro Cidade Aracy, pertencente ao município de São Carlos -SP é o espaço delimitado para esta tese, visto que, pela sua abrangência e complexidade, trata-se de um bairro com características de cidade. Esta afirmação pauta-se pelo expressivo número de habitantes; pelo conjunto de serviços públicos existentes, sobretudo na área da saúde; pela forma como se constituiu como bairro e pelas relações que mantêm com bairros vizinhos, transformando-se em um centro de prestação de serviços a uma parcela significativa da cidade de São Carlos.

Antes de discorrermos sobre o Cidade Aracy³ propriamente dito, faz-se necessário apresentar, ainda que brevemente, a cidade de São Carlos onde o mesmo está localizado. Segundo fontes documentais da Prefeitura Municipal, São Carlos está situada na região centro-leste do Estado de São Paulo e distante 231 quilômetros da capital paulista. Possui uma altitude média de 800 a 1.000 metros, o que faz com que tenha um clima ameno e, segundo estimativa do IBGE (2021), tem uma população de 256.915 habitantes.

A exemplo de outras cidades da região, surgiu e desenvolveu-se sob o signo da expansão cafeeira e ferroviária. A ocupação inicial foi feita por posseiros que expulsaram os indígenas que até então ocupavam o espaço e, por conseguinte, foram depois expulsos pelos grandes latifundiários, os conhecidos “barões do café”.

Por volta de 1856, a localidade onde seria instalado o Distrito de Paz de São Carlos do Pinhal (04/07/1857), era caminho para as minas de Goiás e Cuiabá, saindo de Piracicaba. Em 1880, a Vila foi elevada a cidade e foi criada a Comarca de São Carlos, instalada em 1882. Em 1908, deixou de ser São Carlos do Pinhal e passou a ser denominada por São Carlos.

As datas mencionadas acima, nos revelam que a localidade de São Carlos, surgiu e se desenvolveu em um período que havia no Brasil e em outros países europeus, sobretudo na Inglaterra, uma forte pressão para o término do uso do trabalho escravo. Neste momento, intensificou-se, a vinda de imigrantes para o Brasil e a cidade de São Carlos recebeu um grande número deles, principalmente italianos.

A presença italiana era tão intensa a ponto de o governo italiano manter um vice-consulado na região. Promoviam atividades culturais e sociais, criaram uma rede de ajuda mútua e, preocupados com a manutenção da “raça”, procuraram fazer casamentos entre eles ou com outros imigrantes que também tiveram como destino a região de São Carlos, embora em menor número: portugueses e espanhóis.

Com a formalização do fim da exploração do trabalho escravo no Brasil, foram os imigrantes que ocuparam os espaços de trabalhos antes desenvolvidos por negros. É público e notório que a chamada “Abolição dos Escravos” no Brasil também interessava aos grandes proprietários de terra devido aos custos dos mesmos e a dificuldade de reposição. Com a proibição do tráfico negreiro pela Inglaterra em 1850, com as lutas internas

³ Aqui se utiliza a vogal “o” ao invés da “a”, por se referir ao bairro Cidade Aracy.

pela libertação e a chegada de um número expressivo de imigrantes, tornava-se cada vez mais custoso manter o trabalho escravo e mais interessante dispor do trabalho do imigrante com outras formas de remuneração, entre elas, o arrendamento, o colonato, a meia, entre outros.

A crise da agricultura cafeeira, fez com que os grandes latifundiários e os imigrantes buscassem novas formas de desenvolvimento econômico e manutenção da própria sobrevivência. Os primeiros investiram na produção industrial e coube aos segundos ocuparem postos de trabalho na mesma. Os imigrantes foram os primeiros operários da indústria de São Carlos. E aos negros, ex-escravos, coube o trabalho doméstico ou seguir rumo a outros centros como a capital do Estado em busca da realização do sonho de viver com dignidade e respeito. Sonho este, ainda buscado por um grande número de afrodescendentes.

Em 1900 a maioria dos casamentos em São Carlos eram entre os imigrantes e 90% dos nascimentos eram filhos de estrangeiros. E assim São Carlos que, em 1886 tinha 55% da sua população composta por negros, pardos ou caboclos e 45% por brancos; em 1907 passa a ter apenas 12,5% da população negra e a restante branca sendo que 40% dos brancos eram estrangeiros.

Pela sua localização não tão distante da capital do Estado de São Paulo, pela forma como se constituiu como centro urbano e pela sua composição demográfica, São Carlos tornou-se o que se convencionou chamar Capital da Tecnologia. Além dos imigrantes, recebeu também migrantes de outras regiões do país e consolidou sua industrialização nas décadas de 1930 e 1940.

Tal fato favoreceu a instalação no município da Escola de Engenharia de São Carlos em 1953, vinculada à USP – Universidade de São Paulo. Conta também com uma unidade da EMBRAPA e com a UFSCar – Universidade Federal de São Carlos, além de uma universidade particular.

Em 2006, era uma das cidades que possuía o maior número de doutores: um para cada 180 habitantes ao passo que a média nacional era de um para cada 5.423 habitantes.

Neste cenário, tem uma população flutuante composta pelos universitários em nível de graduação e pós-graduação, o que colabora para o desenvolvimento e manutenção do setor de serviços (bares, restaurantes, comércio, etc) e alavanca a construção civil. É bem servida por estradas, possui indústrias de grandes marcas e tem uma agropecuária forte.

Pelo disposto acima, São Carlos se apresenta como uma cidade de classe média-alta; composta em maior número por brancos; bem formados em termos de erudição; entre outras características de um centro urbano desenvolvido.

Resta-nos agora discorrer sobre a periferia, sobretudo, sobre o espaço geográfico delimitado para esta pesquisa que compõe o bairro Cidade Aracy.

Se Aracy pode ser visto como periferia de São Carlos, o próprio bairro transformou-se em centro de uma periferia ampliada, visto que não há limites geográficos e administrativos precisos entre os bairros Cidade Aracy I e II, Antenor Garcia e Presidente Collor.

Ávila (2006), discute os conceitos de periferia metropolitana e periferia interiorana em trabalho realizado em toda a região do Cidade Aracy. Pautado em autores clássicos da Sociologia e da Antropologia (Caldeira, 1984; Valladares, 1980; Velho, 1981; Zaluar, 1973 citados por Ávila, 2006) concluiu que a periferia interiorana encontrada na área objeto de seu estudo, difere da periferia metropolitana.

No caso do bairro Cidade Aracy e adjacências, há entre os moradores a caracterização de serem pessoas pobres e trabalhadoras. Não há, na mesma intensidade do que é encontrado nas periferias metropolitanas, a violência, o tráfico de drogas, a submissão ao crime organizado, a falta de perspectiva em relação ao futuro, ausência total de bens e serviços públicos. O que se tem no Cidade Aracy, segundo Ávila (2006), é um sentimento de pertencimento; há uma rede de solidariedade, sobretudo entre as mulheres existe uma predisposição em ajuda mútua entre vizinhos, parentes e agregados.

Essas características podem ser atribuídas às formas de ocupação dos espaços. Nas periferias dos centros metropolitanos, há a existência das favelas ou “comunidades”, nas quais os moradores as veem como último refúgio ou recurso. Viver nelas não é uma opção, na verdade trata-se de falta de opção. Aliás, esses espaços são, tradicionalmente, caracterizados pela falta de condições mínimas de sobrevivência (água potável, segurança, saneamento básico, ausência do estado, entre outros). Já na periferia interiorana, como a encontrada no bairro Cidade Aracy, houve um loteamento imobiliário. Para lá foram tanto moradores de outras áreas da cidade de São Carlos, quanto migrantes de outras regiões do estado de São Paulo e de outros estados. O sonho de ter uma casa própria foi uma das motivações para a compra de lotes e posterior construção.

As terras destinadas ao loteamento faziam parte de uma fazenda pertencente a Francisco Pereira Lopes que disponibilizou, inicialmente, 5.000 lotes para venda ou doação de forma regular no início da década de 1980: “(...) havia a doação de um lote mediante a limpeza de outros dois lotes, criara uma espécie de eldorado da casa própria (...)” (ÁVILA, 2006, p.52). Embora tenha tido o aval do poder público para iniciar a venda ou doação de lotes, não havia infraestrutura e planejamento na ocupação. Segundo Ávila (2006), em menos de 10 anos o bairro Cidade Aracy I e II, cresceu de forma desordenada e acelerada pois, além de compradores de terrenos, houve também invasores. As primeiras casas foram construídas em sistema de mutirão.

Este crescimento obrigou o poder público a oferecer serviços gerais que pudessem atender à demanda existente: educação; saúde; transporte; saneamento básico; etc. É no espaço dos bairros Cidade Aracy I e II que se concentram o maior número de bens e serviços públicos, assim como centros de atividades sociais ligados à igreja católica.

“(...) “salão da igreja”, isto é, um salão construído pelos moradores com verba da igreja católica Rosa Mística foi adaptada como centro comunitário pela prefeitura: local onde ocorrem praticamente todos os eventos do bairro, desde o trabalho de pesagem da Pastoral da Criança, entrega de cestas básicas, doadas por paróquias de outros bairros, casamentos e aulas de catecismo, até atividades desenvolvidas pela prefeitura” (ÁVILA, 2006, p. 58).

Além do espaço da igreja mencionado acima, também foram desenvolvidos nos bairros Cidade Aracy I e II, projetos e programas sociais recreativos destinados às crianças e aos adultos, sobretudo, nos finais de semana. Há ainda a atuação da Associação de Moradores que servem de intermediárias na comunicação entre os bairros que compõem o Aracy e o centro da cidade (poder público, comércio, serviços diversos). Verifica-se, portanto, que os bairros Cidade Aracy I e II, transformaram-se em centros da periferia, embora sejam bairros periféricos da cidade de São Carlos.

Esse conjunto de bairros localiza-se em uma região geográfica com altitude menor da que é encontrada na região central da cidade de São Carlos (de 800 a 1.000 metros). Para ter acesso aos bairros é necessário passar por um declive acentuado ao qual convencionou-se dizer “descer a serra” e o trajeto inverso “subir para a cidade”.

Dessa forma, ir ao centro da cidade torna-se uma atividade custosa em virtude das dificuldades naturais e pelo preço do transporte público. Contudo, os trabalhadores da localidade são, em sua grande maioria, empregados pelo setor de serviços, indústria e trabalhos domésticos do centro da cidade ou por moradores de condomínios, nova forma de ocupação de espaços urbanos localizados fora dos centros das cidades, caracterizando-se como uma autoss segregação dos mais ricos que passam a viver cercados por altos muros, câmeras de vigilância e forte sistema de segurança que possa mantê-los entre iguais mas, sobretudo, longe da pobreza e da violência que é atribuída à periferia (AVILA, 2006).

Embora não seja objeto deste estudo, cabe aqui uma reflexão sobre o estigma existente em relação aos moradores pobres de regiões periféricas das cidades. Há no imaginário coletivo a ideia de que junto à pobreza está vinculada a violência, a bandidagem. Tal fato, limita as possibilidades de emprego de homens e mulheres que residem nesses espaços e traz consequências para a saúde coletiva.

Tanto Ávila (2006) quanto Chimirri (2021) encontraram no bairro Cidade Aracy pessoas que relataram ter sido vítimas de discriminação e preconceito pelo simples fato de lá residirem.

“O Aracy cresceu com o suor de muitos, com as mãos calejadas e também as finas de pessoas que são estudadas, daquelas que não estudaram e daquelas que pretendiam estudar e ter uma carreira em alguma área de atuação. Hoje é fácil dizer que os sonhos movem este bairro e que as pessoas têm o direito de sonhar e ver como ele está crescendo”. (CHIMIRRI, 2021, p. 01)

Há entre os habitantes do bairro um sentimento de pertencimento e não o classificam como perigoso ou violento, mas sim como um lugar onde moram pessoas pobres e trabalhadoras.

Aliás, Marques et al. (2020) constata que na violência doméstica, sobretudo contra mulheres e crianças, o fator econômico pode ser um dos estopins para a violação de direito, mas está longe de ser o único e que muitas vezes a diferença da violência no interior das residências de pobres e ricos é a espessura e a própria existência de paredes.

O bairro Cidade Aracy é de grande densidade demográfica se comparada com o restante da cidade: 9.495 habitantes por Km² contra 195,15. Também se verifica uma baixa renda per-capita: R\$ 386,05, quando o salário-mínimo era de R\$ 510,00 (IBGE, 2012). Logo, trata-se de um espaço urbano que, pela sua própria composição, mostra com mais evidência os conflitos internos às moradias.

Apesar do distanciamento social brutal entre os moradores do Cidade Aracy e dos que residem no centro da cidade de São Carlos ou nos condomínios; pode ser encontrado neste espaço algumas características do que Lewis (s/d) denominou por cultura da pobreza, a saber: boas relações entre vizinhos, todos se conhecem e, de uma forma ou de outra, cuidam-se mutuamente; há uma rede de solidariedade, principalmente entre as mulheres, podem dividir o cuidado dos filhos e de idosos na falta de assistência do poder público; dividem o pouco que tem em termos de alimentação; emprestam vestimentas; trocam receitas culinárias, de remédios feitos a base de ervas e até mesmo os métodos contraceptivos.

Os moradores do Aracy são, na visão de pesquisadores que tiveram a oportunidade de conviver com eles, solidários, generosos, bons anfitriões, há sempre um café, uma água ou um chá que possa ser servido, além de boas e emocionantes histórias de vida. O bairro e as moradas são espaços onde sempre cabe mais um: um parente,

um amigo, um filho, e até mesmo mais um cachorro ou qualquer animal de estimação. Se são discriminados pelos que residem no centro da cidade, sentem orgulho do seu bairro e da sua casa.

Porém, não estão isentos de problemas de toda ordem. Mazzuco e Moschini (2018) chamam a atenção para a qualidade do solo na região: arenoso, portanto, sujeito a erosões. Ambientalmente é uma área frágil e vulnerável à ocupação urbana. Soma-se a isso o fato de estar sobre o Aquífero Guarani⁴, o que, no futuro, poderá ocasionar problemas ambientais e conseqüentemente de saúde.

Para atender à acelerada ocupação das terras que compõem o complexo Cidade Aracy, o poder público foi, aos poucos, construindo e dando condições de funcionamento a bens públicos. Entre os que estão diretamente ligados à área de saúde, destacam-se: uma Unidade Básica de Saúde (UBS); sete Unidades de Saúde da Família (USF) e uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA).

A Unidade Básica de Saúde Cidade Aracy é a unidade com maior número de usuários cadastrados passando de 10.000 prontuários, tem em média 150 a 180 gestantes por ano (BRASIL, 2021), uma equipe composta por 24 profissionais, somando médicos clínicos, ginecologistas, pediatras, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares administrativos, auxiliares de serviços gerais, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional

Em termos de saneamento básico, 97,37% tem coleta de lixo e tratamento de esgoto; 99,50 % tem água potável; 99,47% tem energia elétrica e 98,60% iluminação pública.

Contudo, embora tenha havido um empreendimento imobiliário e ao longo do tempo o bairro tenha sido equipado com serviços públicos, se verifica também a falta e incapacidade do poder público para atender todas as necessidades dos moradores: números de escolas insuficientes desde a educação infantil ao ensino médio; falta empregos no próprio bairro; serviços de saúde incapazes de atender com qualidade a demanda existente; entre outras carências. Fatores agravados pelo fato de que a maioria dos moradores possui baixa renda o que os obriga a contar única e exclusivamente com serviços e atendimentos públicos.

O bairro Cidade Aracy e adjacências por vezes ocupam o noticiário para trazer notícias negativas ou positivas: foi o bairro que mais registrou casos de COVID-19 durante a pandemia, mas também foi na sua Unidade Básica de Saúde que conseguiram acabar com toda demanda reprimida de procedimentos (Jornal a Cidade de São Carlos, 18/06/2021).

Os moradores do lugar buscam a imprensa sempre que precisam, o que mostra uma organização para reivindicar bens e serviços públicos. No entanto, nem sempre os mesmos são oferecidos com a rapidez, eficiência e em números necessários. Soma-se a isto os usos políticos que se faz de tais serviços, sobretudo, em campanhas eleitorais.

Ser pobre no bairro Cidade Aracy significa carências materiais, mas ser pobre não implica necessariamente ser desprovido de sabedoria para a vida.

⁴ Aquífero Guarani é o maior manancial de água doce subterrânea transfronteiriço do mundo, que abrange partes dos territórios do Uruguai, Argentina, Paraguai e principalmente Brasil.

5.5 Participantes

Enfermeiras que atuam na assistência Pré-natal no equipamento selecionado e que se apresentaram à vontade de participar do estudo.

Foi excluído um enfermeiro que foi transferido do equipamento selecionado no início do estudo.

5.6 Instrumentos de coleta e análise dos dados

Os instrumentos para coleta e análise dos dados foram: entrevista semiestruturada, diário de campo, observação participante e rodas de conversa.

A entrevista neste estudo é compreendida “como experiência humana que se dá no espaço relacional do conversar” (SZYMANSKI; ALMEIDA; PRANDINI, 2004, p.110). Foi utilizada a entrevista semi-estruturada “que combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer sobre o tema em questão sem prender à indagação formulada” (MINAYO, 2007, p.261-262).

Outro instrumento de coleta de dados foram as rodas de conversa. Segundo Silva; Bernardes (2007) roda de conversa se constitui como:

“um meio profícuo de coletar informações, esclarecer ideias e posições, discutir temas emergentes e/ou polêmicos. Caracteriza-se como uma oportunidade de aprendizagem e de exploração de argumentos, sem a exigência de elaborações conclusivas. A conversa desenvolve-se num clima de informalidade, criando possibilidades de elaborações provocadas por falas e indagações” (SILVA E BERNADES, 2007, p.54).

A observação participante é definida como:

“um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador está em relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto”. (SCHWARTZ & SCHWARTZ apud MINAYO, 2007, p. 273-274).

Nesta técnica, o pesquisador se integra a um grupo para estudá-lo de seu interior (LAVILLE E DIONNE, 1999), sendo uma integração e participação prática, de forma que o pesquisador se insere de fato no processo.

Todas as impressões e até falas dos participantes foram também registradas nas Notas de Campo, para posteriormente serem analisadas. “As notas de campo são relatos escritos daquilo que o investigador ouve, vê, experiencia e pensa no decurso da recolha e refletindo sobre os dados de um estudo qualitativo” (BOGDAN e BIKLEN, 1994, p.150).

Se tratando de pesquisa com abordagem qualitativa, foi utilizado para documentar o estudo a lista de verificação *Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ)* (TONG; SAINSBURY P; CRAIG, 2007). O COREQ é um guia de pesquisa composto por 32 itens, divididos em três domínios: equipe de pesquisa e reflexividade; desenho do estudo e análise e conclusões (Anexo A). Estes são considerados necessários ao desenvolvimento de estudos qualitativos (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007).

Os dados coletados foram organizados e analisados em diálogo com os referenciais teóricos abordados nesta Tese. Acreditamos a própria organização dos dados já antevê uma análise dos mesmos, uma vez que a organização já se insere em uma posição ético metodológica que, no caso desta tese, se pauta em evidenciar as falas e ações dos participantes da pesquisa e articulá-las com conceitos abordados anteriormente, estabelecendo

relações ou, até mesmo, propiciando a abordagem de outros conceitos que não necessariamente tenham sido tratados. Toda a análise e interpretação dos dados foram apresentadas e discutidas com os sujeitos da pesquisa antes de torná-los públicos, para garantir que a finalização da tese esteja referendada por eles.

5.7 Aspectos éticos

O estudo foi submetido ao Comitê de ética e pesquisa da Universidade Federal de São Carlos e faz parte de um projeto maior intitulado “AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PRÉ-NATAL: INDICADORES DE QUALIDADE E PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE” que foi aprovado com parecer 2.761.178 (Anexo B). No início de cada entrevista ou roda de conversa, foram apresentados os objetivos do estudo, os participantes foram informados que a identidade e as informações fornecidas na entrevista eram mantidas em sigilo (respeitando-se a Resolução nº 466/2012 e nº 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde). Foram esclarecidas possíveis dúvidas sobre a sua participação e em seguida foi realizada leitura e assinatura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo C), houve a disponibilização de uma cópia para cada participante. As entrevistas e rodas de conversa foram gravadas e transcritas na íntegra, para evitar a identificação dos sujeitos da pesquisa, todos foram chamados pela letra “S” no caso das entrevistas, e as rodas serão identificadas com a Letra “R” seguido no número da roda e da Unidade de Saúde que foram identificadas por números arábicos por exemplo, (R1, UBS 1). As informações serão preservadas no período de cinco anos e, posteriormente, destruídas.

6 RESULTADOS

Os resultados da presente tese serão apresentados por meio da descrição das etapas da Pesquisa-ação e das categorias analíticas identificadas em cada etapa. No momento em que foram decididos os sujeitos que participaram do processo de construção desta tese, foi iniciada a primeira fase da Pesquisa-ação que corresponde à fase exploratória ou diagnóstica do método.

6.1 Fase Exploratória ou Diagnóstica

Nessa fase foram realizadas entrevistas com todos os enfermeiros das cinco maiores Unidades Básicas de Saúde (UBS) do Município. Naquele momento as unidades contavam com 6 enfermeiras. As enfermeiras selecionadas estavam na faixa etária entre 30 e 54 anos e atuavam na atenção básica há 20 anos em média (enfermeira com menos anos de atuação 8 anos e com mais anos de atuação 33 anos). Três enfermeiras tinham especialização em enfermagem obstétrica e outras duas em especialidades em Saúde da Família e Comunidade.

Estas entrevistas foram realizadas em um único encontro, ocorreram no primeiro semestre do ano de 2021 nas UBS onde atuavam estas enfermeiras, duraram em média 40 minutos e foram guiadas por 4 questões abertas, construídas com objetivo de estabelecer um diálogo e compreender o processo de trabalho desses profissionais em relação à assistência pré-natal no contexto da pandemia. As questões foram:

- Como está ocorrendo a assistência pré-natal na Unidade no contexto de pandemia?
- As gestantes estão aderindo ao pré-natal na pandemia?
- Quais são suas principais dúvidas e dificuldades?
- Como a atuação da enfermeira pode qualificar a assistência pré-natal nesse momento de pandemia?

Após a transcrição e repetidas leituras do material empírico, os dados foram organizados em forma de quadros. O quadro 1 mostra a análise das entrevistas com recorte das falas dos sujeitos, diário de campo, comentário da pesquisadora e descrição dos temas da Fase exploratória.

Quadro 1: Organização dos dados de entrevistas e diário de campo e descrição dos temas da Fase exploratória. São Carlos. SP. 2023.

