Universidade do Estado do Rio de Janeiro
Centro Biomédico
Instituto de Medicina Social

Luciana Cristina Rafael Ognibeni

Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação às mulheres: o ponto de vista das puérperas

Rio de Janeiro
2009

Luciana Cristina Rafael Ognibeni

Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação às mulheres: o ponto de vista das puérperas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Rio de Janeiro

2009

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ / REDE SIRIUS / BIBLIOTECA CB/C

O35 Ognibeni, Luciana Cristina Rafael.
Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação: às mulheres: o ponto de vista das puérperas / Luciana Cristina Rafael Ognibeni – 2009.
55 f.

Orientador: Ruben Araújo de Mattos.
Dissertação (Mestrado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Cuidado pré-natal – Teses. 2. Humanização na saúde – Teses. 3. Humanização da Assistência. 4. Acolhimento. I. Mattos, Ruben Araujo de. II. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.

CDU 618.2-082

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta dissertação, desde que citada a fonte.

_____ _____
Assinatura Data

Luciana Cristina Rafael Ognibeni

Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação às mulheres: o ponto de vista das puérperas

Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre ao Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Política, Planejamento e Administração em Saúde.

Aprovada em 17 de novembro de 2009.

Banca Examinadora: _____

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos (Orientador)
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes
Instituto Fernandes Figueira – FioCruz

_____

Prof. Dr. Kenneth Rochel de Camargo Jr
Instituto de Medicina Social – UERJ

_____

Prof.ª Dra. Rosangela Caetano
Instituto de Medicina Social – UERJ

Rio de Janeiro

2009

DEDICATÓRIA

À minha família: Alfredo, Angela, Fernando e Juliana, alicerce da minha vida, pelo aprendizado de responsabilidade, humildade, amor e fé.

AGRADECIMENTOS

A DEUS, pela fé espiritual, que me fez acreditar que superaria mais este propósito de vida.

Ao Ruben Araujo de Mattos, meu orientador amigo, pelo exemplo de segurança, humildade, dedicação, apoio e sabedoria.

Ao meu esposo, Marcelo de Barros Paupitz, pelo companherismo em todos os momentos.

Aos docentes do IMS, pelo aprendizado em Saúde Coletiva.

A todos os colegas mestres em Saúde Coletiva, pela força e superação para ir em frente.

À Deise Serafim, pela ajuda e incentivo na realização desta pesquisa e por acreditar no trabalho da fisioterapia como auxílio às gestantes do HU.

À Rosiane Dantas, que me incentivou na realização do mestrado.

A todas as mães entrevistadas, pela confiança e boa vontade.

À Nelly Lopes de Moraes Gil, coordenadora do CECAPS, pela intensa dedicação para autorização da pesquisa.

Ao Antônio Carlos Nardi, secretário da Saúde de Maringá, pela oportunidade de realizar esta pesquisa.

O dom da fala foi concedido aos homens não para que eles enganassem uns aos outros, mas sim para que expressassem seus pensamentos uns aos outros.

Santo Agostinho

RESUMO

OGNIBENI, Luciana Cristina Rafael. *Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação às mulheres: o ponto de vista das puérpera. 2009.* 57 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

O período pré-natal é uma época de preparação física e psicológica para o parto e a maternidade e, como tal, é um momento de intenso aprendizado e oportunidade para os profissionais da equipe de saúde desenvolverem a educação como dimensão do processo de cuidar. O Ministério da Saúde preconiza que a atenção obstétrica e neonatal prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais o acolhimento, a qualidade e a humanização; o profissional deve ser um instrumento para que a gestante adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e crise, e decida sobre a vida e a saúde. Entre os procedimentos do pré-natal, importância especial precisa ser dada a um conjunto de orientações sobre questões ligadas aos cuidados durante a gestação e com o bebê, que vão desde as recomendações para o aleitamento materno até as relativas ao uso de medicamentos durante a gestação. Isso só se torna possível quando o profissional escuta as queixas e dúvidas apresentadas pelas mulheres. Esta pesquisa tem como objetivo analisar a percepção das mulheres sobre o atendimento recebido no pré-natal, parto e pós-parto, avaliar as práticas assistenciais voltadas ao acolhimento, humanização e integralidade, e conhecer as representações de acolhimento, humanização e integralidade da assistência articuladas pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento às mulheres. Por fim, são analisadas as representações profissionais sobre as necessidades e práticas no atendimento às demandas reais das mulheres. A análise comparou sobretudo as narrativas das mulheres com as diretrizes preconizadas para o pré-natal na perspectiva da construção da integralidade e da autonomia das mulheres. As narrativas das entrevistadas mostraram a ausência de sistematização na assistência pré-natal, com grande diversidade de posturas dos profissionais. Muitos temas que deveriam ser objeto de conversa durante o pré-natal não foram tratados nos atendimentos, e diversas mulheres utilizaram outras fontes de informação que não os serviços de saúde para sanar suas dúvidas. Na conclusão, destaca-se a dificuldade de praticar de modo eficaz as orientações preconizadas no pré-natal, e busca-se, a partir das pistas obtidas ao longo do trabalho, indicar possíveis fatores-chave para a superação dessa dificuldade.

Palavras-chave: Pré-natal. Acolhimento. Humanização. Integralidade.

ABSTRACT

The prenatal period is a time of physical and psychological preparation for birth and motherhood, and as such, is a time of intense learning and opportunity for professionals in the health care team to develop education as a dimension of caregiving. The Ministry of Health recommends that the obstetric and neonatal care provided by health services should have the essential characteristics of receptiveness, quality and humanization; the professional must be a vehicle to provide the pregnant woman with autonomy in action, increasing the ability to face stressing situations and crises, and to decide on her life and health. Among the procedures of prenatal care, special importance must be given to a set of guidelines on issues related to care during pregnancy and the baby care, ranging from recommendations for breastfeeding to those relating to the use of medications during pregnancy. This is possible only when the professional listens to complaints and questions submitted by women. This research aims to analyze the women's perceptions of the care they received during prenatal care, childbirth and postpartum care practices, to evaluate health care directed to receptiveness, humanization and integral care, and to know the representations on receptiveness, humanized and comprehensive care provided by health professionals involved in the women’s care. Finally, we analyze the professional performances on the needs and practices in meeting those women’s real demands. The analysis compared the narratives of women with the guidelines recommended for prenatal care in connection with the construction of integral care and the empowerment of women. The narratives of the interviewees showed a lack of systematization in prenatal care, with great diversity of attitudes of professionals. Many issues which should be the subject of conversation during the prenatal period were not treated during the sessions, and several women used other sources of information other than health services for their doubts. In conclusion, we highlight the difficulty of engaging more effectively with the guidelines outlined in pre-natal care, and based on the clues obtained during the work, we seek to indicating possible key factors for overcoming this difficulty.