SUJEITO/Perfil	RECORTES DE FALA DOS SUJEITOS	DIÁRIO DE CAMPO E COMENTÁRIOS DA PESQUISADORA	TEMAS
E1	A gente está atendendo normal , a agenda de pré-natal não mudou devido a pandemia, a gente continua abrindo os pré-natais, os retornos com os ginecologistas , o atendimento com as gestantes está sendo	Independente da pandemia, as Unidades de Saúde foram orientadas pela Secretaria Municipal de Saúde a manter os atendimentos de gestantes e crianças, conforme preconizado pelo Ministério da Saúde, por isso os atendimentos desse grupo se mantiveram	PRÉ-NATAL CONTINUA

	mantido, é uma das poucas coisas que não alterou.	mensalmente.	
	A gente tinha um contrato do ginecologista com a Santa Casa que foi encerrado , então agora eles estão vendo uma outra forma de contratar ginecologista pra colocar aqui, por enquanto vai vir um ginecologista de uma outra UBS para dar um apoio, para atender as gestantes , mas vai vir uma outra forma ainda.	As dificuldades na continuidade e na organização da assistência pré-natal, antes mesmo da pandemia, sempre foram um problema nesta unidade. A forma de contratação ⁵ dos profissionais médicos é algo bastante expressivo nas entrevistas. Isto alterou o processo de trabalho neste setor, “obrigando” as gestantes a serem atendidas por profissionais que não a conhecem e sem vínculo porque só estão substituindo. Ademais, houve um aumento no tempo de espera para atendimento, dado que como esses profissionais só vem uma vez por semana, todas as gestantes são agendadas no mesmo horário e chegam a ficar até 2 horas esperando pela consulta.	PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ PARA ASSISTÊNCIA
	A gente está abrindo, a gente abre a primeira consulta. O retorno tem que ser com ginecologista. Por enquanto, quem está dando um suporte assim é uma clínica, até chegar.	Mesmo estando aptas e respaldadas pela portaria de Rede Cegonha para realizarem sozinhas a assistência pré-natal de baixo risco, o enfermeiro ainda insiste na necessidade da gestante ser acompanhada por um médico, não se sentindo responsável pela Assistência à	PN: NÃO PERTENCE

⁵ Nas Unidades Básicas de Saúde os médicos não são contratados por horas de trabalho, mas por número de consulta, tendo que realizar 12 consultas por dias ou 60 consultas semanais e são chamados de categoria “J”, referente a letra do tipo de contrato especificado pela Secretária de Gestão de Pessoas da Prefeitura de São Carlos.

	Mulher na gestação e puerpério.	
Não mudou a adesão da gestante, elas estão vindo, até na primeira consulta de pré-natal que geralmente elas faltam, estão vindo normal. Não tem, mesmo nas consultas de rotina não tem muita falta, o fluxo está normal acho que elas entendem? Até porque a gente tinha algumas máscaras de doação para gestante, então a gente está entregando pra vir em toda consulta.	Com a obrigatoriedade do uso da máscara, a Secretaria Municipal de Saúde proibiu qualquer atendimento sem uso de máscara, mas não foi fornecido máscaras para os pacientes, somente para os profissionais, então houve uma intensa ajuda da comunidade que começou a doar máscaras de pano para as Unidades fornecerem as pacientes que não tinham condições de comprar.	PARTICIPAÇÃO POPULAR
Acho que o enfermeiro contribui mais na orientação mesmo , principalmente na primeira consulta. Então, igual essas gestantes que vieram agora, elas sempre vêm: “o que eu vou fazer?” A gente explica, a gente orienta, a gente orienta da pandemia , que o atendimento do pré-natal vai ser normal, que é importante a máscara mesmo, a prevenção. Então acho que é mesmo no papel de orientação, mas não só de nós (enfermeiros), mas de toda a equipe, desde ali da recepção, que elas vêm muito pra perguntar, telefone também, então acho que a principal parte é a orientação.	Os profissionais da atenção básica se tornaram uma importante fonte de orientação para a população, o que é uma obrigação do serviço de saúde mais próximo, com quem o cidadão tem maior vínculo para sanar as principais dúvidas sobre a pandemia e outras questões de saúde.	ORIENTAÇÃO DIÁLOGO TRABALHO EM EQUIPE RESPONSABILIDADE
Que eu tenha conhecimento não chegou nada, é porque quando eu	A gestante desde março de 2021 foi considerada grupo de risco	DESCASO DA

	<p>cheguei já tava esse fluxo da pandemia. E os atendimentos delas estavam mantidos normalmente, então eu acredito que a secretaria deva ter passado só pra manter orientação específica para gestante não. A gente recebeu informações sobre cuidados, medidas preventivas, COVID em geral, do atendimento, do distanciamento na sala de espera, então a gente estava fazendo tudo certinho.</p>	<p>para COVID 19, desde então inúmeras orientações e cuidados com as gestantes foram publicados pelo Ministério da Saúde e que infelizmente, não foram repassados para a Atenção Básica do Município onde foi realizado esse estudo, deixando os profissionais sem informações e as gestantes em risco.</p>	<p>GESTÃO</p>
	<p>A gente abre uns 6 pré-natais toda semana, é bastante, aqui a gente tem muitas gestantes.</p>	<p>A Unidade Básica de Saúde Cidade Aracy é a unidade que mais atende gestantes no Município. Esforços têm sido feitos pela equipe para acolher todas as gestantes que procuram o serviço.</p>	<p>ALTA DEMANDA ENGAJAMENTO</p>
	<p>Aqui a nossa ideia é começar também (consultas intercaladas médico e enfermeiro), é que quando vem, aqui por ser uma UBS, quando vem o ginecologista a gente faz só o primeiro atendimento, mas agora a nossa ideia é passar, começar intercalar as consultas.</p>	<p>Aquela enfermeira demonstrou interesse e vontade de intercalar a assistência a pré-natal com médico, mas a cultura de que na UBS somente do ginecologista ter competência e habilidade para acompanhar as gestantes foi um fator importante no posicionamento dos enfermeiros de não tomar para si o cuidado pré-natal.</p>	<p>APROPRIAÇÃO DO MÉDICO CURIOSIDADE</p>
E2	<p>Bom, aqui na unidade a gente não parou o atendimento da gestante, ela manteve com as consultas de rotina, porém</p>	<p>Nessa unidade a enfermeira também faz o primeiro atendimento Pré-natal. Ele preenche a carteira de gestante,</p>	<p>PN: NÃO ME PERTENCE</p>

	<p>como a gente tem o GO (ginecologista), então a parte da enfermagem não faz essa assistência direta, a não ser que a gestante chegue num momento que não tenha o GO e a gente precisa dar o atendimento a ela. Mas a gente faz a busca ativa tudo mais das pacientes que faltam e o GO faz avaliação do pré-natal mesmo.</p>	<p>solicita os exames do 1º trimestre e realiza os testes rápidos. A busca ativa referida pela enfermeira é feita pelas auxiliares de enfermagem ou pelas auxiliares administrativas.</p>	
	<p>A gente tem 2 ginecologistas, um vem 2 vezes na semana, e o outro tem mais de 60 (anos) e foi dispensado na pandemia, porém, mesmo assim, ele estava vindo 1 dia por semana, estava atendendo gestantes e agora com o retorno a gente deixa atendimento a gestante 2 dias por semana.</p>	<p>O número de dias reservado para as gestantes são 2 dias em períodos distintos, manhã e tarde e elas são atendidas junto com as demais urgências ginecológicas.</p>	<p>COMPROMETIMENTO DO PROFISSIONAL DESCASO DA GESTÃO</p>
	<p>Não tem um intervalo entre um atendimento e outro das gestantes, por eles (ginecologistas) são tarefas, eles não são horário, eles são categoria J, então eles vêm, cumprem a tarefa e vão embora. Então a gente não consegue por horário para elas, porque se elas chegam depois e ele já veio, atendeu, ele vai embora, ele não espera, mas a gente tenta dar uma separada, estamos evitando a entrada de acompanhante, a não ser que seja</p>	<p>Na Prefeitura Municipal de Saúde de São Carlos, a tipo de contratação dos médicos e dentistas são classificados por categorias, os ginecologistas fazem parte da categoria J, onde são contratados por número de atendimento e não por carga horária, sendo assim eles podem atender o número de gestante combinado, nesse caso um ginecologista atende 24 pacientes por dia e o outro 15 pacientes por dia, no tempo que eles quiserem e depois vão</p>	<p>PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ PARA A ASSISTÊNCIA DESCASO DA GESTÃO</p>

	um caso mais específico, as cadeiras ali estão restrita algumas para não sentar um muito perto do outro.	embora.	
	Não tem um dia só para gestante, antes da pandemia (...) ele (médico) vinha de segunda, terça, quarta e quinta, então a gente deixava quarta e quinta para gestante, mas como ele está vindo só um dia, já diminuiu os horários deles, então não tem como deixar só gestante.		PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ
	Está super tranquilo, inclusive, muitas não estão muito preocupadas, abaixa a máscara para conversar, chega muito perto uma da outra, toda hora a gente tem que dar uma orientada, mas quanto a isso eu acho que está normal, pra elas está tudo tranquilo. Não diminuiu o número de gestantes, muito pelo contrário, aumentou, todo dia pelo menos 1 PN a gente abre.		IMPACTO DA PANDEMIA NA NATALIDADE
	Eu acho que orientação. Eu acho primeiramente a orientação, ela é muito importante e elas tem medo, inclusive que permaneçam em acompanhamento, não saiam.		ORIENTAÇÃO
E3	Então, na verdade nós não paramos com o atendimento pré-natal . O que aconteceu nesta unidade, nós tínhamos um	Na entrevista a participante demonstrou que o principal objetivo não era garantir uma continuidade do pré-natal na	PRÉ-NATAL CONTINUA PROCESSO DE TRABALHO

	<p>ginecologista que encerrou o contrato em novembro do ano passado, a gente passou por um período difícil, porque assim, é uma unidade que tem muita demanda, nós estávamos só com três clínicos, tinha um clínico novo e um que estava para sair, então naquele momento, os clínicos não conseguiam assumir o pré-natal, não tinha espaço para isso e eu enquanto enfermeira também não conseguia, porque é muita demanda. Então nesse período a gente resolveu estar encaminhando essas gestantes para outras unidades. Então a unidade mais próxima é o Santa Paula e eu consegui também um apoio do Vila Nery lá com a W., mas a primeira consulta de pré-natal eu continuei fazendo, testes rápidos após 28 semanas e alguma intercorrência, acolhimento e tudo mais. Mas a consulta em si a gente não tinha como assumir, eu a M., mais uma Enfermeira, uma demanda imensa, nesse período que foi em torno de três meses mais ou menos, dezembro, janeiro e fevereiro e março entrou na pandemia. Mas aí houve a contratação de um médico, do “mais médico”, acho que foi em abril, aí nós conseguimos retomar esses atendimentos.</p>	<p>ausência do ginecologista, mas diminuir a demanda, que segundo sua percepção é imensa.</p> <p>As gestantes foram encaminhadas para uma UBS do mesmo bairro e para outra que fica do lado oposto do Município, sendo necessário a utilização de 2 ônibus para comparecer nas consultas.</p>	<p>INEFICAZ ALTA DEMANDA PN: NÃO ME PERTENCE DIFICULDADE DE ACESSO DA GESTANTE AO PN DESCASO DA GESTÃO</p>
--	--	---	--

	<p>O atendimento de enfermagem que a gente já fazia a gente não deixou de fazer que é a primeira consulta da gestante. Quando a mulher chega com atraso menstrual a gente faz o teste aqui na unidade, se ela só fez um teste de farmácia a gente faz um aqui na unidade, se ela veio já com ultrassom, então a gente já pula para segunda etapa. Então a primeira etapa, se ela veio só com teste e farmácia a gente vai fazer o confirmatório aqui, teste urinário, confirmando a gente já solicita a primeira rotina de pré-natal e já dá a receita de ácido fólico. Então como a enfermeira não prescreve, enfim, nunca saiu isso, mas o médico deixa assinado e a gente fornece a receita. Então nesse primeiro momento a gente já fornece os exames e agenda para vir fazer o teste rápido. A gente faz esse primeiro atendimento do teste rápido, as orientações pertinentes, preenchimento de carteirinha, preenchimento da ficha clínica de pré-natal, os sinais vitais e anotações e a gente já marca com médico.</p>	<p>A participante traz a falta de autonomia do profissional enfermeiro em poder prescrever as medicações que já são protocoladas pelo Ministério da Saúde para assistência a gestante no Pré-natal, pela não utilização, pelo Município, do protocolo do MS ou pela não confecção do seu próprio protocolo.</p>	<p>FALTA DE AUTONOMIA ORIENTAÇÃO</p>
	<p>A gente sabe que tem muitas gestantes que acabou migrando para particular ou pra plano. Então, ou procuraram em outra</p>	<p>O médico J. citado na entrevista não é ginecologista, é um médico do programa “mais médico”.</p>	<p>PN: NÃO PERTENCE DIFICULDADE DE ACESSO DA</p>

	<p>unidade por conta, mas foi um pouco mais complicado. As nossas, que nos procuraram, a gente estava fazendo esse encaminhamento para o Santa Paula ou para o Vila Nery. A gente sabe que escapou muitas gestantes nesse período. E às vezes, muitas não têm ginecologista, não vinha aqui e a gente não conseguiu fazer busca ativa, eram cerca de 100 gestantes nesse período, um número meio razoável. Então a gente sabe que acabou escapando um pouco do nosso controle. Depois a vinda do J. (médico) a gente conseguiu de novo resgatar e agora as consultas estão sendo realizadas. Dependendo da idade gestacional, se elas já estavam no terceiro trimestre elas iam finalizar por lá e depois viria para cá para a puerperal e se realizasse o teste rápido voltaria para cá, o exame de ultrassom vinha para cá, até para não sobrecarregar o outro serviço. Então usava a nossa cota de ultrassom.</p>	<p>Em nenhum momento a preocupação foi com o bem-estar da gestante, mas em desafogar o serviço, onde atua a participante da pesquisa e não sobrecarregar as unidades de apoio. Ela não sabe exatamente quantas gestantes migraram para convênios, particular, outras unidades ou que ficaram sem qualquer assistência pré-natal.</p>	<p>GESTANTE A ASSISTÊNCIA PN FALTA DE COMPROMETIMENTO DA EQUIPE ALTA DEMANDA MAIS PREOCUPAÇÃO COM O SERVIÇO DO QUE COM A GESTANTE</p>
	<p>Então com a pandemia, na prática, não houve nenhuma mudança, porque gestante é prioridade, nós não deixamos de atender. Na verdade o que aconteceu assim, a gente teve até um tempo maior pra gestante,</p>	<p>De uma maneira geral, todas as gestantes nesta unidade têm o mesmo horário para atendimento. A agenda de gestante é a cada 20 a 30 minutos. Segundo a enfermeira, este tempo foi aumentado</p>	<p>PRÉ NATAL CONTINUA MUDANÇA NA ROTINA POR CAUSA DA PANDEMIA TEMPO MAIOR</p>

	<p>porque, o J. (médico) ele veio, não é recém-formado, é formado um tempo, mas ele não exercia a medicina, ele ficou um tempo sem exercer, foi fazer outro curso, enfim, exatas, então ele estava retomando as atividades como médico e como a gente tinha mais tempo, em função da pandemia, ele ficava com um tempo maior com essa gestante, então isso foi até um facilitador digamos assim. Então elas tiveram um tempo maior no atendimento médico, então isso facilitou. Não houve fragmentação nenhuma no atendimento. Acabou que o J. veio e a gente conseguiu retomar o atendimento.</p>	<p>devido à inexperiência do profissional médico. Não houve menção à importância de uma consulta com um tempo maior para atender as necessidades das gestantes.</p> <p>Nesse caso as gestantes não se encontravam na recepção, porque eles marcavam as gestantes a cada 1 hora</p>	<p>DE CONSULTA COM FACILITADOR</p>
	<p>O atendimento da enfermagem e da Enfermeira se manteve, dentro do que a gente consegue fazer numa UBS, a gente não consegue intercalar as consultas, não tem perna pra isso, infelizmente, não tem, e a gente tinha também a M. que é preceptora de medicina, então eu também tinha ela no atendimento de gestante. Tudo bem que era uma vez por semana, na segunda-feira a tarde, mas ela também conseguia atender um número maior de gestantes, com a pandemia ela espaçou esses atendimentos. Mas eu sempre</p>	<p>A participante começa justificando que não é possível intercalar o atendimento de pré-natal na UBS devido a alta demanda e finaliza destacando que, na ausência da médica M. ela faz os atendimentos. Podemos inferir que não se trata de falta de conhecimento que a impedia de realizar o PN, mas a disposição para realizá-lo.</p>	<p>LIMITES DA ASSISTÊNCIA PN DA ENFERMAGEM NA UBS NÃO SE TRATA DE FALTA DE CONHECIMENT O FALTA DE DISPOSIÇÃO PARA REALIZAR O PN</p>

	<p>tive o contato com ela, se ela não podia vir eu fazia o atendimento, então a gente não deixou as gestantes de lado.</p>		
	<p>A gente percebeu na verdade houve um aumento de gestantes na pandemia, praticamente todo dia tem gestante nova, todo dia. Então, é nítido que aumentou. Uma pergunta que elas fazem é: “mas aqui tem ginecologista?” Então elas sabem que não tinha e continua não tendo. Não temos ginecologista, mas a gente tem um médico do “mais médico” que tem condição de fazer o seu pré-natal, ele foi formado para isso. Ele tem formação para atender desde a criança até o idoso, passando pela gestante. Então, é uma ou outra que questiona um pouco, mas a grande maioria teve aceitação, inclusive elas elogiam bastante o atendimento dele, porque ele é atencioso. Ele ouve, tem paciência, se tem dúvida, vem e pergunta. Então assim, de um modo geral tem até elogios.</p>	<p>Além do conhecimento teórico, essa participante destaca como é bem-vindo pelas gestantes quando o profissional demonstra disponibilidade, vínculo, empatia, paciência, abertura ao diálogo, ou seja, uma assistência centrada nas necessidades das gestantes.</p>	<p>IMPACTO DA PANDEMIA NA NATALIDADE VÍNCULO DIÁLOGO</p>
	<p>Na prática (em relação a pandemia a postura das gestantes) não mudou, eu percebo não. Um dos problemas que a gente teve que eu me lembre, por exemplo, foi ela ter medo de vir retirar o ponto, no</p>		<p>MEDO DA GESTANTE DE CONTAMINAÇÃO</p>

	<p>caso puérpera. “Porque eu vou até aí, no caso está tudo contaminado.” Aí ela deixou, deixou, eu precisei ligar. Aí eu falei: “Não, você precisa vir, porque se você não vier retirar os pontos isso pode complicar.” Eu sei que ela acabou vindo no 13º dia. Enfim, por medo mesmo de estar aqui na unidade, por ter acabado de passar por uma cirurgia, porque ela fez cesárea. Mas de modo geral, não.</p>		
	<p>É assim, na verdade a gente continua oferecendo o que a gente vinha oferecendo. Eu posso dizer que agora (na pandemia) eu tenho um tempo maior para essa gestante para conversar, para tirar dúvida, porque na prática o que a gente faz, esse primeiro atendimento que a gente oferece a gente já aborda a questão odontológica, fala da importância do ácido fólico, uso de repelente, das vacinas, fala um pouco do início da gestação, então assim, tirar as dúvidas, ver se elas têm comorbidades, então orienta de uma forma geral, o ganho de peso. Então você consegue dedicar uma atenção um pouco maior. Na pandemia é melhor do que se fosse na rotina, entendeu? Porque você tem mais tempo. Então acho que isso é importante, você cria</p>		<p>MELHORA DO PNP NA PANDEMIA TEMPO MAIOR DE CONSULTA COMO UM FACILITADOR VÍNCULO DIÁLOGO PREFERÊNCIA DA GESTANTE PELO PROFISSIONAL ENFERMEIRO</p>

vínculo. Até muitas falam assim: **“mas não é com você que eu vou fazer o pré-natal?”**. E eu falo: “Não, não é comigo, vai ser com o médico tal.” Mas a gente sabe que, infelizmente, tem muitos médicos que não tem, que tem um tempo curto ou que não se dedicam tanto, muitas vezes elas saem com dúvida do atendimento. **Então, o que a gente procura fazer é esclarecer essas dúvidas nessas oportunidades que a gente tem de encontro, de atendimento.** Então essa primeira consulta é mais voltada para isso e até para dizer que pode acontecer perdas no primeiro trimestre. Então para ela ficar atenta aos sinais, a vacinação é importante. A gente já fala que ela precisa repetir esses testes, a partir de 28 semanas, que a gente vai fazer uma nova conversa, que ela precisa fazer a vacinação após 20 semanas. Essa consulta de 28 semanas é pra gente falar um pouquinho mais do desenvolvimento da gestação, depois dos sinais do trabalho de parto, você vai repetir o teste rápido, você tem de novo um outro encontro com ela. Esclarecer dúvidas que ela tenha no momento.