Keywords: Prenatal. Receptiveness. Humanization. Integral care.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Tabela 1 – Caracterização das mulheres participantes da pesquisa 32
Figura 1 – Localização da cidade de Maringá – Brasil 34

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO 10

A minha implicação com a pesquisa 10

1 **APROXIMAÇÃO DO TEMA** 14

1.1 **Os programas de assistência à saúde da mulher no Brasil** 14

1.2 **Falando sobre medicalização, integralidade e humanização** 19

1.3 **Avaliação de programas e serviços de saúde** 25

2 **O PERCURSO DA PESQUISA** 28

2.1 **A apresentação do objeto** 28

2.1.1 A pesquisa 28

2.1.2 A entrada no campo 29

2.1.3 Sobre a entrevista 30

2.1.4 Os sujeitos da pesquisa 32

2.2 **A caracterização do município de Maringá** 32

3 **OUVINDO AS MULHERES** 37

3.1 **Acolhimento** 37

3.2 **Ações educativas** 43

3.3 **Ética** 45

4 **CONSIDERAÇÕES FINAIS** 47

REFERÊNCIAS 50

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas 53

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido 55

APRESENTAÇÃO

A minha implicação com a pesquisa

Este trabalho trata das práticas do pré-natal, sobretudo das orientações dadas às gestantes durante o pré-natal. Inicialmente pode ser oportuno explicitar a trajetória pessoal que me conduziu até esse tema.

Durante minha vida acadêmica, cursando fisioterapia numa universidade privada no noroeste do Paraná, a UNIPAR – Universidade Paranaense, não tive o privilégio de conhecer o campo da Saúde Coletiva nem especificamente a atenção pré-natal e puerperal no município de Umuarama, porque não faziam parte da nossa grade curricular. Logo após o término da graduação em 2001, trabalhei numa clínica de fisioterapia que atendia pelo SUS, onde pude conhecer um pouco como era a prestação de serviço no município, apesar de não atuar especificamente na área de ginecologia e obstetrícia – ou seja, não sabia a respeito da atenção pré-natal, ao parto e ao pós-parto na época. Havia indícios de dificuldade no acesso a consultas, carência de médicos na rede básica, mas era um conhecimento muito pequeno frente à realidade vivida.

Um ano e meio depois de formada, fui para Maringá, onde atuava como fisioterapeuta de uma escola de crianças portadoras de necessidades especiais ANPR (Associação Norte Paranaense de Reabilitação) e trabalhava numa clínica de fisioterapia que realizava atendimentos de convênio e particulares.

Comecei a conhecer um pouco como era a assistência pré-natal pela rede básica quando, em 2004, iniciei minha atividade profissional como docente das disciplinas de Ginecologia e Obstetrícia e Dermatologia e Estética pela Unidade de Ensino Superior Ingá (UNINGÁ), e posteriormente supervisora de estágio nas mesmas disciplinas. A faculdade na época prestava serviço à comunidade e algumas gestantes eram atendidas na clínica de fisioterapia da UNINGÁ, onde, durante as consultas, tinham oportunidade de falar sobre a assistência pré-natal recebida. Meu conhecimento da atenção da rede básica se restringia a conversar com as gestantes que vinham procurar o serviço de fisioterapia.

Foi então, no ano de 2004, que a Universidade Estadual de Maringá (UEM) firmou parceria com a UNINGÁ, através de projeto de extensão promovido pela

primeira, da qual fazia parte uma equipe multiprofissional, e fui convidada a integrar a esta equipe na assistência pré-natal, ao parto e ao puerpério no Hospital Universitário de Maringá (HUM).

O Hospital Universitário de Maringá é órgão suplementar da Universidade Estadual de Maringá, vinculado administrativamente à Reitoria da UEM e, academicamente, ao Centro de Ciências da Saúde, realizando atividades de assistência, ensino e pesquisa.

O Ambulatório de Especialidades foi implantado no HUM em 1993, para proporcionar suporte científico e acadêmico a diversas categorias profissionais. É unidade de referência para consultas especializadas para 30 municípios da 15ª Regional de Saúde e conta com 50 especialidades de clínica médica, cirúrgica, pediatria e ginecologia-obstetrícia (NAGAHAMA, 2003).

O Programa de Assistência Pré-natal às Gestantes de Baixo Risco do Ambulatório de Especialidades do HUM foi implantado em 1996. Esse atendimento foi viabilizado por meio de um projeto de extensão, com o objetivo de prestar atendimento qualificado, através de equipe multiprofissional composta por cinco enfermeiras, uma psicóloga, uma assistente social, uma fisioterapeuta, duas nutricionistas, uma odontóloga e acadêmicos.

Minha inserção ao projeto surgiu quando soube que a fisioterapeuta que fazia parte da equipe não poderia mais continuar. Em 2004, recebi o convite para integrar a equipe multiprofissional, vinculando a UNINGÁ à UEM. A UNINGÁ é uma instituição privada da qual faço parte como professora auxiliar, ministrando aula da disciplina de Ginecologia-Obstetrícia, e onde, juntamente com acadêmicos do curso de Fisioterapia, passamos a compor a equipe no atendimento às gestantes e puérperas do Ambulatório do HUM.

O interesse pela pesquisa surgiu a partir da vivência com as gestantes atendidas pelo SUS, no ambulatório de especialidades do Hospital Universitário de Maringá no período de 2004 a 2009. Os atendimentos eram agendados nas sextas-feiras à tarde, quando as gestantes passavam por uma triagem pela equipe de enfermagem e eram encaminhadas não só para a fisioterapia, como também para a nutrição, odontologia, assistência social, psicologia e, em caso de intercorrências gestacionais, à clínica médica. Durante a primeira consulta fisioterapêutica, as

gestantes passavam por uma avaliação na qual se buscavam informações referentes aos dados pessoais, sinais vitais, dados obstétricos, queixas, avaliação das mamas, dúvidas a respeito da gestação, experiências vividas e perspectivas em relação ao parto e pós-parto. Posteriormente, as consultas eram agendadas mensalmente até o nono mês e semanalmente até o parto, e uma consulta no pós-parto. A finalidade da fisioterapia era promover orientações preventivas e/ou intervencionistas, buscando sempre a qualidade de vida da gestante.

Nesse tempo, foi possível conhecer brevemente a assistência pré-natal no município, através da percepção das gestantes como usuárias. Algumas narravam muitas de suas vivências durante as consultas pré-natal recebidas em outros locais de atendimento como, por exemplo, unidades de saúde que frequentavam, e relatavam aspectos negativos durante as consultas, bem como os positivos. Certas informações relatadas por algumas mães muitas vezes me faziam refletir sobre a qualidade da assistência pré-natal.

Diante disso, interessei-me por analisar de forma mais detalhada como está a assistência pré-natal até o pós-parto em Maringá, e refletir criticamente sobre o conceito de assistência pré-natal e puerperal, construindo subsídios teóricos para um debate mais maduro sobre essa proposta, apontando seus limites, suas conexões ideológicas e suas contribuições.

Sendo assim, este trabalho iniciou com a introdução intitulada de apresentação, para que houvesse melhor compreensão do estudo, convidando o leitor para uma discussão sobre atenção pré-natal, ao parto e ao pós-parto, reproduzida através da vivência das usuárias pela rede básica de saúde.

Em seguida o trabalho foi estrutura em quatro capítulos, onde o primeiro apresenta um histórico dos programas assistenciais à saúde da mulher no Brasil, no incentivo das práticas educativas para reduzir as taxas de mortalidade materno-infantil. No segundo capítulo, o percurso da pesquisa retrata o objeto a ser pesquisado, focado para as orientações durante a assistência desde o pré-natal até o pós-parto. Descrevem-se, ainda, o tipo de pesquisa realizada, o trâmite para autorização da pesquisa junto à Secretaria Municipal de Saúde, o conhecimento do município a ser pesquisado, a escolha e a busca prévia pelas participantes da pesquisa e a chegada no campo. Mais adiante, o terceiro capítulo ouvindo as mulheres, retrata a vivência das mulheres frente à assistência recebida, mostrada

diante da fala das entrevistadas. É o momento em que se destacam as dificuldades vividas durante as consultas, que vão desde o pré-natal até o pós-parto, e que poderão ser utilizadas como fonte na construção do exercício de superação das dificuldades encontradas. Esta dissertação se encerra com o quarto capítulo, as considerações finais.

1 **APROXIMAÇÃO DO TEMA**

1.1 **Os programas de assistência à saúde da mulher no Brasil**

As questões relativas aos cuidados à gestação e ao nascimento parecem ter entrado muito cedo na agenda das políticas de saúde no Brasil, no bojo da chamada saúde materno-infantil. Nagahama e Santiago (2005) analisaram a trajetória das políticas de saúde materno-infantil, destacando o gradual processo de hospitalização do parto, que ocorre de modo concomitante a uma estratégia de medicalização do mesmo. Duarte (2008), ao se aproximar do tema em seu estudo sobre o significado do pré-natal para gestantes usuárias de um serviço de saúde, destaca desta trajetória o marco da criação. em 1975. do Programa de Saúde materno-infantil, que teria o propósito de cuidar das gestantes, parturientes, puérperas e mulheres em idade fértil, além de seus filhos e filhas.

Portanto, no final dos anos 70 e início dos anos 80 eram evidentes as dificuldades da assistência materno infantil. Nesse contexto, a crítica do movimento feminista pressionará o MS a adotar uma outra postura política, centrada em uma visão da mulher muito além da sua função materna, mas que obviamente incluía a assistência adequada a gestação, ao parto e durante o puerpério (OSIS, 1994).[1]

No início da década de 80, esta perspectiva da abordagem da saúde materno-infantil passou a ser criticada pelo movimento feminista. Mattos (2008) destaca que um dos pontos principais dessa crítica era a denúncia de uma certa redução da mulher a sua função reprodutiva. Em resposta a esta crítica, o Ministério da Saúde (1984) lançou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

O PAISM ampliou a agenda no sentido de reconhecer, de modo mais amplo, as necessidades de saúde das mulheres, a começar pela ideia do direito do acesso

---

[1] Osis 1994 menciona a formulação dessa nova abordagem precede um pouco o lançamento do PAISM, que em sua criação contou com o apoio de outros atores, além do movimento feminista.

às informações e aos métodos que permitissem que as mulheres decidissem quando engravidar. Não é à toa que o planejamento familiar assume caráter central no PAISM. Mas o programa herdou a agenda dos cuidados com a gestante, a parturiente e a puérpera.

Na época (início dos anos 80), as chamadas afecções originárias do período perinatal já eram as principais causas de óbitos em menores de um ano, sendo responsáveis por cerca de 40% dos óbitos de causa definida nessa faixa etária. Destes óbitos, mais de 22.000 decorriam de hipóxia ou asfixia ao nascer, o que indicava as más condições dos cuidados no momento do parto. Além disso, os cerca de 8.000 óbitos de crianças pelo baixo-peso ao nascer e, sobretudo, os 339 óbitos por tétano neonatal sugeriam graves problemas nos cuidados do pré-natal. Por sua vez, no mesmo ano, pelo menos cerca de 1.600 mulheres morreram em decorrência de problemas diretamente ligados à gestação. Segundo Rezende (1975), entre as causas obstétricas diretas encontra-se problemas como hipertensão na gravidez, complicações do trabalho de parto, infecção puerperal e hemorragias obstétricas, que eram ainda muito frequentes, apesar de serem facilmente evitáveis através de adequada assistência pré-concepcional, pré-natal, durante o parto, o puerpério e entre as gestações. A precariedade da assistência a gestante também se expressava na mortalidade materna.