	<p>A enfermagem atende as gestantes em dois momentos, na abertura do pré-natal e com 28 semanas, pelo menos duas vezes. Fora os acolhimentos que a gente faz, que são queixas pontuais que a gente também faz o registro no prontuário, ouve a queixa, se for o caso passar por uma interconsulta, a gente também consegue fazer isso. Mas é bastante rico os dois momentos. No segundo também falar um pouco de trabalho de parto, que momento ela deve ir para maternidade e de recursos que tem lá na maternidade, infelizmente, o projeto vincular acredito que não esteja ocorrendo em função da pandemia, que é aquela visita orientada, mas a gente faz essa abordagem no primeiro atendimento e no segundo momento seria a hora de perguntar: “você foi na visita? Foi interessante? Não foi interessante?” Então muitas estavam relatando que tinha sido muito bom estar indo lá. E a gente pede pra estar indo com acompanhante, porque esse acompanhante não pode ser alguém que dificulte, digamos assim. Tem que ser alguém pra auxiliar, alguém que não se desespere com a situação, que possa ver sangue e tudo mais. A</p>		<p>VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA MUDANÇA DE POSTURA MÉDICA EM RELAÇÃO A VIOLÊNCIA. GRUPO COMO ESTRATÉGIA PARA MELHORAR A ASSISTÊNCIA</p>
--	--	--	---

	<p>gente aborda os recursos que a própria maternidade oferece, como a banqueta de parto, a bola, a banheira, fala um pouco da violência obstétrica que acontecia a pouco tempo atrás. As vezes ainda acontece, mas a gente percebe que está tendo uma mudança, mesmo devagar, mas está acontecendo, de não ter que obrigar a mulher a ficar na posição ginecológica pra parir, de não ter que fazer manobras e intervenções desnecessárias, episiotomia, eu acho que é um momento para abordar um pouco isso. Por que? Infelizmente a gente não consegue dar andamento no grupo de gestante, foram várias tentativas, que seria um momento muito rico. Já houve tentativas do grupo e eu sei que não foi pra frente, infelizmente. Porque como está muito atrelado ao médico ainda. Então o ideal seria, não sei, talvez agora com mais uma enfermeira, talvez a gente possa repensar nisso, mas talvez atrelar com a consulta médica, saiu da consulta ou antes da consulta seria mais fácil de você conseguir captar essa gestante. Uma outra questão que vem acontecendo também é a</p>		
--	---	--	--

	<p>solicitação da esterilização no parto. Então isso a gente também está percebendo, tive procura de pelo menos 4 gestantes agora, com intenção de fazer laqueadura no parto e também é um outro momento que a gente pode estar conversando com ela, tirando dúvidas e a gente vê que também está acontecendo, na hora do parto de fazer esterilização definitiva.</p>		
	<p>Não tivemos nenhuma orientação da gestão específica para gestante, foi geral para todos. Então os cuidados gerais que a deve estar tomando. Se eu percebo que ela está com quadro gripal, eu não vou fazer o atendimento nessa sala (fechada, pequena e com pouca ventilação). Então a gente conseguiu uma sala reservada na unidade que entra pelo estacionamento, era a antiga regional, como ela dá acesso ao estacionamento, então a gente reservou essa sala para atendimento de síndromes gripais. Embora aconteça muitas vezes, na consulta médica já aconteceu de ela estar com queixa de quadro gripal. Você já está ali, o médico suspeitou e o exame dela deu positivo (teste de COVID deu positivo). Então ele fez todo o atendimento, ficou um</p>		<p>DESCASO DA GESTÃO MUDANÇA DE ROTINA DE ATENDIMENTO POR CAUSA DA PANDEMIA</p>

	<p>tempão lá. Então, para o atendimento do coronavírus foi no geral, tanto é que a gente teve que modificar a unidade, dentro das possibilidades para evitar esse fluxo de pacientes sintomáticos dentro da unidade. Então a gente controla, estamos controlando o acesso até hoje. A gente também tirou esses pacientes que vão fazer coleta da porta da unidade, a entrada para eles é pelo estacionamento, justamente para não cruzar esses fluxos. A gente também acabou passando por uma campanha de vacinação da gripe com uma procura imensa na unidade, a gente também não podia aglomerar tudo aqui dentro, fizemos lá fora.</p>		
	<p>Na verdade, eu acabei assumindo agora a assistência pré-natal, mais de perto, porque, como a gente tinha a campanha de vacinação a M. ficou por conta da campanha, então nós dividimos, mas a M. sempre fez e agora a F. está há uma semana e eu ainda estou acompanhando ela nos atendimentos.</p>	<p>Pelo medo da população em contrair a COVID, a vacinação da gripe em 2022 foi das maiores desde sua primeira campanha 1999, o que impactou no processo de trabalho dos profissionais de enfermagem na Atenção Básica, maior responsável pela vacinação da população brasileira.</p>	<p>MUDANÇA NA ROTINA DE TRABALHO DEVIDO A PANDEMIA.</p>
E4	<p>Então, a demanda é espontânea, então a gestante chega aqui na unidade, ela relata pra gente que está gestante e a gente acolhe e</p>	<p>Para a enfermeira M. a responsabilidade da enfermeira com a assistência pré-natal é solicitar os exames e</p>	<p>PN: PEDIR EXAMES</p>

	<p>eu, falo de mim, (...) eu peço pra gestante, se ela estiver com endereço, todos os documentos, tudo certinho, eu já abro o pré-natal, eu já peço todos os exames, primeira rotina, eu peço o ultrassom, às vezes, elas já vem com ultrassom, e já marco com o doutor J., ele não é ginecologista, ele é clínico geral, mas com a gente não tem ginecologista aqui, ele está dando a sequência no pré-natal das gestantes.</p>	<p>encaminhar para o médico. Durante a conversa ela se sente muito satisfeita em fazer isso, para ela está cumprindo as suas atribuições com excelência.</p>	
	<p>O atendimento a gestante não mudou com a pandemia. O atendimento que permaneceu foi gestante. Todas as consultas até foram mudadas, mas a gestante não, ela chega, é atendida, é acolhida. Se não der para abrir o pré-natal na hora, a gente marca o horário, ela vem no horário que a gente agendou.</p>		<p>O PRÉ-NATAL CONTINUA</p>
	<p>Se ela não tem nenhum exame de sangue, se ela não tem ultrassom, então a gente pede, espera ficar pronto e agenda, como a gente sabe mais ou menos que é um 10 dias para ficar pronto o exame de sangue, depois disso a gente já agenda, porque a gente prefere que ela já esteja com os exames. Ele (médico) atende de manhã e à tarde, todos os dias. Se aparecer alguma urgência ele também</p>		<p>O PRÉ-NATAL CONTINUA</p>

	<p>atende, mas a prioridade dele é a gestante.</p>		
	<p>Olha elas dão graças a Deus, porque elas falam que nas outras unidades, nem isso elas conseguem, porque elas falam que tem outra unidade que não tem gineco e também não está sendo atendida. Então chegando aqui como elas são acolhidas e tem o doutor J., mesmo não sendo gineco, elas gostam. Elas estão amparadas, acolhidas. Então elas estão gostando. No começo foi meio difícil, porque nem o doutor J. a gente tinha, encaminhava para outra unidade, a gente ligava, foi conversado, acho que com a D. (gestão), então tinha unidade que já deixava umas vagas para gente. Então a gente ligava e passava a gestantes pra lá. Umas não gostavam, falavam que era longe que não tinha como ir. Mas agora tem o doutor J. aqui facilitou muito. Elas iam para o Santa Paula e Vila Nery. Essas duas unidades que estavam dando suporte para gente. Fazíamos a primeira consulta e encaminhava com tudo.</p>	<p>Mesmo diante da dificuldade em conseguir atendimento às gestantes em outras unidades por falta de ginecologista, a participante não relata nenhum movimento das enfermeiras para assumir o pré-natal na unidade, garantindo acesso e continuidade da assistência.</p>	<p>DIFICULDADE DE ACESSO DA GESTANTE À ASSISTÊNCIA PN APROPRIAÇÃO MÉDICA DO PN</p>
	<p>Nós perdemos o ginecologista em novembro, ele que quis sair. Sabe esses contratos de 2 anos? A gente pediu para ele renovar, mas</p>	<p>Na UBS todo o atendimento da Saúde da Mulher é feito pelo ginecologista, como coleta de Papanicolau, introdução de</p>	<p>PROCESSO E TRABALHO INEFICAZ APROPRIAÇÃO</p>

	<p>ele não quis. Porque ele fala que aqui tem muitas gestantes, a demanda é muita e ele estava sozinho, então ele falou que estava sobrecarregado.</p>	<p>contraceptivos, solicitação de mamografia e o pré-natal. Atendimentos que poderiam ser realizados pelo Enfermeiro, se o processo de trabalho fosse centrado no cuidado multiprofissional, nenhum profissional ficaria sobrecarregado.</p>	<p>MÉDICA do PN PN: NÃO ME PERTENCE ALTA DEMANDA</p>
	<p>Acho que é o jeito, é o acolhimento, o jeito que a gente trata, elas se sentem bem acolhidas, porque a gente dá toda atenção, explica, a gente orienta. Então o principal é isso. É o acolhimento que a gente faz.</p>		<p>ACOLHIMENTO ORIENTAÇÃO</p>
E5	<p>Nós passamos no início do ano por um momento difícil por conta que, foi até um pouquinho antes da pandemia, porque nós perdemos vários médicos na unidade, por conta de aposentadoria, por conta que passaram na residência, por conta que pediram a conta e um dos médicos que era do programa mais médico ele passou na residência em Marília em neurologia e ele foi, foi para residência e nesse momento a gente estava fazendo o cuidado, a princípio, há muitas gestantes que não eram de baixo risco, gestante também que já tinham determinadas comorbidades. Foi nesse momento que nós</p>	<p>Nessa unidade, com a saída dos médicos a participante assumiu o pré-natal e relatou que só parou com as consultas por perceber que a maioria das gestantes apresentavam alguma comorbidade. (as comorbidades mais identificadas foram <i>diabetes mellitus</i> e hipertensão gestacional)</p>	<p>PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO PELO ENFERMEIRO DIFICULDADE DE ACESSO DA GESTANTE A ASSISTÊNCIA PN APROPRIAÇÃO MÉDICA DO PN AUMENTO DE COMORBIDADE DAS GESTANTES NA PANDEMIA</p>

	<p>solicitamos ajuda ao DGCA, essas gestantes passaram a ser atendidas pelo Doutor D. no Vila São José. No mês de abril, no mês de maio a Doutora L. veio nessa nova contratação, ela veio para cá e a gente está conseguindo resgatar delas aqui pra unidade. A L. não é gineco, é do programa mais médico. A gente conseguiu que elas retornassem, muitas estavam com dificuldade no deslocamento até a Vila São José, elas mesmas relataram isso, porque quando ocorre as faltas o E. entrava em contato, conversava com a gente para saber o que estava acontecendo. As novas já começaram a serem introduzidas aqui na unidade, algumas retornaram pro Vila Isabel e outras o Doutor D., como elas já estavam no final da gestação, estão terminando a gestação por lá. Mas o que a gente percebeu, não sei se é por conta da pandemia ou não, até conversando com a C. do alto risco, é que aumentou muito as gestantes diabéticas nesse período, aumentou bastante, um número bastante considerável.</p>		
	<p>Estas gestantes com comorbidades ficam nos dois serviços, geralmente quando as</p>	<p>O ambulatório de Alto Risco de São Carlos é composto por duas enfermeiras e 2 médicos. É</p>	<p>VÍNCULO PROCESSO DE TRABALHO</p>

	<p>gestantes são de alto risco, elas acabam ficando nos dois serviços, passa em acompanhamento aqui para a gente ver o que está acontecendo, porque na hora que as coisas apertam elas acabam procurando a unidade de referência, mais perto. Até porque a consulta no alto risco a gente não consegue de um dia pro outro, precisa fazer o acompanhamento delas aqui também.</p>	<p>referência para todas as cidades da Região Coração do Distrito Regional de Saúde DRS III (6 Municípios: Porto Ferreira, Descalvado, São Carlos, Ibaté, Ribeirão Bonito e Dourado) o que dificulta muito o agendamento de consultas e a continuidade do cuidado.</p>	<p>INEFICAZ ALTA DEMANDA</p>
	<p>As consultas intercaladas, elas não estão sendo feitas, não está fazendo consulta intercalada. A abertura sim, na época da doutora L. não, quando nós estávamos com o Doutor M. na unidade, ele saiu de férias, quem acabou ficando com as gestantes fui eu, eu fiquei atendendo as gestantes assim como fazia no Botafogo com o Doutor F., mas eu tinha mais convívio muito mais tempo com ele, então eu tinha total liberdade, se eu via um resultado no exame, uma infecção ou alguma coisa que precisasse ser tratado, se tinha alguma coisa, eu ligava pra ele para tentar resolver aqui na unidade mesmo, os médicos daqui de dentro também nos ajudaram nesse sentido. Porque a gente já convivia com</p>	<p>Essa participante sempre realizou o pré-natal nas unidades que trabalhou e tem experiências muito exitosas, tanto em relação a aceitação da gestante a sua assistência, quanto no trabalho em equipe com os profissionais médicos, o que é um facilitador para que ela assuma o PN na ausência dos médicos na Unidade atual.</p>	<p>REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO PELO ENFERMEIRO AUTONOMIA CREDIBILIDADE FALTA DE PROTOCOLO TRABALHO EM EQUIPE (MÉDICO E ENFERMEIRO) EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. RELAÇÃO DE CONFIANÇA</p>

	<p>o doutor M. a algum tempo, isso facilitava e elas tinham confiança também no que a gente estava fazendo, porque ouviam ele falando, ouviam eu conversando com ele do que elas deveriam fazer. Porque viam muitas gestantes com exame de glicemia alterada, exame de urina e urocultura alterada, enfim os problemas que acontece na gestação e às vezes eu precisava do apoio dele para determinar as condutas que são extremamente médicas, prescrição da medicação que são extremamente médicas e eu conversava com ele ou dialogava com médico que estava aqui na unidade e a gente conseguia fazer a receita. Com a Doutora L. a gente ainda não precisou, mas acredito que a gente não vai ter problema de jeito nenhum com ela. Ela é disponível e aberta pra tudo.</p>		
	<p>Assim como em outras unidades que eu trabalhei, desde Cidade Aracy o acolhimento acaba sendo das 7 até as 5 horas da tarde, então se chega uma gestante, alguém se sentindo mal a gente acaba fazendo o atendimento e direcionando ou até solucionando, porque às vezes é</p>	<p>Além das facilidades já apontadas para a participante realizar a assistência pré-natal, ela é enfermeira obstétrica tendo o conhecimento teórico para solucionar alguns problemas que as gestantes possam relatar com muita assertividade e confiança. Outro diferencial relatado pela</p>	<p>TRABALHO EM EQUIPE (MÉDICO E ENFERMEIRO) EXPERIÊNCIAS EXITOSAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL. AUTONOMIA RELAÇÃO DE</p>

	<p>uma coisa simples, uma orientação, o bebê, parou de mexer ou uma circunstância que elas saem bem mais tranquila da unidade. Eu vivenciei muito, mas em outras unidades onde a gente tinha um número maior de gestantes. Aqui gira em torno de 60 gestantes mais ou menos, não é um número muito grande. É possível tocar com tranquilidade a questão das gestantes.</p>	<p>participante nessa unidade é o baixo número de gestantes, do seu ponto de vista, questão apontada diferentemente por outros profissionais.</p>	<p>CONFIANÇA</p>
	<p>Elas questionam como elas devem se comportar e até nos contam o que elas têm feito, se está certo, se está errado, e a gente deixa a porta aberta pra elas perguntarem, se elas tiverem alguma dúvida, estar disposta para que elas nos tragam para gente responder.</p>		<p>DIÁLOGO</p>
	<p>Nessa unidade, eu percebo que elas conhecem mais a nós do que nós a elas, então elas sabem nos procurar e geralmente quem acaba fazendo a abertura do pré-natal é a P. Então ela tem um pouco mais de vínculo com a gestante do que eu mesma, mas elas perguntam, mesmo assim elas acabam perguntando algumas coisas. É tudo novo, a gente está aprendendo a trabalhar com essa questão do</p>	<p>A enfermeira P. citada na entrevista não fez parte do estudo, porque no dia agendado para sua entrevista ela estava afastada por motivos de saúde e ao retornar foi transferida para outra unidade que não faz parte do estudo.</p>	<p>PERTENCIMENTO DA GESTANTE A UNIDADE VINCULO NOVO APRENDIZADO</p>

	<p>coronavírus.</p> <p>Eu ainda não conheço muito bem a área, mas sei que temos uma população mais vulnerável que mora na CDHU, um ou dois quartinhos, em casas muito pequenas, isso a gente tem visto nos exames do coronavírus onde uma pessoa pega e acaba pegando todo mundo, isso é o mais preocupante, como a gente fazer isso, como isolar o paciente sendo que ele mora numa casa muito pequena, com 5 numa casa de 2 cômodos. Eu tive um caso de uma puérpera, ela teve o bebezinho e logo em seguida ela pegou o coronavírus, ela veio até aqui para fazer a consulta de rotina e já tinha outro filhinho dela com coronavírus também, só 2 integrantes da casa que não pegaram, o bebê não pegou. Por Deus, e eles moram no CDHU.</p> <p>Foi orientado, a gente conta com o trabalho de toda a equipe, a Doutora V. (pediatra), aconselhou sobre a amamentação, o uso da máscara e tudo mais. Mas foi um momento bastante difícil, que a gente vivenciou naquele momento. O medo dela contaminar o bebê.</p> <p>E o desemprego que vem aumentando, elas (gestantes)</p>	<p>A UBS Vila Isabel é responsável pelo atendimento dos moradores da CDHU (Companhia de Desenvolvimento Habitacional e Urbano) considerada uma área de maior vulnerabilidade em São Carlos, devido o grande número de pessoas residindo num único apartamento de 4 cômodos + banheiro, baixa renda, alto índice de violência e drogadição.</p> <p>Mesmo com a solicitação das equipes de Saúde do Município para um trabalho na mídia para orientação da população da gravidade da COVID, nenhuma ação foi realizada pela SMS.</p>	<p>VULNERABILIDADE COMO FATOR DE RISCO PARA COVID ORIENTAÇÃO TRABALHO EM EQUIPE DESCASO DA GESTÃO NOS 3 NÍVEIS DE GOVERNO IRRESPONSABILIDADE BANALIZAÇÃO DA COVID QUEBRA DO DIREITO DE IR E VIR.</p>
--	--	--	--

não conseguem se alimentar bem, elas não conseguem ter hábitos de higiene, muitas vezes, adequados, elas não conseguem um isolamento adequado. Todas essas adequações que precisa, muitas vezes elas não têm acesso. Então essas são uma das questões que estão sendo debatidas. Por mais que a gente oriente, como a gente vai fazer? Foge do alcance. A gente orienta, tudo que tem que orientar a gente orienta, a lavagem das mãos, o uso da máscara, manter isolado, o álcool, toda aquela questão, mas assim, foge. Até foi solicitado, mais de uma vez para a Secretária de Saúde o trabalho da mídia, de divulgar, se perdeu um pouco a credibilidade, porque o Coronavírus não é uma gripe, não é uma gripezinha. A gente viu que foi passado muitas informações erradas por parte de certos governantes, que era uma gripe. Enfim, hoje em dia ninguém está dando mais atenção pra isso, então quando a gente vai fazer o monitoramento, a gente fala assim pro paciente: “*seu laudo deu positivo.*” Ele não acredita ou acredita com desdém, “*Tudo bem.*” Eles não estão

	<p>acreditando mais que precisam ficar em casa até fechar o dia e isolamento e todos os cuidados que eles precisam ter, de não circular. Eles vêm aqui para fazer novo exame, para pedir atestado, vão no supermercado, no açougue, na padaria. Eles banalizaram, isso afeta, o que a gente aprendeu na obstetrícia, o binômio mãe e filho. Porque queira ou não queira, às vezes, esses que estão circulando afetam as gestantes que estão dentro da Unidade fazendo os seus pré-natais e eles estão aqui. As gestantes também estão no supermercado, no açougue, na padaria em todos os lugares, isso que é preocupante.</p>		
	<p>Todo dia a gente acaba mudando alguma coisa, pra falar para você que está 100% não é verdade. Não recebemos nada da Secretária para atendimento específico da gestante, apesar que elas chegam, confirmam a suas consultas e já vão para o consultório, as consultas são agendadas a cada 20 ou 30 minutos. Elas não ficam mais na sala de espera, ou quando ficam, por um período muito curto.</p>		<p>MUDANÇAS GERADAS PELA PANDEMIA DESCASO DA GESTÃO RESPONSABILIDADE ENGAJAMENTO</p>

6.2 Fase de Aprofundamento

“Este foi um aprendizado longo, que implicou em uma caminhada, nem toda vez fácil, quase sempre sofrida, até que me convencesse de que, ainda quando minha tese e minha proposta fossem certas e em torno delas eu não tivesse dúvida, era imperioso, primeiro, saber se elas coincidiam com a leitura de mundo dos grupos ou da classe social a quem falava (*enfermeiros*); segundo, se impunha a mim estar mais ou menos a par, familiarizado, com sua leitura de mundo, pois que, somente a partir do saber nela contido ou nela implícito me seria possível discutir a minha leitura de mundo, que igualmente guarda e se funda num outro tipo de saber” (FREIRE, 2021, p.34).

Nesta fase foi delimitada a UBS Cidade Aracy para seguir com a pesquisa. Neste momento, a unidade contava com 2 enfermeiras. Todas foram convidadas e foi decidido que as 2 enfermeiras fariam parte desta etapa. Foi realizada uma nova roda de conversa integrando a supervisora da UBS Cidade Aracy (não é enfermeira) e as enfermeiras que atuavam na assistência pré-natal.

O motivo para esta roda de conversa foi a atuação do enfermeiro no cuidado à gestante na UBS.

Esta roda de conversa permitiu identificar pontos importantes para a realização do nosso estudo como: a visão da gestão da unidade em relação às atribuições do enfermeiro, os medos e inquietudes desse profissional em assumir a assistência pré-natal de baixo risco, a necessidade de maior valorização deste profissional pela gestão do Município, por meio de respaldos como: elaboração de protocolos que assegurassem o pré-natal realizado pelo enfermeiro (com pactuação para pedido de exames e prescrição de medicações protocoladas pelo Ministério da Saúde), de forma a fomentar a autonomia e legitimidade desse cuidado; necessidade de capacitação desse profissional para de fato conseguir realizar uma assistência pré-natal de qualidade e por fim, a especificidade de ser enfermeiro no bairro Cidade de Aracy, com uma população carente não só de dinheiro, mas de respeito e cidadania.

Esta roda de conversa reforçou a posição crítica da autora desta tese em relação ao processo de construção de políticas e cuidados na Gestão em Saúde de São Carlos, que ignora o diálogo, que não é capaz de ouvir quem de fato gesta o cuidado dessas mulheres nesse momento importante de suas vidas.

Assim que os sujeitos da pesquisa aceitaram não só a participação nesta tese, mas a construção dela, em busca de uma melhor assistência pré-natal. Foram então definidos quais dados e como eles seriam coletados para compreender o processo de trabalho do enfermeiro em relação ao cuidado à gestante.

Em um primeiro momento, a pesquisadora acompanhou por 3 meses, de março a junho de 2021, as consultas de pré-natal realizadas pelas participantes. Eram agendadas 3 gestantes de segundas e quintas-feiras à tarde para a primeira consulta, todas as pacientes eram informadas da pesquisa e autorizaram a presença da pesquisadora. Foram realizados 38 acompanhamentos com auxílio dos princípios da observação participantes, permitindo que a pesquisadora e participantes dialogassem sobre o atendimento realizado, o que foi um importante momento de reflexão da prática. Todas as impressões e falas dos participantes foram registradas nas Notas de Campo.