O PAISM, lançado em 1983 e divulgado oficialmente pelo Ministério da Saúde em 1984, deu ênfase aos cuidados básicos de saúde no que diz respeito a qualidade e humanização, e destacou a importância das ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento ou recuperação no atendimento à mulher, através das atividades de assistência clínico-ginecológica, assistência pré-natal e assistência ao parto e puerpério imediato, como forma de sistematização das ações sociais, trazendo assim a marca diferencial em relação a outros programas (BRASIL, 1984).

O programa objetivava aumentar a cobertura e concentração do atendimento pré-natal igualmente a toda a população; melhorar a qualidade da assistência ao parto, diminuindo assim os índices de cesáreas desnecessárias; aumentar os índices de aleitamento materno; e no que diz respeito a outras coisas relacionadas à mulher, implantar ou ampliar as atividades de identificação e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, controlar as doenças sexualmente transmissíveis;

desenvolver atividades de regulação da fertilidade humana, implementando o planejamento familiar, e prevenir a gravidez indesejada, evitando o aborto provocado (BRASIL, 1984).

Como estratégia da Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em baixar as taxas de mortalidade materna, o Ministério da Saúde, em 1984, implantou os comitês estaduais de mortalidade materna. Estes se desenvolveram de fato a partir 1987, começando pelo estado de São Paulo, chegando a Paraná, Goiás e Rio de Janeiro, e a todos os estados da federação no período de 1993 a 1996 já na vigência do SUS. Os Comitês de Morte Materna visam a analisar todos os óbitos maternos e apontar medidas de intervenção para redução das taxas de mortalidade materna, bem como acompanhar e avaliar permanentemente as políticas de atenção à saúde da mulher (BRASIL, 2007). Como o interesse era também baixar as taxas de morte infantil, o Ministério da Saúde lançou, em 2004, o *Manual dos Comitês de Prevenção de Mortalidade Infantil e Fetal,* com o objetivo de estruturar a vigilância dos óbitos infantil e fetal em todo o Brasil, como estratégia importante para a compreensão das circunstâncias de ocorrências de óbitos e identificação de fatores de risco e prevenção (BRASIL/MS, 2004). A instituição dos comitês parece ter contribuído para baixar as taxas de mortalidade materna no Brasil, através de um esforço mútuo dos gestores estaduais e municipais e regionais. Apesar de constituir estratégia bem aceita pelos estados brasileiros, a implantação dos comitês oscila entre avanços e retrocessos, indicando a necessidade de se fortalecer, garantindo sua continuidade e avanço no controle social.

Já no contexto do SUS, numa tentativa de melhorar a qualidade do serviço pré-natal e reduzir a mortalidade materna e neonatal, o Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, estabeleceu diretrizes e princípios norteadores do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), entre os quais se destaca o conjunto dos direitos relacionados à universalidade do atendimento ao pré-natal, parto e puerpério digno e de qualidade às gestantes e aos recém-nascidos (BRASIL, 2000).

Para que houvesse adequado acompanhamento pré-natal e assistência à puérpera, o PHPN preconizava que a primeira consulta pré-natal deveria ser realizada até o 4º mês de gestação; garantir, no mínimo, seis consultas de pré-natal

e uma consulta no puerpério até 40 dias após o nascimento; realizar os exames laboratoriais de ABO-RH, VDRL, urina rotina, glicemia de jejum, hemoglobina / hematócrito, testagem anti-HIV; aplicação de vacina antitetânica; realizar atividades educativas; classificação do risco gestacional com garantia de atendimento ambulatorial e/ou hospitalar (BRASIL, 2000).

A concepção do PHPN, apesar de introduzir, pelo menos no discurso, uma nova perspectiva, a da humanização, destacava o acesso a um conjunto mínimo de consultas e de procedimentos durante o pré-natal, bem como avançava ao tentar estabelecer um melhor vínculo entre o pré-natal e a maternidade na qual o parto deveria se realizar (SERRUYA; CECATTI; LAGO, 2004).

Por ocasião do início do governo Lula, foi feita uma análise em relação à implantação do PHPN. Na apresentação de um documento sobre assistência pré-natal, o Ministro da Saúde, Humberto Costa, escreveu:

> Apesar da ampliação na cobertura do pré-natal, a análise dos dados disponíveis demonstrou comprometimento da qualidade dessa atenção. Isso pode ser evidenciado pela incidência de sífilis congênita, pelo fato de a hipertensão arterial ser a causa mais frequente de morte materna no Brasil, também porque somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) conseguem realizar o elenco mínimo de ações preconizadas pelo Programa (SISPRENATAL) e os dados evidenciam que a atenção no puerpério não está consolidada, nos serviços de saúde. A grande maioria das mulheres retorna ao serviço de saúde no primeiro mês após o parto. Entretanto, sua principal preocupação, assim como a dos profissionais de saúde, é com a avaliação e a vacinação do recém-nascido. Isso pôde indicar que as mulheres não estão suficientemente informadas para compreenderem a importância da consulta puerperal (BRASIL, 2005).

Portanto, parece que houve uma inflexão da política frente ao pré-natal no início do governo Lula. Neste contexto, o Ministério da Saúde, em 2005, revisou, ampliou e publicou um manual técnico de atenção às mulheres, reforçando a necessidade da qualidade da assistência pré-natal e puerperal, com a finalidade de referenciar a organização da rede assistencial, capacitar profissionais e normatizar as práticas de saúde.

Segundo a literatura, o sucesso do acompanhamento pré-natal depende do interesse e participação da gestante e de seus familiares; da participação dos órgãos assistenciais federal, estadual e municipal, responsáveis por essa assistência, fornecendo recursos necessários, fiscalizando suas aplicações,

facilitando o agendamento de consultas e realizando os exames solicitados; e da atuação do pré-natalista (CORREA et al, 2004).