Quadro 2: Notas de Campos e Comentários sobre os atendimentos Pré-natais realizados na UBS Cidade Aracy

NOTAS DE CAMPO	COMENTÁRIOS DO PESQUISADOR	TEMAS
<p><i>As consultas para abertura de pré-natal eram agendadas de segunda e quintas-feiras das 13:30 às 14:30 horas, com vaga para 3 gestantes, todas eram agendadas às 13:30 e antes dos atendimentos com a Enfermeira passavam na pré-consulta com as técnicas de enfermagem onde eram realizados o teste de urina para gravidez, caso ela não tenha, aferição de pressão arterial, peso e altura.</i></p>	<p>Assim como na consulta médica todas as gestantes eram agendadas no mesmo horário e por ordem de chegada, geralmente elas chegavam antes das 13:30 horas e a última a ser atendida, aguardava até 2 horas para atendimento. Ao questionar as participantes sobre essa forma de agendamento elas responderam que as gestantes faltam muito, assim elas não ficam paradas entre uma gestante e outra. Mas nos 3 meses que acompanhei, dos 38 atendimentos, só tivemos 9 faltas, que equivale a menos de 1/3 de absenteísmo.</p> <p>Nos atendimentos, as enfermeiras não realizam nenhum exame físico na gestante (não aferir sinais vitais, não mediam altura uterina (AU) e não realizavam ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) nas gestantes com idade gestacional maior de 12 semanas).</p>	<p>PN: NÃO ME PERTENCE DIFICULDADE DE ACESSO DA GESTANTE A ASSISTÊNCIA PN PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL CENTRADA NO SERVIÇO.</p>
<p>Principais questionamentos das gestantes na abertura do pré-natal: <i>“Tem ginecologista? Quem realizará o meu pré-natal? Passarei novamente com você? Posso pintar meu cabelo? Você pode me dar atestado? Posso trabalhar gestante na pandemia? Tenho um filho que ainda mama no peito, posso amamentar gestante? Quando vou ouvir o bebê? Quando</i></p>	<p>Os únicos questionamentos respondidos pelos participantes foram sobre a presença do ginecologista na unidade, que seria ele que faria o pré-natal e a impossibilidade de fornecer atestado (que somente o médico), dado que o enfermeiro somente poderia fornecer declaração de comparecimento. Para os demais questionados, as gestantes foram orientadas a realizá-los na consulta</p>	<p>PN: NÃO ME PERTENCE NÃO RESPONSABILIZAÇÃO</p>

<p><i>consigo saber o sexo do bebê?”</i></p>	<p>médica. Questionei se os participantes sabiam a resposta das questões feitas pelas gestantes e ambos responderam que sim, mas que acham melhor o médico orientá-las, pois: “<i>se tiver algum problema foi o médico quem disse, sabe como é</i>”</p>	
<p>Orientações realizadas pelo enfermeiro na abertura de pré-natal: <i>Que o pré-natal será realizado pelo médico e data da próxima consulta, como usar o ácido fólico e sua importância, doenças detectadas no teste rápido, tratamento do resultado positivo de sífilis e importância de tratar o parceiro, andar com a caderneta de gestante, ligar na maternidade para agendar a visita no projeto vincular para conhecer a maternidade, as vacinas que a gestante tem que tomar durante o pré-natal e que qualquer intercorrência procurar a Unidade durante o dia de segunda a sexta-feira e a maternidade à noite ou finais de semana.</i></p>	<p>No atendimento, os participantes ficavam focados no preenchimento da caderneta de gestante, das solicitações de exames, da ficha clínica do pré-natal e na realização do teste rápido, oferecendo pouca abertura para o diálogo. O único momento que as participantes faziam questionamento às gestantes era ao final da consulta, quando perguntavam se ela tinha alguma dúvida, momento em que entregavam os formulários e caderneta da gestante, às vezes, quando todos já estavam de pé a caminho da porta.</p>	<p>ORIENTAÇÃO PROTOCOLAR FALTA DE DIÁLOGO</p>
<p><i>As consultas foram todas realizadas num consultório ginecológico com balança para adultos, fita métrica, esfigmomanômetro, estetoscópio e sonar.</i></p>	<p>Duas gestantes referiram que achavam que a barriga estava muito grande para o início da gestação e 6 iniciaram o pré-natal com mais de 12 semanas de acordo com a DUM (data da última menstruação), mesmo com todos os equipamentos e recursos para realizar a altura uterina e auscultar o BCF, nenhum participante se propôs a realizar tais procedimentos.</p> <p>Ao serem questionados, uma</p>	<p>PN: NÃO ME PERTENCE NEGLIGÊNCIA NÃO RESPONSABILIZAÇÃO FALTA DE CONHECIMENTO TEÓRICO E PRÁTICO.</p>

	participante relatou que tinha dúvidas na propedêutica, por que há muito tempo não realizava esse tipo de procedimento e o outro que a gestante passaria com o médico no próximo mês e ele a avaliaria, pois se tivesse alguma alteração, no momento, não tinha médico na unidade para discutir o caso e dar alguma conduta. Não houve iniciativa em adiantar a consulta médica ou encaminhar para maternidade, no caso de uma ausência de BCF, por exemplo.	
<i>A média de tempo de atendimento variou de 22 minutos a 48 minutos.</i>	Mesmo com muitos papéis para preencher, a média de tempo de atendimento foi relativamente curta. O tempo não pareceu ser um aspecto dificultador para uma assistência mais dialógica, centrada na gestante e menos burocrática.	TEMPO COMO FACILITADOR E NÃO DIFICULTADOR.

Nessas consultas, foi identificado que o enfermeiro não faz assistência pré-natal, e sim, realiza procedimentos burocráticos para abertura e cadastramento da gestante na unidade. Neste momento são preenchidas as cadernetas das gestantes com seus dados pessoais, solicitados os exames do primeiro trimestre e testes rápidos. A maioria das dúvidas das mulheres não eram sanadas neste momento, eram orientadas a esperar a consulta médica. No final de cada dia o pesquisador fazia uma conversa com o profissional sobre as suas dificuldades e facilidades e sempre o enfermeiro apontava o protocolo como algo essencial na sua rotina de trabalho e que não se sentia seguro de ir além no cuidado devido à falta de respaldo.

Depois de acompanhamento desses atendimentos, os participantes e pesquisador realizaram uma nova roda de conversa para um retorno das impressões de ambas as partes e o início da construção de um novo caminho. Nessa roda de conversa o mote foi: como de fato mudar a assistência pré-natal do enfermeiro com as ferramentas da nossa governabilidade, já que o protocolo está além da governabilidade desse grupo?

A roda de conversa elucidou os sentimentos dos enfermeiros, pela primeira vez eles falaram claramente que não viam a assistência pré-natal como sua atribuição e que não queriam assumir a assistência no pré-natal de baixo risco, nem intercalar consultas com os médicos. Queriam fazer algo que realmente fosse deles, sem necessidade de outros profissionais para continuidade ou validação. Relataram suas angústias de atuar numa área

tão vulnerável do Município, do sofrimento do dia a dia de ver a miséria das mulheres que vem às consultas, com inúmeros filhos sem perspectiva de mudança.

Depois de muita reflexão os enfermeiros propuseram um grupo educativo com as gestantes, que fosse realizado por eles, mas organizado por toda a equipe, desde a elaboração de convites, alimentos a serem servidos durante o grupo, até encaminhamentos que grupo pudesse gerar aos demais profissionais. Pela primeira vez, o que estudo deixou, de fato, de ser do pesquisador e para ser de todos os envolvidos. “A inserção de pessoas da academia em outras comunidades significa, de um lado, juntar-se a ela, tomar parte da sua vida e de outro, ser por ela admitido. Isto não significa se deixar anular, desfigurando seu papel e sua identidade, mas os enriquecendo e diversificando” (OLIVEIRA, 2003, p.19).

6.3 Fase de Ação: GRUPOS DE GESTANTES

“Era como se, de repente, rompendo a ‘cultura do silêncio’, descobrissem que não apenas podiam falar, mas, também, que seu discurso crítico sobre o mundo, seu mundo, era uma forma de refazê-lo. Era como se começassem a perceber que o desenvolvimento de sua linguagem, dando-se em torno da análise de sua realidade, terminasse por mostrar-lhe que o mundo mais bonito e que aspiravam estava sendo anunciado, de certa forma antecipado, na sua imaginação. E não vai nisso nenhum idealismo. A imaginação e a conjectura em torno do mundo diferente do da opressão são tão necessárias aos sujeitos históricos e transformadores da realidade para sua práxis quanto necessariamente fazem parte do trabalho humano que o operário tenha antes na cabeça o desenho, a ‘conjectura’ do que fazer.” (FREIRE, 2021, p. 56)

Planejamento da Intervenção

Em função das diversas mudanças que o processo de trabalho das Equipe da Atenção Básica sofreu devido a pandemia e a fragilidade da Gestão em compreender a assistência Pré-natal como uma das prioridades do cuidado humano, foram estabelecidas algumas diretrizes que envolviam o grupo educativo, para superar os limites impostos nesse contexto. Foram eles:

- Envolvimento da equipe – embora se considere a assistência pré-natal o atendimento médico e de enfermagem propriamente dito, essa gestante deve ser acolhida por todos na unidade, desde a recepção, pelos auxiliares administrativos que acessam o prontuário e atualiza os dados, até as auxiliares de enfermagem que realizam as vacinas. O grupo educativo deveria ter a colaboração, a compreensão e a construção de todos da equipe;
- Possibilidade de continuidade – a proposta é que sendo uma construção coletiva da equipe, do pesquisador e das gestantes, ao final desta tese o grupo possa permanecer;
- Interesse da gestante – nenhuma proposta por mais promissora que possa parecer deve desconsiderar essa diretriz, dado que sem gestantes não há grupo. Este espaço deve priorizar suas necessidades e fazer sentido a elas.
- Comunicação com a Gestão Municipal – esta diretriz compreende a importância de um canal de comunicação aberto com a gestão Municipal, para que problemas identificados pela equipe pudessem, pelo menos, ser discutidos com gestores dispostos a investir em mudanças.
- Parcerias – necessidade de parceiros para continuidade dos grupos, já que a Unidade recebe semestralmente inúmeras instituições de ensino para estágios curriculares e extracurriculares.

Pautando nestas diretrizes, o trabalho desenvolvido na Unidade Básica de Saúde Cidade Aracy, no final de 2021 e meados de 2022 teve como principal objetivo a qualificação da assistência de enfermagem no pré-natal em tempos de pandemia, por meio da construção coletiva de grupos educativos com enfoque no compartilhamento de conhecimentos técnicos e dos direitos das gestantes e puérperas.

Visando priorizar as necessidades das gestantes, a qualificação dos enfermeiros, o diálogo e a troca de conhecimento, todos os temas que foram abordados nos grupos foram escolhidos pelos participantes os envolvidos (pesquisadora, enfermeiras e gestantes).

Antes de cada grupo eram realizados encontros entre a pesquisadora e as enfermeiras para aprofundamento teórico e prático do tema do próximo grupo. Nesse momento, as participantes traziam o conhecimento prévio sobre o assunto, suas experiências, tanto profissional quanto pessoal, em seguida a pesquisadora compartilhava artigos científicos, portarias e cadernos do Ministério para a construção da melhor evidência visando a troca de conhecimento com as gestantes.

Esses encontros com as enfermeiras duraram em média uma hora e 30 minutos e sempre ocorriam no período da tarde, horário de menor demanda na Unidade Básica de Saúde da Cidade Aracy e uma semana antes do Grupo.

Os grupos eram agendados na primeira sexta-feira do mês, na sala de reunião da UBS, com duração de no máximo uma hora e trinta minutos, a partir das 14 horas. Eram convidadas todas as gestantes cadastradas na Unidade Básica de Saúde, através de convite impresso que era anexado a sua caderneta e a cada atendimento na Unidade a equipe reforçava a importância da participação no grupo. Vale ressaltar que estas estratégias de motivação para a gestante participar foram decididas pela equipe. Durante o desenvolvimento dos encontros também houve a presença de gestantes de outras unidades próximas da UBS e acompanhadas pela Confederação Nacional das Cooperativas Médicas (UNIMED), convidadas pelas próprias gestantes. Por fim, tivemos no grupo 15 mulheres acompanhadas pelo SUS e pelo convênio, com faixa etária entre 14 a 38 anos, que estavam no primeiro até o terceiro trimestre de gestação. Foi garantido a todas o atestado médico referente ao dia do grupo e anotado na sua caderneta o tema abordado.

O primeiro grupo ocorreu em dezembro de 2021 e o último grupo com a participação da pesquisadora em outubro de 2022, todos os encontros foram gravados, com o consentimento de todas as participantes e em cada encontro que comparecia uma nova gestante, a pesquisadora explicava os objetivos do presente estudo e o motivo da gravação. Foram nove encontros onde dialogamos sobre os seguintes temas: Pré-natal (medos, expectativas e indicações dos exames), Parto, Violência Obstétrica, Plano de Parto, Laqueadura e Vasectomia e Direitos da Gestantes. O tema parto foi abordado em três encontros e Plano de Parto em dois, pois foi construído o plano de parto de todas as gestantes do grupo.

Durante a realização do grupo educativo a Unidade de Saúde Cidade Aracy estava sem nenhum ginecologista e todas as gestantes eram atendidas na maternidade ou no Hospital Escola, sendo assim, além do grupo ser um espaço de troca de conhecimento, de possibilidade de abordar temas que não são discutidos na consulta médica de pré-natal, foi também o único espaço de vínculo da gestante com esse serviço. As falas a seguir das enfermeiras retratam os temas VÍNCULO e TROCA DE CONHECIMENTO.

“A nossa intenção é criar mesmo um espaço onde vocês se sintam à vontade para tirar dúvidas (...). Numa palavra esse grupo significa vínculo, porque é isso que a gente busca, é vinculação mesmo, enquanto serviço de saúde nossa intenção é ser uma rede de apoio para vocês, eu sei que é um momento que muitas vezes a gente se sente sozinha. Acho que a gestante tem muito isso de se sentir sozinha, então a gente está aqui, não só como serviço de saúde, mas para ser apoio mesmo pra tudo que vocês precisarem” (E1).

“Proporcionar conhecimento, essa troca de conhecimento, porque ninguém sabe tudo, a gente também não sabe. As coisas mudam a todo momento, hoje a gente tem direito a ter alguém na hora do parto, mas amanhã a gente pode mudar tudo isso, a gente nunca sabe, mas é bom a gente estar sempre estudando, atualizando o nosso conhecimento para passar para vocês, para as pessoas e vocês para passar pra um vizinho, pra uma amiga, porque na hora do sufoco, do aperto, uma mão amiga ela sempre ajuda” (E2).

No primeiro encontro as gestantes definiram em uma palavra a assistência pré-natal e as duas palavras que mais apareceram foram “cuidado e medo”, cuidado porque durante os nove meses elas são assistidas mensalmente em atendimento médico e medo dos exames, se a criança nascerá perfeita e do parto. As gestantes relataram que não têm conhecimento da necessidade e do significado de todos os exames solicitados no pré-natal, o que é normal e o que tem que ser tratado, o que as deixavam com mais medo. As falas a seguir retratam este sentimento.

“Eu senti um pouco de medo. Ai, tenho medo dos exames de ter que tirar sangue, injeção, não gosto, tenho pavor” (GG1).

“Logo na primeira consulta a enfermeira já fura o nosso dedo e depois ainda pede um monte de exame que eu nem sei pra que. No primeiro dia eu suava assim, mas sei que é pro nosso bem e pro bem do bebê. (...), mas fui ao médico sem os exames e ele acabou comigo, falou se meu bebê nasce doente a culpa era minha” (GG2).

Para abordar esse tema com as gestantes, a pesquisadora, junto com as enfermeiras realizaram uma discussão sobre todos os exames que são preconizados na assistência pré-natal pelo Ministério da Saúde e utilizaram como referência o “Caderno de Atenção Básica: Pré-natal de baixo risco” (BRASIL, 2012) e a “Portaria da Rede Cegonha” (BRASIL, 2011)

No encontro E2 não sabia quais eram os exames solicitados na primeira consulta de pré-natal e se justificou referindo que estava na unidade há 2 meses e na outra unidade que trabalhava não realizava pré-natal. E2 tinha conhecimento dos exames, mas ao ser questionada dos valores de normalidade e conduta se apresentarem alguma alteração no resultado, respondeu que o resultado é visto pelo médico, pois o tratamento é sempre uma conduta médica. (Nota de Campo 1)

Vale ressaltar que os primeiros exames da assistência pré-natal na UBS Cidade Aracy sempre são solicitados pelas enfermeiras, pois são elas que fazem a primeira consulta da gestante, chamada de abertura do pré-natal e também são elas que realizam o teste rápido nas gestantes nesse atendimento e também no 3º trimestre de gestação, sendo responsável, inclusive pela divulgação do resultado do teste à gestante dado que é da responsabilidade de quem o realizou. O desconhecimento dos valores de referência e do tratamento das doenças detectadas nesses exames podem interferir diretamente na qualidade da assistência. A preparação do grupo que funcionou como um grupo de estudos para as enfermeiras, proporcionou RESPONSABILIDADE e AUTONOMIA, dado que munidas do conhecimento adquiriram mais segurança na tomada de decisão.

Ao final desse encontro ambas as enfermeiras (E1 e E2) relataram estarem mais seguras para abrir os exames caso seja necessário, pois agora sabem os valores de referências e a conduta necessária para cada

alteração e mesmo algumas condutas sendo somente do médico é importante saber para orientar a gestante. (Nota de Campo 2)

Não só o desconhecimento dos profissionais em relação aos exames de acompanhamento recomendados pelo Ministério de Saúde, mas também ficaram evidentes relatos de gestantes e profissionais que retratam a falta de humanização do cuidado, o despreparo de profissionais e alunos para realização da assistência pré-natal e a violência obstétrica, o que gerou temas que perpassaram todos os grupos. A dificuldade do Município em garantir a atenção ao pré-natal de baixo risco na atenção básica devido a falta do ginecologista e a não atuação do enfermeiro na assistência intensificam ainda mais essas questões.

“O atendimento da Santa Casa é completamente diferente do Hospital Escola, porque da Santa Casa vocês vai lá e parece que eles não sabem, porque lá é tudo estudante, no Hospital Escola também é estudante, mas é diferente da Santa Casa, a última consulta que eu tive na Santa Casa eles nem mediram a minha barriga, a menina que veio ver a minha barriga ela falou assim: Ah você está com uma celulite na barriga. Era uma veia verde, a barriga vai crescendo e as veias vão aparecendo. Ainda a médica que estava atrás ainda fez assim (sinal de negativo). Aí ela falou assim: Oh, a partir do mês que vem você vai passar no Hospital Escola que é Alto Risco. Não explicaram nada, só falaram isso. Aí que eu cheguei lá no Hospital Escola que eles foram explicar o porquê” (GG1).

“Eu fui na Maternidade e eles apertaram bastante a minha barriga e era estagiário parece. Apertaram muito aqui em baixo. E a médica foi super grossa, sem educação sabe? (GG3)

“Eu pedi licença, porque eu tenho vergonha. Eu falei assim: Você pode tirar pelo menos uns da sala? Ela nem ligou. Porque muitos alunos constroem a gente. Ela disse: Não! Porque vocês são estagiários, vocês têm que ficar aqui. Eles respeitaram quando eu pedi, eles foram atrás da cortina, mas ela disse: Não, vocês têm que voltar aqui, porque vocês são estagiários e vocês tem que ver. Aí eles ficaram todos lá vendo eu ser tocada.” (GG4).

“Quando eu fui ter bebê eu tive uma plateia assim” (GG5).

“Quando eu fui no mês passado na maternidade, tantos estagiários apertaram a minha barriga que eu fiquei com dor uma semana e quando fui reclamar a médica falou que eu já aguentei coisa pior na vida” (GG6).

Os relatos de violência obstétrica das gestantes estavam de acordo com os sentimentos de angústia, sofrimento e impotência das enfermeiras que confirmavam estas situações no atendimento das puérperas que retornavam ao atendimento na Unidade e relataram a desumanização e violência que foram vítimas na maternidade. As enfermeiras reconhecem o sofrimento das gestantes pois o DIÁLOGO proporcionado nos espaços de atendimento, em especial no grupo educativo permitem que as gestantes possam se expressar.

“Elas chegam aqui para consulta puerperal ou para tirarem os pontos e falando que o parto foi horrível, reclamam do número de alunos. Teve uma que falou que tinha mais de 10 pessoas vendo ela ter o bebê, que até a faxineira entrou pra ver o bebê nascer (...) Outra coisa que me chamou a atenção é que várias gestantes falaram que tiveram hemorragia e que doeu muito pra placenta sair” (E1).

“A gente nem sabe o que falar, já falamos para G. (supervisora da Unidade) comentar nas reuniões na secretaria. Não está certo elas irem na maternidade fazer pré-natal, ainda ficam lá sem comer a manhã inteira, com um monte de alunos na hora do exame e depois acontece isso no parto (E2)

Segundo Aguiar (2013), condutas violentas como uso de jargões pejorativos, ameaças, negligência no manejo da dor e atos de repressão a gestantes fazem parte do cotidiano da assistência em maternidades e muitas vezes são até consensuais entre os profissionais, transformando a violência em atos “necessários ao cuidado”. A autora ainda relata que o silêncio da vítima só potencializa essa banalização social da violência obstétrica.

O tema violência obstétrica gerou a necessidade de estabelecer estratégias para lidar com isso. Uma delas (pactuada entre as enfermeiras e a pesquisadora) foi abordar os temas: plano de parto, violência obstétrica e direitos das gestantes como ferramentas de proteção, construção de autonomia e protagonismo para essas mulheres, além de buscar um diálogo com a Secretária de Saúde e a Maternidade.

As enfermeiras não têm nenhum conhecimento da existência do plano de parto e nem como construí-lo com as mulheres. Sabem dos direitos básicos das gestantes, como licença maternidade e presença de acompanhante na hora do parto. Demais informações sobre direitos relacionados à presença de doulas, aleitamento materno, direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, auxílios nos benefícios oferecidos pelo governo são de total desconhecimento das participantes do estudo (Nota de campo 2).

“Isso é muito triste, atendemos numa área muito carente e ninguém informa essas mulheres que elas podem ganhar mais no Bolsa Família se estiverem grávidas (...). Nunca falei de doula, porque elas aqui não têm dinheiro nem pra comer. Como vão contratar uma doula? Agora a gente ficou sabendo que tem esse serviço voluntário na maternidade, eu só sabia do Projeto Vincular⁶. A gente até dava o telefone pra elas agendarem a visita, mas nem sei se tá tendo com a pandemia” (E1).

Da mesma forma como foi construído o conhecimento sobre os exames pré-natais, os temas acima foram dialogados com as enfermeiras e ao buscar um referencial teórico sobre plano de parto, as enfermeiras e pesquisadora realizaram leitura do artigo “Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer” (SANTOS, 2019) “Diretrizes Nacionais de Assistências ao Parto Normal” (BRASIL, 2022) e Plano de Parto construído no Município de São Carlos em parceria da Maternidade e o Programa de Educação pelo Trabalho da Universidade Federal de São Carlos (ANEXO D).

“O plano de parto é um documento, de caráter legal, escrito pelas mulheres grávidas após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez. O plano de parto é o eixo da relação clínica estabelecida entre as mulheres grávidas e o profissional e pode servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo” (SANTOS, et al. 2019, p.2).

Após a discussão do que é um plano de parto e seu objetivo, foi realizado com todas as gestantes do grupo a construção do seu plano de parto, foi orientado que discutissem com o seu obstetra e entregassem uma cópia na maternidade, além de anexá-lo a sua caderneta de gestante. Portanto, o processo de construção do conhecimento gerou a esperança nestas gestantes de que, munidas de seu plano de parto, tivessem seus direitos garantidos no momento do parto. As enfermeiras reforçaram a importância das gestantes deixarem claro seu descontentamento com o atendimento realizado no pré-natal, para que o profissional de saúde não declare desconhecimento do fato.

Para discussão sobre violência obstétrica foi utilizado com referencial teórico o artigo de Aguiar (2013), o filme Renascimento do Parto e os documentários Profissão Repórter Violência Obstétrica e Parto Humanizado (12/12/2018) e Profissão Repórter extra: Mulher relata violência obstétrica.

“Também sofri violência, sofri violência na hora do parto, mas diferente. Como sou enfermeira todo mundo falava que eu tinha que ter normal, fiquei mal, me achei péssima, mas não falei nada pra ninguém, mas nas minhas consultas o meu ginecologista nunca me encorajou a ter parto normal, sendo enfermeira sei que é melhor, mas confesso que tenho medo e ele nunca falou o contrário. Aqui, se a gestante fala que quer

⁶ O Projeto Vincular é uma visita monitorada para gestantes e familiares pela Maternidade de São Carlos, em parceria com a Universidade Federal de São Carlos, para que possam conhecer o ambiente que ocorrerá o parto.

ter normal eu encorajo, falo dos benefícios. Mas se ela fala que quer cesárea não falo do parto normal, eu respeito” (E2).