Segundo o documento do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005), as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde devem adaptar, colocar em prática e avaliar a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde, visando a garantir o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção de atitudes e condutas favoráveis ao desenvolvimento adequado da gravidez, do parto e do puerpério, num contexto de humanização da atenção.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2005) publicou exemplos de orientações amplamente consensuais para a garantia do atendimento integral, a saber: a importância do pré-natal, o desenvolvimento da gestação, modificações corporais e emocionais, sintomas comuns e queixas frequentes na gravidez, nutrição e atividade física durante a gravidez, atividade sexual, importância do vínculo pai e filho, medidas de higiene, sinais de alerta, preparo para o parto, sinais e sintomas do parto, incentivo ao aleitamento materno, cuidados pós-parto, cuidados com o recém-nascido, importância das consultas puerperais, impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério, benefícios e direitos da mãe e planejamento familiar. O foco deste trabalho serão exatamente essas orientações.

Em síntese, temos assistido ao longo do tempo, nos desenhos das políticas de saúde voltadas para os cuidados às gestantes e parturientes, alguns deslocamentos. De um lado, o abandono da lógica da saúde materno-infantil e a introdução da ideia de integralidade na construção das políticas voltadas para a saúde da mulher. Por outro, a mudança da estratégia, que em certo momento enfatizou a oferta de pelo menos um conjunto mais limitado de procedimentos, por uma estratégia que indica de modo mais abrangente o conjunto de ofertas possíveis e necessárias ao conjunto das mulheres, abrindo-se a possibilidade de uma resposta mais integral a tais necessidades. Por sua vez, na medida em que se atenuam um pouco alguns problemas relativos ao acesso ao pré-natal, há uma crescente preocupação com a qualidade do mesmo. Neste último item, cabe destacar a importância crescente da discussão sobre humanização do cuidado.

1.2 **Falando sobre medicalização, integralidade e humanização**

Por um longo período, o processo de trabalho de parto acontecia no domicílio das mulheres, com o auxílio das parteiras que conduziam o parto, devido à vivência prática experimentada por elas no decorrer da vida. As mulheres preferiam a companhia das parteiras, devido a confiança, exposição física e condição humanitária durante o trabalho de parto.

Com o passar dos anos, cada vez menos se ouvia falar do trabalho das parteiras, que perdeu campo para a prática médica, transformando aspectos da vida cotidiana em objetos da medicina. Segundo Mattos (2008), um processo longo de invasão da vida social pelo saber médico, chamado de medicalização, que proporcionou a construção do lugar social dos profissionais da saúde, inicialmente tomado pela construção de uma ordem social médica. No que diz respeito ao processo de medicalização do corpo feminino, a medicina, na década de 90, passou a dominar a obstetrícia e assumiu o poder, substituiu as práticas não-intervencionistas das parteiras no trabalho de parto pela intervenção médica institucionalizada controlada pelo homem (ARRUDA, 1989).

Falar de medicalização nos permite abranger um campo muito mais amplo que o processo de institucionalização do parto apenas, que envolve uma invasão da vida pelo conhecimento médico, identificado no início do século XIX, no Brasil, pelo interesse em produzir um radical processo de medicalização da sociedade. Mattos (2008) descreve que na época, os médicos adotaram três estratégias de luta a favor da medicalização: a atuação médica, criando um monopólio do saber sobre as questões da saúde; reprimir e combater os opositores a essa ação, cobrando ajuda do Estado frente a essa posição; e a inclusão do posicionamento médico em espaços institucionais no campo político a vista da sociedade, no sentido de articular os interesses próprios como se fossem de todos. Vale lembrar que o processo de medicalização, na época, também alcançou todo o espaço urbano, tendo como base a higiene, ampliando o horizonte de atuação através da construção de normas sociais, derivadas do conhecimento médico.

Estas estratégias foram muito bem sucedidas. Portanto, vivemos em uma sociedade intensamente medicalizada. Tal medicalização tem sido objeto de críticas:

ela de certa forma expropria a saúde, pois se baseia no reconhecimento de que as pessoas não têm em geral condições de cuidar de si. Toda a forma de cuidado parece que necessita de uma mediação dos profissionais de saúde. Nesse sentido, a medicalização aparece como opressora, colonizadora, geradora de tutela. Trata-se de uma crítica muito importante, pois nos leva a lutar por um processo de desmedicalização, ou seja, pelo aumento da capacidade dos sujeitos de cuidarem de si, por práticas emancipatórias.

Na medida em que o processo de medicalização ia se construindo, opiniões divergentes foram sendo criadas: por um lado, os que apontam argumentações positivas, como na fala de Mattos (2008), que argumenta que a morte e o nascimento devem se dar sob olhar dos profissionais da saúde. Por outro, argumentações negativas apontam a medicalização também como opressora, colonizadora, geradora de tutela. Daí a proposta de pensar nas ações que se voltem para as duas coisas: defender a vida e ser emancipatória.

Os profissionais de saúde, no contexto de nossa sociedade medicalizada, detêm um acúmulo de informações sobre a gestação e o parto, e sobre os cuidados adequados, que as mulheres não possuem. Isto gera a necessidade de uma certa tutela, de um certo acompanhamento. Consideramos isso positivo enquanto tal acompanhamento seja capaz de defender a vida – isto é, reconhecer problemas que estreitem os limites da vida da gestante ou do bebê, intervir buscando alargá-los, recomendar ações que reduzam a chance de surgimento desses problemas e não produzir sofrimento adicional. Por sua vez, se no ponto de partida de um encontro do profissional de saúde com uma mulher gestante há uma grande diferença de acúmulo de informações sobre a gestação e o cuidado adequado, podem-se organizar práticas voltadas para aumentar a emancipação, e nesse sentido, reduzir a expansão da medicalização para além dos limites nas quais ela sustenta e defende a vida.

É nesta perspectiva que se colocam as possibilidades de orientação. Podemos dizer que as necessidades de orientação nascem da assimetria de informação (e portanto, de poder) entre gestante e profissional. Mas o que caracteriza um modo de orientar emancipatório? Diríamos que, em primeiro lugar, ele deve centrar-se no outro – ou seja, o profissional deve valorizar o sofrimento do outro e, a partir disso, compreender que a orientação precisa fazer sentido no modo

de andar a vida do outro e que seja voltada ao cuidado integral ligado às práticas dos profissionais da saúde que se preocupem continuamente em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar para dar lugar à emancipação e à maior autonomia por parte dos sujeitos. Para fazer isso, é necessário que o profissional se abra para compreender a vida da outro, e que dialogue no sentido de conferir se sua oferta é razoável, ou se faz sentido para o outro, buscando construir um padrão de organização mais centrado nos sujeitos que sofrem.