“É que na hora do parto a gestante nem percebe que é violência, acho que só cai a ficha depois, tem muita gestante que me fala como foi a parto, que deixaram ela sozinha, que a médica subiu na sua barriga, eu vejo aquela episio enorme e a pessoa nem percebeu que sofreu violência” (E1).

“Às vezes eu falo: “Nossa como seu parto foi difícil!”, mas não falo que ela sofreu violência, porque elas já estão sofrendo, ela pode até ficar pior” (E1).

O parto foi o tema mais solicitado pelas gestantes devido à ansiedade, medo, mitos e simbolismo que o norteia, ao todo foram 3 encontros para discutir parto.

No grupo de estudos com as enfermeiras, a pesquisadora usou como disparador as vivências de parto das participantes, tanto pessoais quanto profissionais. Como referencial teórico foram utilizados os filmes “Renascimento do Parto I e II” e os vídeos “Papo de Parto: Fases do Parto 1 – Pródromos, Fase do Parto 2 – Latente e Ativa, Fase do Parto 3 – Transição, Fases do Parto 4 – Expulsivo”, “Como começa o trabalho de Parto? - A Verdade” e “Dor do Parto: 5 dicas para lidar com ela”.

Durante o grupo com as participantes foi possível detectar que elas não tinham nenhuma experiência profissional com o parto, a não ser a experiência vivenciada na academia, enquanto discente e assim como para as gestantes, para elas o parto também é um tema que causa muita ansiedade e medo.

“Eu fiz um parto quando era aluna, mas foi muito rápido, porque a gestante já chegou parindo” (E1).

“A minha experiência de parto é a minha, que não foi muito boa e da faculdade que vi duas cesáreas” (E2).

As gestantes também solicitaram falar de métodos contraceptivos, especificamente de laqueadura e Vasectomia, somente 2 gestantes estavam na sua primeira gestação, as demais eram multíparas, o que justifica a curiosidade por tais temas.

Para elaboração desse encontro as enfermeiras e pesquisadoras utilizaram o Caderno de Atenção Básica: Saúde Sexual e Reprodutiva (BRASIL, 2013) e o Kit Educativo Semina.

Quadro 3: Na fase de Ação foi possível identificar novos e velhos temas para construção das categorias analíticas como

DIÁLOGO
TROCA DE CONHECIMENTO
VÍNCULO
RESPONSABILIDADE
AUTONOMIA
CONSTRUÇÃO
ESPERANÇA

6.4 Fase de Avaliação

Fase final da pesquisa, teve como objetivo avaliar o impacto da ação na qualificação da assistência de enfermagem no pré-natal e o resgate do conhecimento produzido durante o estudo. Conforme descrito na metodologia, foram utilizados os aspectos propostos por Thiollent (1997) em forma de tabela.

Quadro 4: Avaliação da Fase de Ação segundo Thiollent.

Aspectos para avaliação propostos por Thiollent	Avaliação da Ação	Falas das participantes em relação a Ação (Enfermeiras e Gestantes) e Notas de Campo	Temas
Pontos Estratégicos	A ação foi construída conjuntamente com a pesquisadora e com os participantes, a partir das necessidades apontadas pelas enfermeiras.	<p><i>As enfermeiras não se sentem responsáveis pela consulta de pré-natal, relatam a falta de protocolo, descaso da gestão e falta de tempo como dificultadores para atuação e qualificação da assistência pré-natal dos enfermeiros (Nota de campo).</i></p> <p><i>As enfermeiras, junto com a supervisora da Unidade propuseram um grupo de gestante, espaço que possibilitasse vínculo e diálogo, qualificando a assistência. (Nota de campo)</i></p>	O PRÉ-NATAL NÃO NOS PERTENCE
Capacidade de Mobilização e de proposta	O grupo mobilizou toda equipe da Unidade, desde os auxiliares administrativos, responsáveis por convidar as gestantes, auxiliares de enfermagem, que durante os procedimentos de pós consultas e vacinação reforçavam a importância	<i>Quando cheguei na Unidade toda a equipe estava ansiosa para realização do grupo, a sala estava pronta para receber umas 15 gestantes, a mesa posta com um lanche, tinha cartazes por toda unidade convidando as gestantes</i>	GRUPO ME PERTENCE ENVOLVIMENTO PERTENCIMENTO

	<p>da participação, da nutricionista que auxiliava na elaboração do lanche, auxiliares de serviços gerais que preparavam o espaço onde era realizado o grupo e os médicos (clínicos gerais) que forneciam os atestados para gestantes que participassem do grupo.</p>	<p><i>para grupo. (Nota de campo).</i></p> <p><i>“Você sabe que eu gosto de grupo, sempre quis fazer um grupo de gestante, gosto de falar, de ouvir a história delas e acho que elas gostaram de participar, eu aprendi muito, coisas que mudam e que a gente não tem tempo de acompanhar com a correria do dia a dia, foi muito bom” (E1).</i></p>	
Continuidade do Projeto	<p>O grupo foi pensado no melhor horário para todos os participantes e com apoio da gestão da Unidade.</p>	<p><i>“Nesse final de ano faremos uma pausa, porque dezembro é um mês difícil, eu estarei de férias e a outra enfermeira é nova, você sabe que E2 foi para o CAPS. Agora estou sozinha para realizar o grupo” (E1).</i></p>	<p>DIFICULDADES DE CONTINUIDADE DO GRUPO</p>
Participação	<p>Foram 9 grupos, com a participação de 15 gestantes.</p>	<p><i>“Eu achei diferente, porque nas minhas duas gestações eu nunca participei de nenhum encontro assim e eu gostei” (GG1).</i></p> <p><i>“Eu também achei diferente e interessante também e nunca tinha visto isso também, no SUS é difícil ter essas</i></p>	<p>RECONHECIMENTO NOVIDADE</p>

		<i>coisas” (GG2).</i>	
Qualidade do trabalho em Equipe	Envolvimento da equipe na organização do grupo.	<p><i>“Que bom que elas vieram, nós convidamos umas 20 gestantes e ficamos com medo de não vir ninguém, mas espalhamos cartazes, ligamos para todas que tinham telefone e saímos catando as gestantes pela unidade. Agora sem ginecologista é importante esse espaço para elas” (Auxiliar administrativo).</i></p> <p><i>“Não consigo estar presente em todos os grupos, porque fico em outras unidades também e pode ser que no dia do grupo esteja em outra unidade, mas sempre que precisar é só me avisar antes que eu me organizo e que participar” (nutricionista).</i></p>	<p>ENVOLVIMENTO</p> <p>ENGAJAMENTO</p> <p>PARTICIPAÇÃO</p>
Efetividade das atividades de formação	Foram 9 encontros com as enfermeiras participantes para busca das melhores evidências científicas sobre os temas escolhidos no grupo.	<i>“As coisas mudam a todo tempo, hoje é assim e amanhã não é mais, quando tive minha filha ninguém me falou de plano de parto e na secretaria todo mundo fica quieto, também nem sei se eles sabem de tudo isso, acho que teria que</i>	<p>CONSTRUÇÃO E TROCA DE CONHECIMENTO</p>

		<i>fazer encontros assim para todas as enfermeiras, uma reciclagem de tempos em tempos” (E2).</i>	
Conhecimento e Informação	Foram abordados 5 temas: Pré-natal, Parto, Violência obstétrica, Vasectomia e Laqueadura e Direitos das gestantes.		
Comunicação	A base da realização dos grupos foi o diálogo	<p>“Vocês vão trazer as dúvidas que mais tem na cabeça, tanto na realização do pré-natal, quanto das questões do Parto” (E2).</p> <p>“Vocês passarão uma vez por mês e a ideia é vocês terem um ambiente protegido para tirar as dúvidas que vocês não conseguem na consulta médica” (E1).</p> <p>“Ninguém sabe tudo, nem a gente sabe tudo, mas o que a gente não souber vamos aprender juntas com a ajuda da A. (pesquisadora)” (E2).</p>	DIÁLOGO TROCA DE CONHECIMENTO
Atividade de Apoio	Houve apoio de todos os componentes da equipe desde a recepção até a equipe médica		

A partir do processo de organização dos dados em tabelas e da narrativa das etapas de ação e avaliação, os temas foram agrupados, o que culminou nas categorias analíticas, de forma a evidenciar todas as etapas da pesquisa ação, conforme Tabela 1.

Tabela 1: Construção das categorias analíticas a partir dos temas gerados de cada etapa

Categoria Analítica	Temas
Limites e potencialidades da assistência pré-natal para o/a enfermeiro/a: grupo educativo	Limites PN: não me pertence (não se trata de falta de conhecimento/falta de disposição para realizar o PN) Falta de autonomia Falta do protocolo Falta de diálogo (tempo como facilitador e não dificultador) Não responsabilização Negligência Alta demanda Processo de trabalho ineficaz para assistência Apropriação do médico Falta de comprometimento da equipe (mais preocupação com o serviço do que com a gestante/ assistência centrada no serviço) Orientação de enfermagem protocolar Dificuldades de continuidade do grupo
	Potencialidades Interesse da enfermeira (realização do PN de baixo risco pelo enfermeiro/autonomia/credibilidade/trabalho em parceira com o médico/experiências exitosas na assistência pré-natal) Preferência da gestante pelo profissional enfermeiro Diálogo Construção e troca de conhecimento Trabalho em equipe Responsabilidade Acolhimento/Vínculo/ Relação de confiança/Pertencimento da gestante à unidade Engajamento Comprometimento do profissional Mudanças na postura médica em relação a violência. Pertencimento Envolvimento Participação Reconhecimento Esperança Grupo me pertence
Descaso da gestão	Descaso da gestão Participação popular Dificuldade de acesso da gestante ao PN Irresponsabilidade
Impactos da pandemia no PN	Pré-natal continua Impactos na natalidade Mudanças na rotina Tempo maior de consulta com facilitador Vulnerabilidade como fator de risco para COVID Banalização da COVID Quebra do direito de ir e vir. Medo da contaminação

Para continuidade da análise visando a discussão deste estudo, foram retomadas as questões de pesquisa que orientaram todo o processo de construção, elencadas as categorias analíticas e alguns tensionamentos conforme descrito no Quadro 5.

Quadro 5: Questões de pesquisa, Categorias analíticas, tensionamentos e os conceitos teórico-metodológicos que embasaram a discussão deste doutoramento.

Questões de Pesquisa	<p>COMO É A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE?</p> <p>QUE MUDANÇAS PODERIAM IMPACTAR NA QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA DO ENFERMEIRO NO PRÉ-NATAL?</p> <p>QUE AÇÕES PODERIAM SER IMPLEMENTADAS PARA VIABILIZAR ESTAS MUDANÇAS?</p>
Categorias Analíticas	<p>LIMITES E POTENCIALIDADES DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PARA O/A ENFERMEIRO/A: GRUPO EDUCATIVO</p> <p>DESCASO DA GESTÃO</p> <p>IMPACTOS DA PANDEMIA NO PN</p>
Tensionamento	<p>PN NÃO ME PERTENCE X GRUPO EDUCATIVO ME PERTENCE</p> <p>QUALIFICAÇÃO X PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ</p>
Conceitos teórico-metodológicos	<p>HERMENÊUTICA DA SAÚDE/PEDAGOGIA DA ESPERANÇA:</p> <p>TROCA, HUMANIZAÇÃO, DIÁLOGO, FUSÃO DE HORIZONTES, COMPREENSÃO DE MUNDO, ESPERANÇA.</p>

7 DISCUSSÃO

Para discussão do presente estudo será abordado com mais profundidade os tensionamentos elencados na fase de análise.

PRÉ-NATAL NÃO ME PERTENCE X GRUPO EDUCATIVO ME PERTENCE

Para compreender o presente tensionamento, no qual as participantes não consideravam o pré-natal pertencente a Assistência de enfermagem fez-se necessário retomar a discussão do conceito de saúde e doença que antecede o que os profissionais entendem como sua atribuição e pertencimento e, de certa forma explica o porquê são assim compreendidos. Os aspectos que sustentam a medicalização da saúde perpassam uma assistência segmentada que não tem a visão da totalidade do paciente e seu contexto, um cuidado excessivamente centrado na doença e não no indivíduo, a pobreza da interação médico-paciente e o fraco compromisso com seu bem-estar o que conduz a despreocupação com a saúde e um cuidado centrado no conceito e manejo da doença (AYRES, 2007).

Na assistência pré-natal não deixe ser diferente. A presente pesquisa e a prática profissional da autora desta tese, evidenciaram que o distanciamento dos enfermeiros da assistência pré-natal está diretamente ligado ao fato que a possibilidade de alguma patologia ou complicação na gestação sobressai a necessidade dessa mulher ser acompanhada nesse processo natural, saudável e fisiológico que é gestar.

Porque viam muitas gestantes com exame de glicemia alterada, exame de urina e urocultura alterada, enfim os problemas que acontece na gestação e às vezes eu precisava do apoio dele para determinar as condutas que são extremamente médicas, prescrição da medicação que são extremamente médicas (E5).

Nesse momento a gente estava fazendo o cuidado, a princípio, há muitas gestantes que não eram de baixo risco, gestante também que já tinham determinadas comorbidades. Foi nesse momento que nós solicitamos ajuda ao DGCA, essas gestantes passaram a ser atendidas pelo Doutor D. no Vila São José (E5).

Os estudos de BITTENCOURT et al. (2020) e Leal et al. (2020) evidenciam que a maioria dos indicadores de saúde utilizados para avaliar a qualidade do cuidado na gestação, parto e pós-parto à mulher e ao recém-nascido estão relacionados a doenças ou complicações durante o período gravídico e puerperal. Considera-se a ausência ou controle de doença para avaliar promoção de saúde.

Para AYRES (2007) o conceito de saúde e doença não são opostos ou faces da mesma moeda. Na sociedade biomédica se dá mais importância a doença do que a saúde, porque a doença está diretamente relacionada às dificuldades que o ser humano tem em superá-las na vida.

“O bom senso contudo, mostra-nos ser fato que, no senso comum, é impossível dissociar as noções de saúde e doença, que uma noção está sempre remetida à outra (...) mas fazer equivaler saúde e doença a situações polares de uma mesma coisa, identificadas segundo uma mesma racionalidade, é tão limitante para adequada compreensão dessas duas construções discursivas e das práticas a elas relacionadas, quanto negar as estreitas relações que guardam uma a outra na vida cotidiana” (AYRES, 2007, p. 44-45).

No discurso biomédico objetivo da assistência à saúde é

“o controle técnico dos obstáculos naturais e sociais a interesse prático de indivíduos e coletividades, tendo como base material o conhecimento e domínio de regularidades causais no organismo (corpo/mente/ meio) e, como forma de validação, uma série bem definida de critérios a priori para controle das incertezas” (AYRES, 2007, p.46).

A Medicina Científica ascendeu após a Revolução Industrial e se ancorou numa visão mecanicista do corpo e numa definição do papel feminino que restringia à mulher como frágil, escrava do lar e, seus órgãos reprodutivos como naturalmente defeituosos. Este modo de ver a mulher teve implicações sobre a prática obstétrica moderna, ao focalizar os partos (e gestações) com complicações, sem considerar os aspectos psicossociais (SPINK, 2003). O desenvolvimento da medicina, a partir de uma ciência, tem suas premissas na imagem do corpo humano como máquina, nos princípios da força e da violência e de seu interesse pelo corpo da mulher como sinônimo de mistério e força selvagem, que necessita ser estudado para ser controlado (ROHDEN, 2003). Desde seu início, a obstetrícia se desenvolveu como uma tecnologia de dominação e controle a partir de uma concepção mecânica do corpo, (da gestação) e do nascimento, visto como um evento violento e não natural (ARNEY, 1982).

Neste sentido, a mulher grávida é uma máquina com defeito que necessita do profissional médico para gestar e parir, transformando a gestação e o parto como um dos momentos de maior incerteza da vida humana. Dessa forma, o pré-natal de fato não pertence às enfermeiras e nem às gestantes. Em várias situações vivenciadas no decorrer da coleta e análise dos dados da presente tese evidenciou o distanciamento das enfermeiras desse pré-natal voltada a controle de doenças como por exemplo: não se responsabilizando pelo resultado dos exames pedido por elas na primeira consulta, não respondendo às dúvidas das gestantes por insegurança, na ausência do ginecologista, mesmo tendo especialização e conhecimento científico para conduzir o pré-natal, optando por acatar a decisão da SMS para enviar essas gestantes para serviços distantes da sua moradia, dificultando assim o acesso.

No entanto, quando o enfermeiro se distancia dessa assistência pré-natal focado no profissional médico e na doença, ele deixa de lutar pela missão da sua profissão que é a arte de cuidar e passa a simplesmente aceitar a realidade de opressão e desvalorização. Segundo Freire (2021)

“os indivíduos expostos à opressão têm enquanto não se assumem a si mesmos, como indivíduos e como classe, enquanto não se comprometem, enquanto não lutam, de negar a verdade que os humilha. Que os humilha precisamente porque introjetam a ideologia dominante que os perfila como incompetente e culpados, autores de seus fracassos cuja *raison d’être* se acha, porém na perversidade do sistema” (FREIRE, 2021, p. 78).

A enfermagem é caracterizada como uma arte, e é uma ciência que tem como objetivo assistir o indivíduo nos seus aspectos biopsicossocial e espiritual, para tanto é necessário que o enfermeiro não domine só o saber-fazer, mas também o saber-ser, saber-conviver e saber-aprender (BARBOSA; GOMES e DIAS, 2011). Assim, na assistência do enfermeiro ao pré-natal espera-se que o profissional procure estabelecer com as mulheres um encontro desses saberes, visando uma assistência integral que vai além do discurso causal-controlista.

Portanto, para mudar de fato a qualidade da assistência do enfermeiro no pré-natal, para promover saúde e posicionar a gestante e recém-nascido no centro da assistência é preciso não só negar o modelo médico tradicional, mas construir uma nova visão, uma reconstrução das práticas, dando mais atenção à saúde do que a doença, humanizando o cuidado, rompendo com a ideologia dominante.

“A discriminação da mulher, expressada e feita pelo discurso machista e encarnada em práticas concretas, é uma forma colonial de tratá-la, incompatível, portanto, com qualquer posição progressista. A superação do discurso machista, como a superação de qualquer discurso autoritário, exige ou nos coloca a necessidade de, concomitantemente com o novo discurso democrático, antidiscriminatório, nos engajarmos em prática também democrática” (FREIRE, 2021, p.94).

Portanto, não basta que as Políticas Públicas como a Rede Cegonha e Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2009, 2011) tenham uma linguagem mais democrática, é necessário que a democracia saia do papel e se transforme em práticas capazes de mudar o mundo.

Para Freire (2021, p. 137), “os sonhos pela humanização, cuja concretização é sempre processo, é sempre devir, passa pela ruptura das amarras reais, concretas de ordem econômica, política, social, ideológica”, que não basta ter conhecimento da necessidade de mudança, mas é necessário quebrar paradigmas, mobilizar a sociedade. “A libertação dos indivíduos só ganha profunda significação quando se alcança a transformação da sociedade” (FREIRE, 2021, p. 143).

Para a construção de ações que almejam atingir os objetivos deste estudo, fez-se necessário considerar uma nova visão e conceito de saúde, uma saúde que é muito mais que o oposto de doença ou controle do incerto.

“Saúde não se refere a regularidades dadas que nos permitem definir um modo de fazer algo, mas diz respeito à própria busca de algo a fazer. Estamos sempre em movimento, em transformação, em devir, e porque somos finitos no tempo e no espaço e não temos possibilidade de compreensão da totalidade de nossa existência, individual ou coletiva, é que estamos sempre, a partir de cada nova experiência vivida, em contato com o desconhecido e buscando reconstruir o sentido de nossas experiências. O contínuo e inexorável contato com novo desacomoda-nos e reacomoda-nos ininterruptamente no modo como compreendemos a nós mesmos, nosso mundo e nossas relações” (AYRES, 2007, p. 50).

Na busca de pertencimento do enfermeiro à assistência pré-natal compreende-se que no cuidado a gestante não se trata somente de encontrar os meios almejados, mas decidir, diante das necessidades e possibilidades postas, quais fins almejar e quais meios escolher. A experiência da saúde, assim como a experiência de gestar com saúde envolve a construção compartilhada de nossas ideias de bem viver, portanto não é pela construção de objetos/objetividades, mas pela configuração de sujeitos/subjetividades (AYRES, 2001).

A construção e execução de um grupo de gestante como um espaço de troca e diálogo permitiu não somente valorizar o conhecimento técnico-científico do profissional, mas as experiências e conhecimentos do usuário. Neste sentido, a perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado concebida por Ayres (2001, 2007) vem de encontro a estes anseios.

“A perspectiva hermenêutica no modo de operar o cuidado implica assumir que a objetualidade inerente a qualquer ação de saúde, não deve ser o produto de um saber exclusivamente instrumental, provido pelo arsenal científico–tecnológico de um profissional ou serviço que se aplica sobre um substrato passivo, o usuário ou a população. A objetualidade deve se produzir no encontro entre os sujeitos autênticos que buscam soluções convenientes, sob o ponto de vista de ambos, para a prevenção, superação e/ou recuperação de processos de adoecimento. O objeto nesse caso não é o indivíduo ou a população, mas algo que se constrói com esses sujeitos, a partir deles. Sob esta perspectiva, a instrumentalidade não é suprimida, nem tampouco suprime a presença subjetiva de qualquer um dos lados da relação. Portadores de experiências e saberes diversos, cada qual com suas próprias sabedorias práticas e instrumentais, profissionais/serviços e usuários/gestantes constituem-se como sujeitos das ações de saúde, pela compreensão dos desafios práticos que os põem uns diante dos outros e pela necessidade de responderem com autonomia e responsabilidade mútua, segundo as possibilidades configuradas no contexto deste encontro” (AYRES, 2007. p.52).

Ao conceber o grupo como espaço de troca de conhecimento, reforça-se a ideia de ninguém é um vaso vazio, que tanto profissional/enfermeiro, por meio do conhecimento técnico-científico como usuário/gestante com o seu *saber da experiência feito* tem muito a contribuir no encontro, na construção de um conhecimento coletivo, na autonomia consolidada pelo compartilhamento de mundo e pela força do Nós (FREIRE, 2021).

Para Ayres (2007), o cuidado configura-se como uma experiência de encontro, trocas dialógicas verdadeiras, tanto profissionais quanto usuários detêm saberes de ordem prática e técnica, ainda que os saberes técnico científicos dos usuários sejam mais difusos, menos rigorosos e os saberes práticos dos profissionais sejam mais externos relacionados à experiência de intervir; a junção desses dois saberes alimentam a intersubjetividade e qualificam a assistência à saúde.

Ayres (2021) defende que para cuidar concretamente necessita-se de êxito técnico e sucesso prático.

“O êxito técnico diz respeito a relações entre meios e fins para o controle do risco ou agravos à saúde, delimitados e conhecidos pela biomedicina. O sucesso prático diz respeito ao sentido assumido por meios e fins relativos às ações de saúde frente aos valores e interesses atribuídos ao adoecimento e à atenção à saúde por indivíduos e populações” (AYRES, 2007, p. 54).