Mattos (2008) começa falando da relação entre profissionais e sujeitos, de uma possibilidade de relação emancipadora, em que o profissional, sem abandonar a racionalidade médica, possa analisar criticamente a melhor proposta terapêutica a ser aplicada e que seja capaz de produzir um sucesso prático em cada encontro com o outro. Ou seja, com o exercício da prudência frente às práticas cotidianas da medicalização, pode-se defender uma promoção da saúde centrada no conhecimento da doença. Resistir à medicalização exige a consciência dos limites do conhecimento que nos autoriza socialmente a oferecer ao diálogo com o outro nossas propostas de evitar sofrimentos futuros.

Esta capacidade de fazer orientações com a perspectiva emancipatória envolve, pois, o acolhimento, o vínculo e a escuta. O acolhimento é uma das diretrizes de maior relevância ética / estética / política da Política Nacional de Humanização do SUS e é um incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento de saberes. É uma ação técnico-assistencial que possibilita o encontro entre os sujeitos, a compreensão do outro, o compartilhamento dos saberes, autonomia, responsabilidade e resolutividade das questões e a saúde integral do indivíduo (BRASIL, 2008).

Segundo Mattos (2006), a integralidade é um dos princípios do SUS relacionado com o atendimento integral, e mais do que isso, é um conjunto de valores pelos quais vale lutar pelo que é ideal, ou seja, uma sociedade mais justa e mais solidária. O autor descreve a integralidade como uma “imagem objetivo” usada para designar certa configuração de um sistema ou de uma situação que alguns atores na arena política consideram desejável e que tem como propósito principal, distinguir o que se almeja construir, do que exite. Ela trás consigo vários sentidos, ou seja, um grande número de possibilidades de realidades futuras, a serem criadas através de nossas lutas, que tem em comum a superação daqueles aspectos que se

criticam na realidade atual que almejamos transformar. Nesse sentido, defender a integralidade é discutir de que forma os profissionais respondem aos pacientes que os procuram, ou seja, reconhecer através das práticas de saúde, um sentido profundamente ligado aos ideais da medicina integral onde possa valorizar o modo de andar a vida.

O mesmo autor contextualiza que a integralidade emerge como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde, que se caracteriza pela busca também contínua de ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde de um grupo populacional. Ampliação que depende do diálogo entre diferentes sujeitos e entre seus diferentes modos de perceber a necessidade integral do indivíduo, ser capaz de estabelecer uma relação com o outro o tratando como sujeito e não objeto.

Para Favoreto (2008), quando o objeto de atenção dos serviços e dos profissionais é o sujeito, obriga-se a discutir a efetividade, continuidade e terminalidade do serviço ofertado, que abre portas para o diálogo entre os diferentes saberes, possibilitando um olhar integral no processo de construção da atenção integral no âmbito dos serviços de saúde. Essas são as ideias-chave da humanização.

Para Forte (2004), humanizar é possibilitar uma transformação cultural da gestão e das práticas desenvolvidas nas instituições de saúde, assumindo uma postura ética de respeito ao outro, de acolhimento do desconhecido, de respeito ao usuário entendido como um cidadão, e não apenas como um consumidor de serviços de saúde. A humanização depende da nossa capacidade de falar e ouvir, depende do diálogo com o nosso semelhante. Humanizar a assistência à saúde é dar lugar não só à palavra do usuário, como também a do profissional da saúde, para que se possa construir uma rede de diálogo (BRASIL, 2006a).

A proposta de humanização dos serviços públicos de saúde é, portanto, valor básico para conquistar melhor qualidade no atendimento à saúde dos usuários e nas condições de trabalho dos profissionais de todo o sistema de saúde. A humanização tem como meta uma nova cultura institucional, que possa instaurar padrões de relacionamento ético entre gestores, técnicos e usuários. Tal tarefa exige autonomia, liberdade e responsabilidade. Em contrapartida, oferece a possibilidade de

reconstrução, perante a comunidade, da tão desgastada imagem do serviço público de saúde (BRASIL, 2006a).

Tudo isso que o Ministério da Saúde propõe vai ao encontro da imagem do serviço de saúde voltada para a saúde materno-infantil. É fundamental, para a saúde materna e neonatal, que haja uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada. Para tanto, a equipe assistencial precisa compreender o ser humano em sua totalidade, só que os profissionais e usuários precisam estar dispostos a mergulharem juntos num processo de confiança para que tenham um relacionamento mútuo, pondo em prática a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2005).

> A atenção com qualidade e humanizada depende da provisão dos recursos necessários, da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2005).

O Ministério da Saúde preconiza que a atenção obstétrica e neonatal prestada pelos serviços de saúde deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização, e que o profissional deve ser um instrumento para que a gestante adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde (BRASIL, 2005).

Como um dos componentes das ações básicas de saúde, a ação educativa deve ser desenvolvida por todos os profissionais que integram a equipe da unidade de saúde, estar inserida em todas as atividades e deve ocorrer em todo e qualquer contato entre profissional de saúde e a gestante. Tem por objetivo levar a população a refletir sobre a saúde, adotar práticas para sua melhoria ou manutenção e realizar mudanças, novos hábitos para a solução de seus problemas (ARAÚJO, 1999).

Segundo Forte (2004) o humanismo está relacionado a uma ética baseada na espécie humana e nos ideais partilhados pelos indivíduos, assim como a um conjunto de valores que explicam os empreendimentos científicos e tecnológicos. Pode ser expresso pelo caráter e qualidade da atenção, levando em conta interesses, desejos e necessidades dos atores sociais implicados nesta área.

É fundamental para a saúde materna e neonatal, que haja uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada, para isso, a equipe assistencial precisa compreender o ser humano em sua totalidade, só que para isso, profissionais e usuários necessitam estar dispostos a mergulharem juntos em um processo de confiança para que tenham um relacionamento mútuo, pondo em prática a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (BRASIL, 2005).

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde siga corretamente os procedimentos técnicos durante o exame clínico e obstétrico, tais como, o cálculo da idade gestacional e da data provável do parto, avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, controle da pressão arterial palpação obstétrica, medida da altura uterina, ausculta do batimentos cardíacos fetais, registro dos movimentos fetais, detecção de edema e o preparo das mamas para o aleitamento. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, visando garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos (BRASIL, 2005).