Portanto, para a reconstrução humanizadora das práticas de saúde, o enfoque hermenêutico da saúde propõe que haja mais sensibilidade e resolução dos profissionais, serviços, programas e políticas de saúde no sucesso prático de suas ações, ou seja, “que orientem a busca de êxito técnico de suas intervenções na direção apontada pelos projetos de felicidade dos destinatários de suas ações” (AYRES, 2007, p.57).

Ao basear a presente tese nestes conceitos, a qualificação da assistência do enfermeiro ao pré-natal passou a ser compreendida por meio, tanto do êxito técnico que ocorreu na construção dos encontros, onde enfermeiros e pesquisadores discutiram as principais evidências biomédicas para o cuidado da gestante; como pelo sucesso prático concebido como a troca desse conhecimento com as gestantes. Vale ressaltar o poder deste conhecimento, ao possibilitar que as mulheres entendessem o que se passava com elas, ao se discutir medos, angústias e conhecimento sobre tipos de parto, ao compartilhar cuidados com recém-nascido, ao denunciar as violências sofridas e não menos importante como estas mulheres poderiam se proteger delas, proporcionando saúde, bem-estar e projetos de felicidade.

O método da pesquisa ação, ao implicar um profundo conhecimento da realidade vivida pelas enfermeiras, ao conhecer a realidade do dia a dia delas, ao evidenciar a desvalorização do seu trabalho e uma assistência pré-natal focada nos supostos agravos e medos do incerto; permitiu ao pesquisador e enfermeiras compreender porque o pré-natal não pertencia a elas. Por outro lado, no decorrer da coleta de dados, as enfermeiras compreenderam os benefícios da pesquisa, adquiriram conhecimento e conseqüentemente mais autonomia para executar seu trabalho com qualidade e segurança. As enfermeiras compreenderam os medos, dúvidas e angústias das gestantes, bem como entenderam comportamentos julgados previamente como displicência das gestantes, como a não realização de exames, falta nas consultas e agressividades nos atendimentos. Por outro lado, as gestantes compreenderam a importância da pesquisa para mudança de práticas, construção da autonomia gerada através do conhecimento construído coletivamente e, conseqüente proteção e capacidade de reivindicação de melhor assistência.

O conhecimento é considerado uma importante ferramenta para a construção da autonomia e também de poder, umas das mais eficientes formas de opressão é negar o direito ao conhecimento, quando se gera novos conhecimentos também se gera novas relações de poder (FREIRE, 2021). Assim, o pré-natal descrito pelas participantes, como espaço de consultas médicas, onde o único saber valorizado é o biomédico, passou a ser também espaço de trocas por meio do grupo educativo. Os atendimentos de pré-natal continuam sendo do médico, o que mudou foi que, com o grupo de gestante, as relações de poder profissional/enfermeiro e usuário/gestante foram renovadas a cada encontro, evidenciando que o conhecimento não pertence somente aos enfermeiros, as gestantes e comunidade fazem parte da construção dele. Ademais, os enfermeiros reconheceram seu lugar dentro do pré-natal, ao valorizar a educação maternal como espaço que qualifica o cuidado pré-natal.

QUALIFICAÇÃO X PROCESSO DE TRABALHO INEFICAZ

A qualificação e Humanização da assistência pré-natal no Brasil é um dos grandes desafios contemporâneos, inúmeros esforços conjuntos entre a Ministério da Saúde e a Organização Mundial de Saúde culminaram na elaboração de políticas e programas mais equânimes e humanizados, visando a satisfação materna, com experiência positiva da maternidade e nascimento, uma transição eficaz para o trabalho de parto e parto, uma assistência de maior qualidade, que proporcione autoestima materna, confiança, competência, autonomia e protagonismo às mulheres (AMORIM, et al. 2021).

Políticas, programas e ações como: a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher; o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento; o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal; a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal; os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável; a Rede Cegonha; a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC), o Projeto Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia, tem promovido avanços significativos na assistência pré-natal como a redução da mortalidade materno-infantil (IBGE, 2019) e aumento da cobertura de pré-natal (98,7%) (DOMINGUES et al., 2015). No entanto, somente 15% recebem uma assistência pré-natal adequada, reforçando que somente a alta cobertura de consultas não garante uma assistência de qualidade (TAMISI, 2017).

Uma assistência de qualidade, humanizada e integral para gestante e familiares ainda é um desafio para o nosso país, temos um modelo de atenção biomédico focado em exames e medicamentos (TAMISI, 2021), semelhante a essa tese, onde 100% das gestantes são acompanhadas por médicos, o inquérito nacional realizado em 2011 e 2012, mais da metade das gestantes do país (75,6 %) ainda são acompanhadas por profissionais médicos (BITTENCOURT, 2020) e tem como com principais orientações nas consultas de pré-natal sobre os sinais de risco na gestação, riscos de automedicação, risco do fumo e do consumo de álcool na gestação e sobre a possibilidade de ter acompanhante no parto, destacando um olhar totalmente biologicista frente ao pré-natal (MARQUES, 2021).

O pré-natal é uma ação programática realizada, principalmente, na atenção primária, por profissionais qualificados no atendimento à mulher no ciclo gravídico e puerperal, cabe a APS, norteadas pela Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), o acolhimento, acompanhamento e tratamento da gestante e do bebê, através de

ações de promoção da saúde, prevenção de doença e tratamento de agravos (BRASIL, 2015). Nesse cenário, o cuidado compartilhado por diferentes profissionais garante uma atenção integral e um aumento da resolutividade (MARQUES, 2021).

É considerado um profissional qualificado para acompanhar o pré-natal de baixo risco aquele que tenha sido educado e treinado, com proficiência nas habilidades necessárias para assistência e acompanhamento da gestante (WHO, 2004). Segundo a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, o profissional enfermeiro está qualificado a acompanhar integralmente o pré-natal de baixo risco, pois possui embasamento teórico-científico e respaldo legal para prestar tal assistência (BRASIL, 2000). Nesse sentido, é fundamental considerar o enfermeiro não somente apto a exercer a assistência pré-natal de baixo risco, mas também como uma ferramenta importante para romper esse olhar biologicista.

Simão et al. (2019) e Livramento et al. (2019) evidenciaram que a assistência pré-natal exercida pelo profissional enfermeiro possui como peculiaridades maior vínculo e uma relação de confiança entre profissional-gestante-família, que o enfermeiro exerce um cuidado diferenciado aos indivíduos e familiares, visando ao respeito e à resolução de problema de forma oportuna, singular e multidimensional. No presente estudo, as gestantes destacaram o enfermeiro como um profissional mais humanizado, empático, proporcionando espaço de escuta, como o grupo de gestantes, permitindo a elas expressar seus sentimentos, medos e angústias.

As enfermeiras participantes do presente estudo, além da dificuldade de romper com a assistência biomédica, também identificam o processo de trabalho e a desvalorização da profissão pela gestão Municipal como fragilidades importante para a qualificação da assistência pré-natal do enfermeiro. Nas UBS, as enfermeiras têm seu tempo de trabalho consumido pela gestão da Unidade, se afastando do cuidado dos usuários.

Segundo Souza, Mandu e Elias (2013), os enfermeiros das UBS no seu dia a dia, acabam validando mais as atividades de gestão do que as assistenciais, provocando uma ruptura da gestão e do cuidado. Para a autora faz necessário uma reflexão crítica sobre a prática e a ação gerencial e uma ampliação da visão dos profissionais e gestores municipais, de que a gestão do cuidado de Enfermagem não está vinculada a um determinado cargo (supervisão, gerência, chefia e coordenação). As participantes do presente estudo relataram que não veem a assistência pré-natal como uma de suas atribuições por estarem ocupados com outras atividades e responsabilidades que, muitas vezes, não estão ligadas ao processo de Enfermagem, tornando um “quebra-galho” do serviço. Revelaram que só atendem as gestantes em momentos específicos, como na demanda espontânea, acolhimento e esporadicamente na falta do Profissional médico.

Das 6 enfermeiras entrevistadas, 3 são enfermeiras Obstetras, ou seja, tem qualificação e competência necessária para a assistência pré-natal. CUNHA et al. (2009) compreende competência como habilidades de desempenhar um cuidado específico, de modo a produzir resultados desejáveis. No entanto, na presente tese, na pandemia, com a ausência dos ginecologistas em todas as unidades que participaram da pesquisa, a decisão da Gestão Municipal não foi incentivar, dar maior autonomia, apoiar e valorizar o trabalho dos enfermeiros para que eles pudessem dar continuidade na Consulta Pré-natal; os gestores optaram encaminhar as mulheres, muitas vezes no final do ciclo gravídico, quanto elas têm mais dificuldade de se deslocar, para outras Unidades Básicas de Saúde, ou ambulatórios da maternidade onde tem o profissional médico.

“Então nesse período a gente resolveu estar encaminhando essas gestantes para outras unidades. Então a unidade mais próxima é o Santa Paula e eu consegui também um apoio do Vila Nery lá com a W., mas a primeira consulta de pré-natal eu continuei fazendo, testes rápidos após 28 semanas e alguma intercorrência, acolhimento e tudo mais. Mas a consulta em si a gente não tinha como assumir” (E2).

Na ausência do ginecologista, os médicos do Programa Mais médico assumiram o cuidado a mulher no ciclo gravídico e puerperal nas UBS e nos ambulatórios da maternidade, as gestantes eram acompanhadas por alunos do curso de medicina, supervisionados por preceptores ginecologistas. Segundo relato das participantes, esses médicos e alunos apresentavam dificuldades importantes no cuidado, pois não tinham conhecimento e nem prática para dar continuidade ao cuidado, sendo necessário aumento do tempo de consulta e insatisfação das usuárias quanto a forma de atendimento.

Ademais, vale destacar que a Gestão Municipal parece mais preocupada em satisfazer os interesses da categoria médica do que com uma assistência de qualidade, o que revela uma incompetência e descaso em lidar com situações limites como foi a pandemia, que somente tornou gritante, problemas que já existiam a tempos. Uma Gestão que ignora as evidências científicas e até mesmo as recomendações do Ministério apresentadas nas atuais Políticas e Programas voltados para a saúde da Mulher e Criança.

Segundo a Rede Cegonha o enfermeiro da atenção primária, devido o vínculo e proximidade com o paciente, é um instrumento a favor da autonomia e do empoderamento maternos, é profissional mais indicado para se trabalhar em prol de situar a mulher em seu contexto social e familiar e proporcionar uma rede de apoio e proteção da gestante e bebê (AMORIM et al., 2022). Mas para que isso ocorra, é necessário que a gestão e a equipe compreendam as reais atribuições do enfermeiro, valorizem suas ações e criem estratégias para que-esse tenha maior autonomia na sua assistência. Para a autora, a valorização da atuação do enfermeiro proporciona uma maior segurança do profissional e da gestante, impactando diretamente na qualidade do cuidado.

As enfermeiras participantes deste estudo identificam o protocolo como uma estratégia importante para o cuidado à gestante.

Assim como foi elucidado pelas participantes da presente tese, Gomes et al. (2019), também afirmam que a ausência de protocolo limita a resolutividade das consultas de pré-natal da enfermagem, pois na necessidade de tomar algumas condutas relacionadas a assistência, pela falta do protocolo clínico de enfermagem (PCE), os enfermeiros têm que encaminhar a gestante ao profissional médico, gerando uma ideia de menor conhecimento ou conhecimento limitado, interferindo diretamente na relação de vínculo e confiança entre enfermeiro e gestante

“Do ponto de vista da gestante, esse movimento (de encaminhamento), embora atendendo às especificidades profissionais e à exigência do programa, é vivido como sem sentido. A gestante não entende estas diferentes competências profissionais e as vivencia como incompetência profissional e a não resolutividade dos problemas.” (GOMES, 2019, p. 09).

Para AMORIM et al. (2022, p 3-4) “na visão dos enfermeiros, os protocolos avançam para a ampliação da prática clínica e da resolutividade. Com os protocolos clínicos, as enfermeiras têm maior segurança na prática clínica” e ela (segurança) está diretamente relacionada a autonomia, satisfação profissional e assistência de qualidade, fortalecendo o Projeto e Felicidade de todos envolvidos.

Segundo a mesma autora, uma análise sobre as competências profissionais desenvolvidas na assistência pré-natal, demonstram que uma das ferramentas para viabilizar a qualidade da atenção é o uso adequado de protocolos de enfermagem, não isentando os enfermeiros de estarem atentos as peculiaridades de cada gestante, uma vez em que a eficácia do cuidado vai além do que é capaz de ser padronizado nos protocolos.

A construção e implementação de um protocolo de assistência pré-natal dos enfermeiros pode ser uma importante ferramenta de troca de conhecimento e qualificação da assistência pré-natal, pois empreende criar espaços de discussões sobre evidências científicas e estabelecer critérios para identificar possíveis complicações na gestação, reconhecendo o enfermeiro como uma personagem importante na humanização da gestação, parto e nascimento. Ademais, permite refletir sobre o que é um cuidado integral, que reconhece as diferentes necessidades das gestantes, que demandam tempo, por vezes, superior ao de uma consulta tradicional.

Para FREIRE (2021) para educar o outro é preciso compreender o mundo do outro, seus saberes, suas necessidades e expectativas, proporcionadas pelo encontro entre educador e aluno. Ao estabelecer uma analogia sobre o contexto da presente pesquisa, o pesquisador se deparou com enfermeiras totalmente desmotivadas a realizar a assistência pré-natal, movidas somente pela responsabilidade exigida pela profissão. Ao tentar compreender o mundo desses profissionais, percebeu-se que elas nunca foram ouvidas, nem pela gestão que se “contentava” com aquele processo de trabalho ineficaz, nem pela equipe que viam o enfermeiro mais como supervisor da unidade do que como cuidador e nem pela sociedade, que focada na doença, não valorizava espaços para produção de saúde.

A criação do grupo educativo foi, pela primeira vez, um espaço de compartilhamento de saberes entre profissionais e gestantes, que permitiu a fusão de horizontes, de falas, de esperança e de luta. Por meio dele foi possível vislumbrar um desfecho positivo da gestação; a satisfação mãe, bebê e profissional se tornou um horizonte que pode ser atingido; a fala se tornou troca e compreensão; o sonho se tornou conquista por humanização, valorização, autonomia, respeito, esperança pelo protagonismo das mulheres na gestação, parto e nascimentos dos seus filhos e luta para que tudo que já foi dito seja conquistado e solidificado, para que novos projetos, esperanças e horizontes sejam almejados.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elabora-se, neste momento, algumas considerações acerca de todo o processo de pesquisa vivenciado junto com os sujeitos participantes e com o grupo de gestantes.

Por meio da Pesquisa-ação e do processo de aproximação, aprofundamento, identificação das potencialidades e necessidades da assistência pré-natal do enfermeiro, e da construção de uma qualificação pautada na troca de experiência, no diálogo e na busca de conhecimento baseado em evidências, foi possível elencar alguns pontos-chaves como: o distanciamento do Profissional Enfermeiro da assistência pré-natal, fomentado pela falta de autonomia, de conhecimento, de reconhecimento, de espaço de discussão e fortalecimentos das boas práticas; um processo de trabalho ineficaz ainda focado no profissional médico e na medicalização do pré-natal, parto e nascimento e por fim uma gestão pública desqualificada que não tem os princípios e diretrizes do SUS como norte para cuidado, muitas vezes dificultando o acesso das gestantes para realizarem a assistência pré-natal na Unidade mais próxima à sua casa, não sendo equânimes ao pensar o cuidado para as populações mais vulneráveis, principalmente no momento da pandemia causada pela COVID-19, não valorizando a humanização e o direito das gestantes ao priorizar uma assistência onde as mulheres são coadjuvantes no processo de gestar e parir.

Para compreender o processo de qualificação da Assistência Pré-Natal do Enfermeiro, foi primordial compreender a força do feminino no ato de gestar, parir e partejar e o que essa força incomoda e desestrutura a sociedade machista, antidemocrática e dominadora atual.

O poder atribuído às mulheres de permanência e continuidade da humanidade quebra todos os paradigmas da supremacia masculina, justificando a necessidade da incorporação na sociedade a ideia de corpo frágil, de uma máquina quebrada, da opressão, de toda violência, da negação da gestação e nascimento como algo saudável, fisiológico. Por isso, diante da pandemia, o ataque aos direitos reprodutivos da mulher e a elaboração de Políticas Públicas retrógradas foram tão intensificados com o objetivo de assolapar qualquer possibilidade de mudança da posição de oprimidas e de desvalia do feminino.

Compreendendo esse cenário, nesta tese percebeu-se que qualificar o enfermeiro é qualificar e fortalecer o oprimido, a oprimida gestante que tem seu corpo violentado por práticas e atitudes que as colocam como telespectadoras do seu próprio pré-natal, oprimidas enfermeiras que têm sua profissão, seus conhecimentos desvalorizados, oprimidas mulheres que têm suas vozes caladas pelo opressor.

Diante disso, faz-se fundamental recuperar as recomendações de boas práticas na assistência pré-natal, do protagonismo da mulher nesse processo de gestar e parir, da humanização do cuidado, do diálogo, do encontro, das Políticas Públicas como a Rede Cegonha, de atrelar a promoção à saúde ao cuidado e a não ao controle de doenças. Faz-se necessário lutar contra uma sociedade biomédica onde a doença é mais valorizada do que a saúde, por uma sociedade mais justa onde o objetivo não seja a igualdade, mas a equidade respeitando as diferenças e subjetividades humanas.

Ficou evidente a necessidade de fomentar espaços de discussão sobre a assistência pré-natal, construção de câmaras técnicas de grupos de trabalho e de pesquisa para busca de melhores e mais recentes evidências científicas. A construção de protocolos clínicos para enfermeiros e demais profissionais envolvidos no pré-natal,

além de trazer autonomia, valorização e qualificação da assistência pré-natal, também diminui as iatrogenias com prematuridade, devido a cesáreas sem indicações, uso excessivo de medicações e procedimentos desnecessários para o cuidado de mãe e bebê.

Torna-se imprescindível o fortalecimento dos movimentos contra hegemônico, dos movimentos feministas, do engajamento efetivo das mulheres em especial das enfermeiras em prol da mudança do modelo tecnocrático para o modelo de atenção humanizada e centrada na mulher.

As enfermeiras participantes dessa tese reconhecem a atenção básica como porta de entrada do sistema ao realizar a primeira consulta de pré-natal, um espaço de promoção da saúde, de cuidado, orientação e troca, além de ter um enorme potencial na valorização do enfermeiro no processo de cuidado materno infantil, desde que este profissional identifique tal espaço, o ocupe devidamente e receba apoio da gestão para construções de estratégia para maior autonomia e valorização referente a Assistência Pré-natal.

Tanto as enfermeiras, quanto as gestantes se mostraram frustradas e impotentes, acomodando-se diante de uma contingência percebida como mais forte, contra a qual não encontram formas para aplicar seu potencial para a qualificação do cuidado PN. Há uma clara insatisfação com a gestão do modelo assistencial e do processo de trabalho, que acabou por restringir a atuação do enfermeiro ao cumprimento de fluxos administrativos, muitas vezes, incoerentes as necessidades da população assistida, ou a uma prática muito aquém do esperado na APS. A falta de autonomia e uma certa dificuldade de entender o seu próprio papel e um PN para além das consultas médicas, também se apresenta como um entrave para qualificação da atuação do enfermeiro no PN.

O estudo mostrou que as enfermeiras trabalham solitárias e subordinadas, sem força suficiente para fazer diferente, como quem prefere o conforto da estabilidade segura do que a turbulência de uma luta pela liberdade, como resultado da percepção de que o desafio é maior do que a condição de enfrentamento. Ficou evidente a necessidade de reconhecimento da importância das redes de atenção à saúde, de espaços de diálogo e troca de conhecimento, entre enfermeiras e gestantes, favorecido pelo grupo de gestantes, como também entre enfermeiras e enfermeiras, oportunizado pelo grupo de estudo/trabalho. O modelo de linhas de cuidado deve ser reconhecido como estratégia para superar a fragmentação da atenção e da gestão, na busca dos desafios e alcances da integralidade do cuidado à gestante e família, o que implicará na revisão dos processos de trabalho, nas relações e interações e um apoio e compromisso da gestão com os tensionamentos identificados.

As enfermeiras são peças chaves para mudanças no modelo assistencial médico-centrado e tecnocrático que se sustenta no patriarcado e que vê a gestação como doença e a mulher como ser defeituoso. O aumento da inserção deste profissional no pré-natal tem maior impacto no rompimento deste modelo. O saber da experiência feito, pode mobilizar mudanças, as próprias gestantes pedem uma participação mais efetiva e afetiva das enfermeiras, o grupo de gestantes mostrou o poder que a educação maternal pode proporcionar.

Mas para tanto, existem demandas em mudanças e qualificação do modelo assistencial, bem como necessidade de entendimento da gestão sobre o potencial da enfermagem na assistência PN e melhor organização do processo de trabalho para uma assistência Pré-natal realmente humanizada e centrada nos cuidados à gestante e recém-nascidos. Também falta uma organização profissional das enfermeiras no sentido de reconhecerem, assumirem e lutarem por seu potencial e pela mudança do modelo assistencial. Ao que pareceu, ainda há uma autoestima insuficiente da categoria para que tenha energia para este enfrentamento.

Os resultados do presente estudo, reforçam e tornam um imperativo ético que as enfermeiras lutem por uma reforma intelectual e moral, que busquem identificação, pertencimento de um modelo de cuidado humanizado, que envolva ternura, compaixão, empatia e afeto. As enfermeiras precisam se comprometer com ações concretas, de forma a romper com os modelos mecanicistas e tecnocráticos para uma construção de uma sociedade mais justa e equânime.

Como contribuição deste estudo, ressalta-se o método que, por meio dos espaços de diálogos construídos em todas as etapas, permitiu compreender as potencialidades e necessidades das enfermeiras para a qualificação do Pré-natal no contexto da pandemia, identificar as medidas práticas para qualificar o Pré-natal e realizar um redirecionamento das ações visando implementar as atividades propostas pelas equipes. Desta forma, se mostrou uma potente ferramenta de intervenção visando qualificação de equipes, numa perspectiva dialógica.

Como aspectos limitadores da pesquisa aponta-se o insuficiente conhecimento técnico, a falta de diretrizes municipais, a burocratização do processo de trabalho em detrimento do objetivo assistencial e um processo de trabalho ineficaz que não tem o cuidado como centro, mas os interesses de uma única categoria profissional. A pandemia foi outro limitador para construção e conclusão dessa tese, não sendo possível realizar a pesquisa com todos os enfermeiros da Rede, proporcionando troca de experiência, garantindo espaços de discussão de todos os enfermeiros que atuam nos serviços responsáveis pela assistência Pré-Natal como UBS, USF, Alto Risco, Maternidade, além de espaço de diálogo com as gestantes assistidas por essa rede. Com certeza, se a pesquisa tivesse acessado todos esses profissionais e gestantes, mais ferramentas teriam surgido para a busca de um pré-natal com maior qualidade, respeito, equidade e humanização.

9 REFERÊNCIAS

- AGUIAR R.S. et al. Percepção de mulheres sobre acolhimento oferecido pelo enfermeiro no pré-natal. **Cogitare Enfermagem**, v.18, n.4, p.756-76, 2013.
- ALVES, E.; TUBINO, P. História da mulher na medicina. Brasília. 2014.
- AMORIM. T.S. Assistência obstétrica/ neonatal: ampliação da prática clínica do enfermeiro na Atenção Primária. **Acta Paulista Enfermagem**, v. 32, n. 4, p. 358-364 2019.
- AMORIN, M.M.R. et al. COVID-19 e gravidez. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v.21, n. supl 2, p 337-353, 2021
- AMORIM, T.S. et al. Gestão do cuidado de enfermagem para a qualidade da assistência pré-natal na atenção primária à saúde. **Escola Anna Nery**. Rio de Janeiro, v.26: p.1-8, 2022.
- ANDER-EGG, E. Repensando la investigación acción participativa: comentarios, críticas, sugerencias. Vitoria-Gasteiz: Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco, 1990.
- ANDREUCCI, C.B et al. Sexual life and dysfunction after maternal morbidity: a systematic review. **BMC Pregnancy and Childbirth**. v. 15, p. 307, 2015.
- ANVERSA, E.T.R. et al. Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n.4, p. 789-800, 2012.
- ÁVILA, M. P. “**Periferia é periferia em qualquer lugar?** – Antenor Garcia: estudo de uma periferia interiorana, São Carlos. 2006, 114 p. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2006.
- ARNEY, W.R. Power and the profession of Obstetrics, 1982.
- AYRES, J. R. C. M. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 6, n. 1, p. 63-72, 2001.
- AYRES, J.R.C.M. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.13, p16-29, 2004.
- AYRES, J.R.C.M. Hermeneutics and humanization of the health practices. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 10, n.3, p. 549-560, 2005.
- AYRES, J.C.R.M. **Cuidado e humanização das práticas de saúde**. In: Deslandes S, organizadora. Humanização dos cuidados em saúde: conceitos dilemas e práticas. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz, p. 49-83, 2006.
- AYRES, J.R.C.M. Uma concepção hermenêutica de saúde. **Revista Saúde Coletiva**, v.17, n.1, p.43-62, 2007.
- AYRES, L.F.A; HENRIQUES, B.D; AMORIM, W.M. A representação cultural de um “parto natural”: o ordenamento do corpo grávido em meados do século XX. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 23, n.11, p. 3525-3534, 2018
- BACKES, M.T.S et al. A prevalência do modelo tecnocrático na atenção obstétrica na perspectiva dos profissionais de saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, suppl. 4, p.1-9, 2021. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/hrZSnr9vSdvwbVLnhydTmd/?format=pdf&lang=pt>. Acesso em julho de 2023.
- BANCO DE DADOS DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (DATASUS). Informações de saúde, indicadores de saúde: nascidos vivos 1994-2012. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=0205&id=6936&VObj=http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nv>>. Acesso em 26 fev. 2017.

BARBAUT, J. O nascimento através dos tempos e dos povos. Lisboa, 1990.

BARBOSA, T.L.A; GOMES, L.M.X; DIAS, O.V. O pré-natal realizado pelo enfermeiro: a satisfação das gestantes. **Cogitare Enfermagem**. v.16, n.1, p. 29-35, 2011.

BARRETO, E. S. A magnitude da mortalidade materna na Bahia nos último 10 anos. **Revista Enfermagem**, v.6, n.2, p.10-15,2017.

BITTENCOURT, S.D.A et al. Atenção ao parto e nascimento em maternidades da rede cegonha/Brasil: avaliação do grau de implantação das ações. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 26, n. 3 p, 801-821, 2021.

BOFF, L. Prefácio. In: FREIRE, P. **Pedagogia da Esperança: um reencontro com a Pedagogia do Oprimido**30ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra, p. 333, 2021.

BOHREN M.A, et al. How women are treated during facility-based childbirth in four countries: a cross-sectional study with labour observations and community-based surveys. **The Lancet**, v. 394, n. 10210, p. 1750-1763, 2019

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Brasília :Ministério da Saúde;1983.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Humanização do Pré Natal e Nascimento. Brasília (DF):Ministério da Saúde;2000.

BRASIL. 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, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Portaria GM/MS nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília, DF, 2011. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011_comp.html
Acesso em: 17 de agosto de 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/pnab.pdf>
Acesso em: 25 julho, 2022.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Diretrizes, Objetivos, Metas e Indicadores: 2013 – 2015. 2ª Edição. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia. Brasília, 2015.

BRASIL. Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial da União, seção 1, p. 68-76 Brasília, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prt2436_22_09_2017.html
Acesso em: 22 de julho 2020.

BRASIL, Ministério da Saúde. Manual de recomendações a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de COVID-19. Brasília, DF, 2020.

BITTENCOURT, S.D.A. et al. Nascer no brasil: continuidade do cuidado na gestação e pós-parto à mulher e ao recém-nato. **Revista Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.54, p. 100, 2020

CALDEIRA, T.P.R. **A política dos outros: o cotidiano dos moradores da periferia e o que pensam do poder e dos poderosos**. São Paulo, p. 300, 1984.

CANDEIAS, J.A.N. Assistência e atenção. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n.4, p. 215-216, 1992.

CARVALHO D.S.C, NOVAES H.M.D. Avaliação da implantação de programa de atenção pré-natal no Município de Curitiba, Paraná, Brasil: estudo em coorte de primigestas. **Caderno Saúde Pública**. v.20, p. 220-230. 2004.

- CHEN H. et al. Clinical characteristics and intrauterine vertical transmission potential of COVID-19 infection in nine pregnant women: a retrospective review of medical records. **The Lancet**. V.395, n. 10226, p. 809-815, 2020.
- CORBIN, A. Dores, sofrimentos e misérias do corpo. In: CORBIN, A.; COURTINE, J.J.; VIGARELLO, G. **História do corpo: da revolução à grande guerra**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes. p.267-343, 2008.
- CUNHA, M. A. et al. Assistência Pré-Natal: competências essenciais desempenhadas por enfermeiros. **Escola Anna Nery**, v.13, n. 1, p. 145-153, 2009.
- DIAS, B.C. Visões hospitalocêntricas e medicocêntricas sobre atenção ao parto ressucitam com criação da Rami, denuncia ReHuNa, 2022. Disponível em: https://www.abrasco.org.br/site/noticias/movimentos-sociais/visoes-hospitalocentricas_rami_redecegonha/65772/.
- DOMINGUES R.M.S.M, et al. Adequação da assistência pré-natal segundo as características maternas no Brasil. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.37, n.3, p. 140-147, 2015.
- DUSSEL, E.D. A pedagógica latino-americana (a Antropológica II). In DUSSEL, E.D. **Para uma ética da libertação latino Americana III: erótica e pedegógica**. São Paulo: Loyola; Piracicaba: UNMEP, p. 153-281, 2001.
- FALS BORDA, O. La ciencia y el pueblo: nuevas reflexions. In SALAZAR, M.C. **La investigación- acción participativa**. Inicios y desarrollos. Consejo de Educación de Adultos de América Latina.U.N. Colombia, p. 65-84, 1992.
- FERRAZ, L.; BORDIGNON, M. Mortalidade materna no Brasil: uma realidade que precisa melhorar. **Revista Baiana Saúde Pública**. v. 36, n. 2, p. 527-538, 2012.
- FREIRE, P. **Educación y acción cultural**. [S.I: S.N.] 1979.
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1994
- FREIRE, P. **Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido**. 30ª Edição. Rio de Janeiro. Editora Paz e Terra, p. 333, 2021.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 43 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 2005.
- FREITAS G.L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Revista Eletrônica Enfermagem**, v.11, n.2, p. 424-428, 2009.
- GADAMER, H.G. Pós-fácio à 3ª edição (de Wahrheit und method, 1972). In **Verdade e método II**. Petrópolis: Vozes, p. 508-544, 2002.
- GRILO DINIZ, C. S. et al. Disrespect and abuse in childbirth in Brazil: social activism, public policies and providers' training. **Reproductive Health Matters**, v.26, n.53, p.19–35, 2018.
- GOMES, C.B.A. et al. Consulta de enfermagem no pré-natal: narrativas de gestantes e enfermeiras. **Texto & Contexto Enfermagem**, v;28, p. e20170544, 2019.
- GOMES, M. A. S. M. et al. Maternidades e covid-19: atenção às gestantes e recém-nascidos no contexto da pandemia. In: PORTELA, M. C., REIS, L. G. C., e LIMA, S. M. L., eds. **Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde**. Rio de Janeiro: Observatório Covid-19 Fiocruz, Editora Fiocruz, p. 227-240, 2022.
- GUAN, W.J. et al. Clinical Characteristics of Coronavirus Disease 2019 in China. **The New England Journal of Medicine**, Londres,v. 382, n.18, 2020.
- IBGE-INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Censo brasileiro de 2010. Rio de Janeiro. IBGE, 2012
- JACOB, A. **Metodología de la investigación acción**. [S.I: S.N.], 1985.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, supl. 1, p. S192-S207, 2014.

LAVILLE, C e DIONNE, J. A construção do saber: Manual de metodologia da pesquisa em Ciências Humanas. Tradução: Monteiro H. e Setiineri F. Minas Gerais, 1999.

LEAL, M. C. **Nascer no Brasil: Inquérito Nacional sobre Parto e Nascimento**. SETP/Fiocruz, 2012. Disponível em Acesso em 15 de janeiro de 2022.

LEAL, M. C. et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). **Ciência e Saúde Coletiva**, v.23, n.6, p. 1915-1928, 2018.

LEAL M.C et al. Assistência pré-natal na rede pública do Brasil. **Revista Saúde Pública**, v.54, p.8, 2020.

LINDGREN, R.; HENFRIDSSON,O.; SCHULTZE, U. Design principles for competence management systems: a synthesis of na action research study. **MIS Quarterly**, v.28, n.3, set. 2004.

LIVRAMENTO, D.V.P. et al. Percepção de gestantes acerca do cuidado pré-natal na atenção primária à saúde. **Revista Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, p. 20e20180211, 2019.

LUDGÉRIO, M.M.B. et al. A importância do enfermeiro da atenção primária à saúde frente à pandemia de COVID-19: uma revisão narrativa da literatura. In: SILVA, P.F; SOUZA, L.C. **Enfermagem: desafio e perspectivas para a integralidade do cuidado**: 1ª ed. Guarujá. Editora Científica Digital, p. 31-37, 2021

MARX, Karl. O Dezoito Brumário de Louis Bonaparte. São Paulo: Centauro, 2006.

MARQUES, E.S. et al. A violência contra mulheres, crianças e adolescentes em tempos de pandemia pela COVID-19: panorama, motivações e formas de enfrentamento. **Cadernos de Saúde Pública**, v.36, n.4, 2020.

MARQUES, B.L. et al. Orientações as gestantes no pré-natal: importância do cuidado compartilhado na atenção primária em saúde. **Escola Anna Nery**, v. 25, 2021.

MARTINELLI, K. G. et al. Adequação do processo da assistência pré-natal segundo os critérios do programa de humanização do pré-natal e nascimento e rede cegonha. **Revista Brasileira de Ginecologia Obstétrica**. Rio de Janeiro, v. 36, n. 2, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032014000200003>. Acesso em: mai. 2022

MASCARENHAS, V.H.A. et al. COVID-19 e a produção de conhecimento sobre as recomendações na gravidez: revisão de escopo. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v.28, 2020.

MAZZUCO, G.G.; MOSCHINI, L.E. Análise de indicadores de desempenho: estudo de caso – Bairro Cidade Aracy, São Carlos, SP. **Revista Brasileira de Gestão e Desenvolvimento Regional**.v.14,.n..5, p 2-16, 2018.

MELO, D.E. B, et al..Consulta de enfermagem no pré-natal: representações sociais de gestantes. **Revista de Enfermagem**, v.10, n.18, p.1-18, 2020.

MIGOTO, M.T; OLIVEIRA, R.P; FREIRE, M.H.S. Validação de indicadores para monitoramento da qualidade do pré-natal. **Escola Anna Nery**, v.26, p.e20210262, 2022.

MINAYO, M. C. S. Ciência, técnica e arte: o desafio da pesquisa social. In: DESLANDES, S. F., et al. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis, v.1, p.9-28, 1998.

MINAYO, M.C.S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. Rio de Janeiro: **Hucitec/Abrasco**, 2007.

MISQUITA, M.S. et al. Atendimento de gestante na atenção primária a saúde pela enfermagem durante a pandemia do SACRS-COV-2. **Revista Nursing**.v.23, n.269, p.4723-4726, 2020.

- NASCIMENTO L.C.N. et al. Theoretical saturation in qualitative research: an experience report in interview with schoolchildren. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.71, n.1, p. 229-233, 2018.
- NOGUEIRA, L. D. P. Assistência pré-natal qualificadas: as atribuições do enfermeiro. **Revista Enfermagem Atenção Saúde**, v.16, n.1, p. 107-119, 2017.
- NUNES, J.T. et al. Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. **Caderno Saúde Coletiva**. v. 24, n. 2, p. 252-261, 2016.
- OLIVEIRA, M.W. **Processos educativos em trabalhos desenvolvidos entre comunidades: perspectivas de diálogo entre saberes e sujeitos**. 2003. Tese (Pós-doutorado em Endemias) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.
- PACAGNELLA, R. C. et al. Mortalidade materna no Brasil: propostas e estratégias para sua redução. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 40 n.9 p. 501-506, 2019
- PASCHE, D.F.; PASSOS, E.; HENNINGTON, E.A. Cinco anos da política nacional de humanização: trajetória de política pública. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, n.11, p.4541-4548, 2011.
- PERES SERRANO, M.G. **Investigación-acción-aplicaciones al campo social y educativo**. Madrid: Dykinson, 1990.
- PROADESS. **Indicadores para o monitoramento do setor Saúde na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. 2018 Boletim Informativo. Disponível em: https://www.proadess.icict.fiocruz.br/Boletim_3_PROADESS_Agenda%202030_agosto2018.pdf
- RÉ, M.M.L; NASCIMENTO, A.C.A.S; FONSECA, M.R.C.C. Caracterização da assistência pré-natal no Brasil segundo diferenças regionais e fatores associados às características maternas. **Research, Society and Development**, v. 11, n. 4, e11111427180, 2022.
- ReHuNa. Rede pela Humanização do Parto e Nascimento. Parecer técnico nº 1/2022. Ref.: Portaria GM/MS nº 715/2022. Disponível em: <https://www.abrasco.org.br/site/wp-content/uploads/2022/04/Parecer-Tecnico-no-01-de-2022-25-de-abril-retificado.pdf>
- REIS, L.G.C.; PEPE, V.L.E.; CAETANO, R. Maternidade segura no Brasil: o longo percurso para a efetivação de um direito. **Physis**, Rio de Janeiro. v. 21, n. 3, p. 1139-1160, 2011.
- RIBEIRO JÚNIOR, D. **Criação audiovisual na convivência dialógica em grupo de dança de rua como processo de educação humanizadora**.2009. 144 p. Dissertação (Mestrado em Educação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2009.
- ROCHA E SOUSA, L.; VILELA, M.E.; PERIERA JÚNIOR, J.P. Principais questões sobre COVID-2019 e gestação: atenção pré-natal e em maternidades. **Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente**, Rio de Janeiro, 10 de setembro de 2020.
- RODRIGUEZ-MORALES A.J. et al. Clinical, Laboratory and Imaging Features of COVID-19: A systematic review and meta-analysis. **Travel Medicine and Infectious Disease**. v.34, p. 101623, 2020.
- ROHDEN, F. A construção da diferença sexual na medicina. **Caderno de Saúde Pública**, v.19, n.supl 2, p. 201-212, 2003.
- ROOKS, J.P. Brief history of midwifery in the west. **Midwifery & childbirth in America**, p.11-34, 1997.
- ROUQUAYROL, M.Z.; GURGEL, M. **Epidemiologia e saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: Medbook, 2013.
- SAFE MOTHERHOOD. The safe motherhood Initiative. New York: Family Care International, 1998. Disponível em <<http://safemotherhood.org>>. Acesso em 15 de mar. de 2017.

- SÁNCHEZ GAMBOA, S. **Pesquisa em educação: métodos e epistemologias**. Chapecó: Argos, 2007.
- SANTOS, M. L. **Humanização da assistência ao parto e nascimento: um modelo teórico**. 2002. p. 249. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- SANTOS, F.S.R. et al. Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. **Caderno Saúde Pública**, v.35, n.6, 2019.
- SARTI T.D. et al. Qual o papel da Atenção Primária à Saúde diante da pandemia provocada pela COVID-19? **Epidemiologia e Serviço de Saúde**, v. 29, 2020.
- SCHEUERMANN, K. Midwifery in Germany: its past and present. **Jornal Nurse-Midwifery**, v.40, p.438-47, 1995.
- SEACOME, M. Baptism through the ages. **Midwife Health Visit Community Nurse**, v.21, n.10, p.368-72, 1985.
- SILVA, P.B.G.; ARAÚJO-OLIVERA, S.S. Cidadania, ética e diversidade: desafios para a formação em pesquisa. In: ENCUETRO-CORREDOR DE LAS IDEAS DEL CONO SUR “SOCIEDAD CIVIL, DEMOCRACIA E INTEGRACIÓN, nº 6, 2004.
- SILVA, P. B. G.; BERNARDES, N. M. G. Rodas de Conversas – Excelência acadêmica é a diversidade. **Educação**, V.30, N.1, 2007.
- SILVA, P. A. G. et al. Assistência do enfermeiro na atenção primária à saúde para a covid-19: uma revisão integrativa. **Research, Society and Development**, v.10, n.3, p. e34119313273, 2021.
- SIMÃO M.A.S. et al. Gestão do cuidado de enfermagem pré-natal num Centro de Saúde de Angola. **Revista Brasileira Enfermagem**, v.72, n. supl1, p.129-136, 2019.
- SOUZA, J.P. A mortalidade materna e os novos objetivos de desenvolvimento sustentável (2016–2030). **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**. V. 37, n. 12, p. 549-51, 2015.
- SOUZA M.G, MANDU E.N.T, ELIAS A.N. Percepções de enfermeiros sobre seu trabalho na Estratégia Saúde da Família. **Texto Contexto Enfermagem**. v.22, p.772-779, 2013.
- SPINK. M. J. Psicologia social e saúde: prática, saberes e sentidos. Editora Vozes Limitada, 2003.
- STEIN, E. História e ideologia. ed. **Garibaldi: Movimento**, 3ª ed. 73 p, 1999.
- STACEY, M. Power and the profession of obstetrics. **Social Science & Medicine**, v.19, n.11, p.1249-1250, 1984.
- STOFEL, N.S. et al. Atenção perinatal na pandemia da COVID-19: análise de diretrizes e protocolos nacionais. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, v. 21 n. supl 1, p.89-98, 2021.
- SZYMANSKI, H.; ALMEIDA, L.R.; PRANDINI, R.C. A.R. **A entrevista na pesquisa em educação: a prática reflexiva**. Brasília: Liber Livro, 2004.
- THIOLLENT, M. Metodologia da pesquisa-ação. **Cortez**, p.108, 1988.
- THIOLLENT, M. Pesquisa-ação nas organizações. **Atlas**, 1997.
- THIOLLENT, M. **Metodologia da pesquisa-ação**. São Paulo: Cortez, 2007.
- TOMASI, E. et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Caderno Saúde Pública**. v.33, n.3, 2017.

- TONG, A.; SAINSBURY, P.; CRAIG, J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal Quality Health Care**. v.19, n.6, p.349-57, 2007
- TRIPP, D. Pesquisa-ação: uma introdução metodológica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo, v.31, n.3, p.443-466, 2005.
- VALLADARES, L. A gênese da favela carioca. A produção anterior às ciências sociais. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v.15, n.44, p.5-34, 2000
- VASCONCELOS, I. A metodologia enquanto ato político da prática educativa. In CANDAU, V.M. **Rumo a uma nova didática**. 24a. edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 1994, pp.97-104.
- VIELLAS, E. F, et al. Assistência pré-natal no Brasil. **Caderno Saúde Pública**. v. 30, supl.1, p. 85-100, 2014.
- VIEIRA M.R. **Resgate das parteiras leigas: a humanização ao parto**. 2004. Dissertação (Mestrado Enfermagem). Ciências da Saúde, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.
- VELHO, G. **Individualismo e cultura: notas para uma antropologia da sociedade contemporânea**. [S.I.] Zahar Editores, 1981.
- WERTZ, R. W.; WERTZ, D. C. **Lying-in: A history of childbirth in America**. New Haven, 1989
- WHO. World Health Organization. Care in normal birth. Maternal and Newborn Health/Safe Motherhood Unit. Family and Reproductive Health. 1996. (WHO/FRH/MSM/96-24) STEIN, E. História e ideologia. ed. **Garibaldi: Movimento**, 3ª ed. 73 p, 1999.
- WHO. World Health Organization. Making pregnancy safer: the critical role of the skilled attendant: a joint statement by WHO, ICM and FIGO. 2004. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42955/924?sequence=1>
- WHO. World Health Organization. Essential nutrition actions: improving maternal, newborn, infant and young child health and nutrition 2013. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/84409/9789241505550_eng.pdf. Acesso em 7 de abril de 2020.
- WHO. World Health Organization. Strategies toward ending preventable maternal mortality (EPMM). 2015. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/153544/9789241508483_eng.pdf. Acesso em 10 de agosto 2017.
- WHO. World Health Organization. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. 2016. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250796/97892415?sequence=1>
Acesso em: 12 de novembro de 2022.
- WHO. World Health Organization. Primary health care and health emergencies. 2018. Disponível em: https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf?sfvrsn=687d4d8d_2. Acesso em: 15 de abril de 2020
- WHO. World Health Organization. Coronavirus disease (COVID-2019) situation reports, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/publications/m/item/weekly-epidemiological-update---10-november-2020>. Acesso em: 10 de novembro de 2020
- ZALUAR, A. **A máquina e a revolta: as organizações populares e os significadoS da pobreza**. São Paulo: Brasiliense, 1985.
- ZHU, N. et al. A Novel Coronavirus from Patients with Pneumonia in China, 2019. **The New England Journal of Medicine**, Londres, v.382. n.8, 2020.