As orientações preconizadas pelo Ministério da Saúde de 2005 são para os sinais e sintomas que se manifestam ocasional ou transitoriamente durante pré-natal, como exemplo, pirose, náuseas, vômitos, sialorréia, fraquezas e desmaios, dor abdominal, obstipação intestinal, dispnéia, dor lombar, cefaléia e outros; que não tem relação com doenças complexas e que com as orientações diminui e/ou desaparece com orientações alimentares e posturais. Bem como para intercorrências clínicas que poderão surgir como hiperêmese, síndromes hemorrágicas, ameaça de aborto, placenta prévia, deslocamento prematuro de placenta e outros. Para detecção dos mais diversos sinais e sintomas é necessário que a haja diálogo, ou seja, o acolhimento durante os encontros entre profissional e usuário (BRASIL, 2005).

No entanto, o interesse deste estudo é refletir sobre as formas como as orientações eram vividas pelas mulheres, frente a uma perspectiva emancipatória, e se as conversas que sabemos serem capazes de defender a vida estão sendo adequadamente travadas diante das práticas assistenciais no município de Maringá; o que será reconhecido através de certo cunho avaliativo no estudo, demonstrado no percurso da pesquisa.

1.3 **Avaliação de programas e serviços de saúde**

Contandriopoulos et al (1997) fazem uma retrospectiva na qual afirmam que o conceito de avaliação de programas públicos surge após a Segunda Grande Guerra, em virtude da necessidade de melhoria da eficácia da aplicação dos recursos pelo Estado.

Existe uma diversidade grande no que diz respeito à tipologia da avaliação que se manifesta através do interesse prático. Analisando o conceito de avaliação segundo o qual avaliar é julgar algo, esse julgamento pode ser resultado da comparação de normas, ou ser elaborado a partir de um conhecimento científico na busca de dados objetivos. Alguns autores entendem que a avaliação pode ser concebida como uma atividade de natureza normativa, que para sua execução exigiria um rigor metodológico qualitativo, que no campo de avaliação de serviços e programas se faz presente ainda na administração pública do país (AGUILAR; ANDER-EGG, 1994).

Há, no entanto, várias críticas sobre esta posição. Por trás desta ideia talvez possa estar a compreensão de que o conhecimento científico seja um conhecimento neutro e objetivo e que seja capaz de indicar o que é melhor. Ambos os aspectos podem ser criticados: o primeiro, porque para muitos autores a objetividade da ciência ocorre entre os sujeitos, ou seja, a ciência seria uma prática social de determinados grupos (as comunidades de cientistas). Por sua vez, não é absolutamente claro por que razão a ciência deveria ser capaz de indicar o que é melhor. A indicação do que é melhor é necessariamente subjetiva. A busca da subjetividade não implica mais a neutralidade, mas a explicitação dos posicionamentos valorativos que, à medida que são construídos, se abrem para o conhecimento científico compromissado com certos valores e com certos posicionamentos ético-políticos. Nesse sentido, vários autores defendem que a produção do conhecimento científico não deve aspirar à neutralidade (MATTOS, 2008).

Quando se faz uma análise dos estudos de avaliação realizados, observa-se um predomínio de pesquisas como, por exemplo, no campo da Saúde Pública, utilizando métodos e técnicas específicas que se apropriam de um conjunto de

procedimentos para coleta e análise de dados que tentam aumentar a probabilidade de demonstrar e confirmar de modo objetivo o valor de uma atividade social (UCHIMURA; BOSI, 2002). Para tanto, esses autores sugerem a utilização de um método de pesquisa apropriado para a análise qualitativa de uma intervenção a partir das dimensões relevantes aos grupos de interesse (atores sociais) que interagem com determinado programa ou serviço.

Para fundamentar e instrumentalizar o processo de desvelamento da singularidade e do sentido presentes no que é vivido pelos usuários em determinados programas, a tradição qualitativa nos apresenta como um profícuo caminho metodológico. Para esses autores, a avaliação objetiva, qualitativa, que cada vez mais se apropria de métodos científicos, manifesta-se cada vez mais como um método relevante no processo de avaliação dos programas e serviços sociais (UCHIMURA; BOSI, 2002).

Por isso, concordamos com os autores sobre a importância do aspecto qualitativo da avaliação, mas não partilhamos da ideia de objetividade presente nessa acepção. A pesquisa qualitativa é capaz de investigar os níveis mais profundos das relações sociais através de um trabalho de investigação das construções humanas por intermédio dos atos, relações e estruturas sociais que não reconhecem como ciência a atividade objetiva, mas propõem a subjetividade como fundante do sentido e a defendem como constitutiva do social. Ou seja, não se preocupa em quantificar, mas em lograr, explicar os meandros das relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional, que pode ser apreendida através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum (MINAYO, 2000).

Talvez a subjetividade seja a melhor forma de aquisição do conhecimento científico crítico na prática social, em que se torna possível fundamentar muito mais um conjunto de crenças e valores partilhados por um certo grupo de pessoas, permitindo assim a explicitação dos posicionamentos valorativa (MATTOS, 2008).

Parece importante analisar subjetivamente o modo como as práticas das ações na saúde materno-infantil acontecem, compreender a forma como as mães vivenciam o período da gravidez ao parto e puerpério, e qual o sentido das práticas profissionais, mediante a assistência as mulheres. Concordamos com Mattos quando ele almeja que as práticas dos profissionais da saúde estejam relacionadas

a um cuidado integral, no qual as intervenções dos profissionais de saúde se façam apenas na medida em que efetivamente possam alargar os limites do modo de andar a vida. Ou seja, um cuidado que se preocupe continuamente em descolonizar, reduzir as tutelas, deixar de vigiar e controlar, para dar lugar à emancipação, à maior autonomia por parte dos sujeitos que sofrem ou que podem vir a sofrer (MATTOS, 2008).