ANEXO A

Critérios consolidados para relatar estudos qualitativos (COREQ)

Domínio 1-Equipe de pesquisa e reflexibilidade	
Características pessoais	
1. Entrevistador/facilitador	Andrea dos Reis Fermiano (autora da pesquisa).
2. Credenciais	Mestrado.
3. Ocupação	Enfermeira especialista em Saúde da Família.
4. Gênero	Mulher.
5. Experiência e treinamento	Experiência com pesquisa qualitativa no mestrado.
Relacionamento com os participantes	
6. Relacionamento estabelecido	Antes do estudo o pesquisador já tinha um relacionamento com os participantes.
7. Conhecimento do participante do entrevistador	Os participantes conheciam os objetivos pessoais e a motivação para realizar a pesquisa, pois exercem a mesma profissão que o pesquisador.
8. Característica do entrevistador	
Domínio 2: Desenho do estudo	
Quadro Teórico	
9. Orientação Metodológica e Teoria	Pesquisa-ação.
Seleção de participantes	
10. Amostragem	Proposital.
11. Método de abordagem	Encontros presenciais.
12. Tamanho da amostra	Equipe de enfermagem que atua na assistência pré-natal nas 5 maiores UBS do município de São Carlos.
13. Não participação	
Configuração	

14. Configuração de coleta de dados	A coleta será realizada no local de trabalho.
15. Presença de não participantes	Não há, a princípio, presença de não participantes.
16. Descrição da amostra	Equipe de enfermagem que atua na assistência pré-natal nas 5 maiores UBS do município de São Carlos, nos anos de 2020/2021.
Coleção de dados	
17. Guia de entrevista	Entrevista semiestruturada, com realização de teste piloto. (perguntas foram fornecidas pelo autor) e roda de conversa.
18. Repita as entrevistas	Não haverá novas entrevistas, em princípio.
19. Gravação audiovisual	Foi utilizado gravação de áudio nas entrevistas e será utilizado o mesmo recurso nas rodas de conversa.
20. Notas de campo	As notas de campo foram feitas após a entrevistas e rodas de conversa.
21. Duração	As entrevistas duraram de 20-50 minutos e as rodas de conversa, programadas para durarem, em média, 2 horas.
22. Saturação de dados	A saturação dos dados foram discutidas com os participantes.
23. Transcrições devolvidas	As transcrições foram devolvidas aos participantes para comentários e/ ou correção.
Domínio 3: Análise e descobertas	
Análise de dados	
24. Número de codificadores de dados	
25. Descrição da árvore de codificação	

26. Derivação de temas	
27. Programas	
28. Verificação de participantes	
Comunicando	
29. Cotações apresentadas	As citações dos participantes foram apresentadas para ilustração dos temas.
30. Dados e descobertas consistentes	Buscou-se consistência entre os dados apresentados e os resultados
31. Clareza dos principais temas	Os temas foram claramente apresentados nas descobertas.
32. Clareza de temas menores	Todos os casos e temas menores relevantes para a qualificação da equipe na assistência pré-natal foram descritos.

Parecer do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DA EMENDA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PRÉ-NATAL: INDICADORES DE QUALIDADE E PERCEÇÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Pesquisador: Márcia Regina Cangiani Fabbro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 83424818.0.0000.5504

Instituição Proponente: Universidade Federal de São Carlos/UFSCar

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.761.178

Apresentação do Projeto:

O pesquisador solicita alteração da proposta para acrescentar um objetivo.

Segundo o pesquisador: "Esta solicitação de adendo se deve a necessidade de incluir mudanças na etapa avaliativa que terá como objetivo construir, por meio da metodologia CAP, um instrumento para avaliar conhecimento, atitudes e práticas de profissionais que atendem o pré-natal. Ao ser finalizado será disponibilizado como um instrumento validado para avaliar a competência dos profissionais, sendo uma importante ferramenta de avaliação da qualidade dos serviços."

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Realizar um diagnóstico situacional quali quantitativo transversal da assistência ao pré-natal e ao puerpério, e criar um instrumento de medida para avaliar conhecimento, atitudes e práticas de médicos e enfermeiros da atenção básica de saúde do SUS do município de São Carlos, SP com finalidade de apontar lacunas e propor estratégias de superação dos obstáculos.

Objetivo Secundário:

Quantitativos:A) Calcular os indicadores de caracterização da assistência ao pré-natal e ao parto propostos pelo Ministério da Saúde, relativamente ao no ano de 2018;B) Descrever o perfil

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235
Bairro: JARDIM GUANABARA **CEP:** 13.565-905
UF: SP **Município:** SAO CARLOS
Telefone: (16)3351-9683 **E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.761.178

sociodemográfico, de formação, de experiência profissional e de relação trabalhista dos médicos e dos enfermeiros;C) Descrever o perfil socioeconômico e demográfico das gestantes e puérperas. Avaliativos:D) Criar um instrumento de medida para avaliar o conhecimento, as atitudes e as práticas dos médicos e enfermeiros que realizam pré-natalQualitativos:E) Analisar as concepções e percepções dos médicos e enfermeiros que atuam na assistência ao pré-natal e ao puerpério sobre o trabalho que realizam e sobre o modelo assistencial em que se inserem;F) Compreender relatos de gestantes e de puérperas sobre a experiência com a assistência ao pré-natal e ao puerpério

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Mantém-se.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

-

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

TCLEs alterados em razão das mudanças.

Recomendações:

-

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Solicitação de adendo aprovada.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_1151986_E1.pdf	17/06/2018 14:58:21		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMOCONSENTIMENTOLIVREESCLARECIDOdocentes.doc	17/06/2018 14:50:54	Márcia Regina Cangiani Fabbro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO_profissionais_de_saude_NOVO.doc	17/06/2018 14:34:58	Márcia Regina Cangiani Fabbro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_ESCLARECIDO_gestante_e_puerperas.doc	17/06/2018 14:24:28	Márcia Regina Cangiani Fabbro	Aceito
Folha de Rosto	FR.doc	24/01/2018	Márcia Regina	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Resolução 466/2012 do CNS)

**AValiação DA ATENÇÃO À SAÚDE NO PRÉ-NATAL: INDICADORES DE QUALIDADE E
PERCEPÇÃO DE GESTANTES E PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Eu, Márcia R. C. Fabbro, professora de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos – UFSCar o(a) convido a participar da pesquisa “Avaliação da atenção à saúde no pré-natal: indicadores de qualidade e percepção de gestantes e profissionais de saúde”.

A busca pela qualidade do atendimento prestado em saúde, em especial do pré-natal exige um conhecimento de todas as variáveis que podem interferir na qualidade deste atendimento. A proposta desse estudo é realizar um diagnóstico situacional quali-quantitativo transversal da assistência ao pré-natal e ao puerpério, e criar um instrumento avaliativo dos conhecimentos, das atitudes e das práticas de médicos e enfermeiros na atenção básica de saúde do SUS do município de São Carlos, SP.

Você foi selecionado (a) por ser profissional de saúde que está envolvido com a atenção em saúde no pré-natal de uma das Unidades de Saúde do município de São Carlos/SP, cidade onde o estudo será realizado, e por ser enfermeiro ou médico (obstetra ou da saúde da família). Primeiramente você será convidado a responder um “Questionário para o levantamento sociodemográfico, de formação e das relações trabalhistas dos médicos e enfermeiros” e posteriormente será convidado a ser um colaborador na construção do instrumento avaliativo dos conhecimentos, das atitudes e das práticas de médicos e enfermeiros na atenção básica de saúde. Seu papel será informar se o instrumento é claro e se suas questões estão bem formuladas, de forma a evitar dúvidas. Posteriormente poderá ser convidado para uma entrevista semiestruturada com tópicos sobre diversos aspectos que envolvem o trabalho diário na atenção primária em saúde, mais especificamente no pré-natal, e posteriormente, poderá ser convidado a participar em encontros coletivos, junto a outros profissionais da equipe e usuários.

A primeira entrevista será individual e realizada no próprio local de trabalho ou em outro local, se assim o preferir. Os encontros com o grupo serão realizados nas Unidades de Saúde, ou em outro local, organizado pela pesquisadora, se o grupo assim o preferir. Todos os encontros contarão com a participação de um relator, isento de vínculo com os participantes do grupo e com a rede municipal de saúde. As perguntas não serão invasivas à

intimidade dos participantes, entretanto, esclareço que a participação na pesquisa pode gerar estresse e desconforto como resultado da exposição de opiniões pessoais em responder perguntas que envolvem as próprias ações e também constrangimento e intimidação, pelo fato da pesquisadora trabalhar na mesma cidade onde será realizada a pesquisa. Diante dessas situações, os participantes terão garantidas pausas nas entrevistas, a liberdade de não responder as perguntas quando a considerarem constrangedoras, podendo interromper a entrevista a qualquer momento. Serão retomados nessa situação os objetivos a que esse trabalho se propõe e os possíveis benefícios que a pesquisa possa trazer. Em caso de encerramento das entrevistas por qualquer fator descrito acima, a pesquisadora irá orientá-la e encaminhá-la para profissionais especialistas e serviços disponíveis, se necessário, visando o bem-estar de todos os participantes.

Sua participação nessa pesquisa auxiliará na obtenção de dados que poderão ser utilizados para fins científicos, proporcionando maiores informações e discussões que poderão trazer benefícios para a área de saúde, em especial pela possibilidade de, por meios de suas percepções e concepções, evidenciar elementos que nos permitam avaliar a qualidade do trabalho prestado. Também pode permitir a construção de novos conhecimentos e identificação de novas alternativas e possibilidades para o trabalho da equipe na atenção primária em saúde. A pesquisadora realizará o acompanhamento de todos os procedimentos e atividades desenvolvidas durante o trabalho.

Sua participação é voluntária e não haverá compensação em dinheiro pela sua participação. A qualquer momento o (a) senhor (a) pode desistir de participar e retirar seu consentimento. Sua recusa ou desistência não lhe trará nenhum prejuízo profissional, seja em sua relação ao pesquisador, à Instituição em que trabalha ou à Universidade Federal de São Carlos.

Todas as informações obtidas através da pesquisa serão confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação em todas as etapas do estudo. Caso haja menção a nomes, a eles serão atribuídas letras, com garantia de anonimato nos resultados e publicações, impossibilitando sua identificação.

Solicito sua autorização para gravação em áudio das entrevistas, dos encontros do grupo e da presença de um relator nesses encontros coletivos. As gravações realizadas durante a entrevista serão transcritas pela pesquisadora e por mais um profissional experiente nessa ação, garantindo que se mantenha o mais fidedigna possível. Depois de transcrita será apresentada aos participantes para validação das informações. A transcrição das gravações feitas nos encontros dos grupos será realizada na íntegra pela pesquisadora e por mais dois transcritores, que receberão trechos dessas gravações. Essas transcrições serão comparadas para verificar a concordância entre elas, garantindo a fidelidade à gravação.

Todas as despesas com o transporte e a alimentação decorrentes da sua participação na pesquisa, quando for o caso, serão ressarcidas no dia da coleta. Você terá direito a indenização por qualquer tipo de dano resultante da sua participação na pesquisa.

Você receberá uma via deste termo, rubricada em todas as páginas por você e pelo pesquisador, onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal. Você poderá tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação agora ou a qualquer momento.

Se você tiver qualquer problema ou dúvida durante a sua participação na pesquisa poderá comunicar-se pelo telefone 19-997821622 ou pelo email (mfabbbro@gmail.com) Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro. Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador principal, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 – Caixa Postal 676 – CEP 13.565-905 – São Carlos – SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@ufscar.br

Endereço para contato (24 horas por dia e sete dias por semana):

Pesquisador Responsável: Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

Pesquisadora Colaboradora: Andrea dos Reis Ferminano

Endereço: Departamento de Enfermagem/Universidade Federal de São Carlos

Contato telefônico: 3351-8334/33519436

e-mail: mfabbbro@gmail.com

Local e data: _____

Dra. Márcia Regina Cangiani Fabbro

Assinatura do Pesquisador

Ms Andrea dos Reis Fermiano

Assinatura do Pesquisador

Nome do Participante

Assinatura do Participante

MATERNIDADE DONA FRANCISCA
CINTRA SILVA

PLANO DE
PARTO

SÃO CARLOS/SP

NOME DA GESTANTE:
NOME DO BEBÊ:
NOME DO/DA ACOMPANHANTE:
UNIDADE DE REALIZAÇÃO DO PRÉ- NATAL:
DATA AGENDADA PARA A VISITA NA MATERNIDADE:

ESTE É UM DOCUMENTO PARA REGISTRO DE SUAS PREFERÊNCIAS, EXPECTATIVAS E DESEJOS PARA O PRÉ-PARTO, PARTO E PÓS-PARTO, ASSEGURADO PELO ARTIGO 4º DA LEI Nº 15.759 DE 25 DE MARÇO DE 2015: "DIAGNOSTICADA A GRAVIDEZ, A GESTANTE TERÁ DIREITO À ELABORAÇÃO DE UM PLANO INDIVIDUAL DE PARTO". VOCÊ DEVE PREENCHER E DISCUTIR SOBRE ELE DURANTE O PRÉ-NATAL COM OS/AS PROFISSIONAIS QUE TE ACOMPANHAM.

SEGUNDO A LEI 11.108/2005, VOCÊ TEM DIREITO, A PARTIR DE SUA INTERNAÇÃO NA MATERNIDADE, A UM/UMA ACOMPANHANTE DE SUA ESCOLHA PARA VIVENCIAR COM VOCÊ O NASCIMENTO DO BEBÊ. FAÇA UMA ESCOLHA CONSCIENTE, DE ALGUÉM QUE TE APOIE E TRANQUILIZE. ALÉM DISSO, CASO JÁ VENHA SENDO ACOMPANHADA POR UMA DOULA, VOCÊ TEM O DIREITO DE SUA PRESENÇA (LEI Nº 16.602/2016), DESDE QUE ELA TENHA CADASTRO PRÉVIO NA MATERNIDADE E ESTEJA CIENTE DO REGULAMENTO TÉCNICO INTERNO.



Autor: Romero Brito

1. DESEJO CONHECER A MATERNIDADE ANTES DO PARTO. A VISITA É OFERECIDA PELO PROJETO VINCULAR E SERÁ CONDUZIDA POR PROFISSIONAIS E ESTUDANTES DO DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFSCAR JUNTO DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DA MATERNIDADE (QUANDO DISPONÍVEIS):

SIM NÃO

2. DESEJO QUE A TODO MOMENTO EU E MEU/MINHA ACOMPANHANTE SEJAMOS INFORMADOS DE PROCEDIMENTOS QUE SERÃO REALIZADOS COMIGO E COM MEU BEBÊ, DE PREFERÊNCIA EXPLICANDO A REAL NECESSIDADE DO PROCEDIMENTO BEM COMO SEUS RISCOS E BENEFÍCIOS:

SIM NÃO

3. ESTOU CIENTE DE QUE SEREI ASSISTIDA PELOS PROFISSIONAIS NECESSÁRIOS (MÉDICO/A, ENFERMEIRO/A OBSTÉTRICA/OBSTETRIZ, TÉCNICO DE ENFERMAGEM, EQUIPE DO BERÇÁRIO) E QUE, POR SE TRATAR DE UMA MATERNIDADE DE ENSINO, POSSO SER ACOMPANHADA POR RESIDENTES E ALUNOS, PORÉM CONFIO NO BOM SENSO DA EQUIPE PARA QUE ESSE NÚMERO SEJA REDUZIDO:

SIM NÃO

4. O MINISTÉRIO DA SAÚDE (2017) RECOMENDA A INGESTÃO DE DIETA LEVE E HIDRATAÇÃO EM SITUAÇÕES NAS QUAIS A GESTANTE NÃO ESTEJA SOB EFEITOS DE OPIOIDES OU FATORES DE RISCO IMINENTES QUE LEVEM A UMA ANESTESIA GERAL. SEGUNDO A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2018) SUA INGESTÃO É BENÉFICA NA MAIOR PARTE DOS ESTUDOS. DECLARO ESTAR CIENTE DE PERMANECER EM JEIUM CASO HAJA A MÍNIMA NECESSIDADE DE REALIZAÇÃO DE ANESTESIA, COMO INDICADO PELOS PROFISSIONAIS DA MATERNIDADE:

SIM NÃO

ALIMENTAÇÃO LEVE E HIDRATAÇÃO COM ÁGUA/SUCOS/CHÁS SÃO IMPORTANTES FONTES DE ENERGIA PARA O TRABALHO DE PARTO. AMBOS SÃO OFERECIDOS PELA MATERNIDADE, SENDO NORMA DA INSTITUIÇÃO A PROIBIÇÃO DA ENTRADA COM ALIMENTOS E LÍQUIDOS PARA CONSUMO.

5. GOSTARIA DE UM AMBIENTE:

COM POUCA LUZ

SEM BARULHO E CONVERSAS

COM MÚSICAS DA MINHA PREFERÊNCIA

OUTROS. ANOTE AQUI SEUS DESEJOS REFERENTES AO AMBIENTE: _____

6. PARA ALÍVIO DA DOR, ESTOU CIENTE DOS MÉTODOS NÃO FARMACOLÓGICOS E GOSTARIA DE SER ESTIMULADA A EXPERIMENTAR:

MASSAGENS

BANHO NO CHUVEIRO

CAMINHAR

EXERCÍCIOS NA BOLA

ORIENTAÇÕES SOBRE TÉCNICAS DE RESPIRAÇÃO

*OPÇÕES FARMACOLÓGICAS (COMO ANALGESIA) DEVERÃO SER DISCUTIDAS E AVALIADAS PELA EQUIPE, JÁ QUE PODEM LEVAR A UM AUMENTO DO NÚMERO DE INTERVENÇÕES MAIS INVASIVAS (EX: FORÇEPS)



Autor: Romero Brito

7. POSIÇÕES VERTICALIZADAS E LATERAIS PERMITEM MENOR DURAÇÃO DO PARTO NORMAL, REDUÇÃO DO DESCONFORTO E DIFICULDADE NOS PUXOS (VONTADE INVOLUNTÁRIA DE FAZER FORÇA), DORES MENOS INTENSAS E MENOR RISCO DE TRAUMAS VAGINAIS. DURANTE O PERÍODO EXPULSIVO, PRÓXIMO AO MOMENTO DO BEBÊ NASCER, RECONHEÇO AS DIFERENTES POSIÇÕES E ACEITO SER ESTIMULADA A EXPERIMENTÁ-LAS:

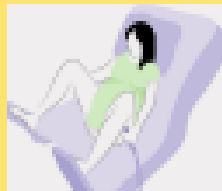
() SIM () NÃO



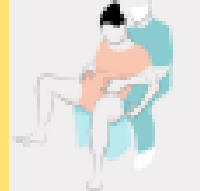
CÓCORAS



QUATRO APOIOS



SEMI-SENTADA



SENTADA NA BANQUETA



LATERAL

Autora: Carolina Horita

8. DESEJO SER INFORMADA CASO SEJA NECESSÁRIO REALIZAR ALCUNS DESTES PROCEDIMENTOS: INSTALAÇÃO DE SORO (OCITOCINA) OU COMPRIMIDO VAGINAL (MISOPROSTOL) PARA INDUZIR O PARTO, ROMPIMENTO ARTIFICIAL DA BOLSA DE LÍQUIDO AMNIÓTICO, SENDO EXPLICADO A CAUSA E A CONSEQUÊNCIA A MIM E MEU ACOMPANHANTE:

() SIM () NÃO

9. DESEJO QUE O TOQUE VAGINAL PARA SABER A DILATAÇÃO E AS CONDIÇÕES DO CULO UTERINO SEJA REALIZADO O MÍNIMO NECESSÁRIO, SEGUNDO PRECONIZA O MINISTÉRIO DA SAÚDE E A ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA GESTANTES DE BAIXO RISCO. CASO SEJA NECESSÁRIO SUA REALIZAÇÃO COM MAIS FREQUÊNCIA, QUE SEJA COMUNICADO A MIM E MEU/MINHA ACOMPANHANTE E JUSTIFICADA A REALIZAÇÃO:

() SIM () NÃO

10. SE POSSÍVEL, DESEJO RECEBER MEU BEBÊ NO MEU PEITO LOGO APÓS O NASCIMENTO PARA CONTATO PELE A PELE:

() SIM () NÃO

11. DESEJO QUE O CORDÃO UMBILICAL, SE POSSÍVEL, SEJA CORTADO EM TEMPO OPORTUNO (APÓS PARAR DE PULSAR) POR MIM OU MEU ACOMPANHANTE:

() SIM () NÃO

12. DESEJO AMAMENTAR LOGO APÓS O NASCIMENTO, SE POSSÍVEL:

() SIM () NÃO

*A AMAMENTAÇÃO NA PRIMEIRA HORA DE VIDA É IMPORTANTE PARA SOBREVIVÊNCIA INFANTIL, CONTRIBUINDO PARA O CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO ADEQUADOS DA CRIANÇA, COMO RECOMENDADO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2018).

13. ESTOU CIENTE DA REALIZAÇÃO DE UMA INJEÇÃO DE OCITOCINA NO MEU MÚSCULO APÓS O NASCIMENTO PARA EVITAR HEMORRAGIA PÓS-PARTO, RECOMENDADO PELA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE:

() SIM () NÃO

14. ESTOU CIENTE DA ADMINISTRAÇÃO DE INJEÇÃO DE VITAMINA K NO MEU BEBÊ LOGO APÓS O NASCIMENTO PARA PREVENÇÃO DE HEMORRAGIA DO RECÊM NASCIDO, MAS TENHO PREFERÊNCIA QUE SEJA OFERTADO APÓS O PRIMEIRO CONTATO COM O BEBÊ OU ATÉ MESMO ENQUANTO ELE ESTIVER SENDO AMAMENTADO POR MIM:

() SIM () NÃO

15. ESTOU CIENTE E ACEITO A ADMINISTRAÇÃO DE COLÍRIO DE NITRATO DE PRATA NOS OLHOS DO MEU BEBÊ PARA PREVENIR OPTALMIA NEONATAL

() SIM () NÃO

CASO NÃO ACEITE A ADMINISTRAÇÃO DE NITRATO DE PRATA, COMPROVO COM EXAME RECENTE A AUSÊNCIA DE INFECÇÃO GENITAL POR NEISSERIA GONORRHOEAE:

() SIM () NÃO

16. APÓS DISCUTIR DIFERENTES MÉTODOS CONTRACEPTIVOS NA MINHA UNIDADE DE REFERÊNCIA, ESTOU CIENTE DA MINHA OPÇÃO PELO DIU DE COBRE E DESEJO, SE POSSÍVEL, SUA INSERÇÃO ATÉ 48 HORAS DO PÓS-PARTO NA MATERNIDADE, SENDO REFORÇADO SEUS RISCOS E BENEFÍCIOS E A FORMA COMO DEVE SER ACOMPANHADO AO LONGO DA VIDA:

() SIM () NÃO

ESSE PLANO DE PARTO EXPRESSA MEUS DESEJOS E PREFERÊNCIAS, MAS DECLARO ESTAR CIENTE DE QUE, DEPENDENDO DAS MINHAS CONDIÇÕES E DO BEBÊ, SERÃO NECESSÁRIAS INTERVENÇÕES, COMO A REALIZAÇÃO DE UMA CESÁREA E OUTROS PROCEDIMENTOS. NESES CASOS, QUERO SER PREVIAMENTE COMUNICADA E ORIENTADA.

ASSINATURA:

LOCAL E DATA:

ASSINATURA DO PROFISSIONAL (PRÉ-NATAL):

BOM PARTO!

*TENHA UMA CÓPIA DESTA PLANO PARA GUARDAR ESTE REGISTRO COM VOCÊ E ENTREGUE O ORIGINAL NO MOMENTO DA INTERNAÇÃO PARA O/A PROFISSIONAL QUE A ACOLHER.



Autor: Romero Britto

"Para mudar o mundo, primeiro é preciso mudar a forma de nascer"

(Michel Odent)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. - Brasília : Ministério da Saúde, 2017.

OMS. Recomendações: cuidados intraparto para uma experiência de parto positiva. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Geneva: Organização Mundial da Saúde; 2018.

APOIO



Projeto
Vincular