As práticas das ações educativas relacionadas ao processo de assistência ao pré-natal e puerpério, orientadas pelos profissionais da saúde e vivenciadas pelas usuárias, são de fundamental importância para a compreensão das situações vividas pelas mães, desde a gravidez até o parto e pós-parto. Elas assumem formas de orientações que os profissionais julgam importante para a saúde da mulher e da criança. Deste modo, optou-se por ouvir as mulheres que fizeram pré-natal no município de Maringá.

2 **O PERCURSO DA PESQUISA**

A primeira escolha feita na trajetória desta dissertação foi, portanto, olhar para além do trabalho da equipe na qual trabalhava, para o conjunto de práticas no pré-natal realizado nos serviços de saúde do SUS de Maringá. Contudo, a realização de um estudo de cunho avaliativo de tais práticas escapava, pela sua abrangência, aos limites de tempo e recursos disponíveis. Dois recortes foram feitos no sentido de dar viabilidade à pesquisa. O primeiro consistiu na pretensão de focalizar as orientações dadas às mulheres nas suas consultas do pré-natal. O segundo foi o de abordar as práticas a partir do posicionamento das mulheres atendidas. Tais escolhas trazem, obviamente, limites ao estudo, mas por sua vez possibilitam, ainda que em caráter exploratório, que nos debrucemos sobre as formas como as mulheres vivenciaram as práticas do seu pré-natal. Pretendíamos, de modo mais específico, compreender como as mulheres vivenciaram as orientações na assistência pré-natal, e como elas perceberam o impacto dessas orientações.

2.1 **Apresentação do objeto**

Nosso objeto de estudo é a assistência pré-natal e puerperal, suas bases teóricas e conceituais e a apropriação dessas orientações como embasamento para análise da atenção recebida no contexto do atendimento às mães nas unidades básicas de saúde, especificamente as ações educativas recebidas na atenção às usuárias.

2.1.1 <u>A pesquisa</u>

O estudo foi desenvolvido através de pesquisa qualitativa, na qual foram realizadas entrevistas semiestruturadas versando sobre a assistência no pré-natal, parto e pós-parto, levando-se em conta a humanização, o acolhimento, a padronização da assistência, a atenção e as ações educativas.

Para Menga e Marli (1986), a vantagem da entrevista sobre outras técnicas é que ela permite a captação imediata e corrente de informações desejadas, a qual permite o tratamento de assuntos de natureza estritamente pessoal e íntima, assim como temas de natureza complexa, o que a torna particularmente útil na obtenção das informações desejadas. A liberdade de percurso está associada especificamente à entrevista semiestruturada, em que as informações que se quer obter são abordáveis através de um instrumento mais flexível quando comparada à entrevista padronizada.

Para análise das entrevistas, optou-se em estabelecer as categorias através do levantamento dos elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si. Para Gomes (1994), trabalhar com categorias significa agrupar elementos, ideias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo isso e pode ser utilizado em pesquisa qualitativa. Segundo o mesmo autor, as categorias podem ser estabelecidas antes do trabalho de campo ou a partir da coleta dos dados, e quando formuladas a partir da coleta de dados, são mais específicas e mais concretas.

A análise privilegiou comparar as narrativas das mulheres com as diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal preconizadas na perspectiva da construção da integralidade e da autonomia das mulheres. Neste sentido, a pesquisa foi desenvolvida com puérperas que receberam assistência pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em unidades de saúde no município de Maringá.

2.1.2 A entrada no campo

Para realizar a pesquisa, o Centro de Formação e Capacitação Permanente dos Trabalhadores da Saúde (CECAPS) junto à Secretaria Municipal de Saúde do município, exigiu a entrega do projeto de pesquisa aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, com apreciação favorável em dezembro de 2008. A coordenadora do CECAPS passou uma listagem das unidades de saúde para a realização da pesquisa. Foi aleatória a escolha das unidades, sem o conhecimento prévio das mesmas. Foi realizada a visita nas unidades, e através de um encontro com as

agentes de saúde, foi possível colher dados como nome da mãe, endereço e telefone das participantes da pesquisa, cujos critérios de inclusão eram: idade acima de 18 anos, estar no período puerperal e ter participado do pré-natal nas unidades escolhidas para o estudo.

Para Cruz Neto (1994), a entrada no campo pode apresentar vários obstáculos que possam dificultar ou até mesmo inviabilizar essa etapa da pesquisa. Para evitar isso, devemos buscar uma aproximação com as pessoas participantes do estudo, que pode ser facilitada através do conhecimento daqueles que mantêm sólidos laços de intercâmbio com os sujeitos a serem estudados. Essa aproximação, de preferência, deve ser gradual, em que cada dia de trabalho seja refletido e avaliado com base nos objetivos preestabelecidos.

2.1.3 Sobre a entrevista

Os elementos que constituíram a base para a construção dos instrumentos de observação das entrevistas são provenientes do *Manual Técnico sobre Pré-natal e Puerpério,* do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

O roteiro de entrevista utilizado como norteador da discussão foi elaborado com vistas a suscitar o objetivo da pesquisa, o interesse em perceber como era vivenciadas pelas mães as orientações recebidas na assistência pré-natal e como elas perceberam o impacto das orientações.

Para Minayo (2000), o roteiro de entrevista contém poucas questões, visa a apreender o ponto de vista dos atores sociais e é um instrumento para orientar uma entrevista, ele deve ser o facilitador de abertura, de ampliação e de aprofundamento da comunicação.

Pressupomos que os temas sobre o que deveria ser objeto de conversa durante o pré-natal não parecem ter sido tratados nos atendimentos. Optamos, assim, por criar um roteiro de perguntas (apêndice A), para que fossem levantados os temas relevantes para análise.

As entrevistas foram agendadas pessoalmente ou por telefone, as puérperas eram informadas sobre o objetivo da pesquisa e convidadas a participar da mesma.

Assinavam um termo de consentimento livre e esclarecido (apêndice B) e as entrevistas eram realizadas no domicílio das mães.

Para Gomes (1994), é importante a apresentação da proposta do estudo aos grupos envolvidos, a fim de se estabelecer uma relação de troca. Os grupos devem ser esclarecidos sobre aquilo que se deseja investigar e as possíveis repercussões favoráveis advindas do processo investigatório baseado no diálogo, permitindo efetiva interação entre o pesquisador e o sujeito da pesquisa.

A metodologia utilizada para a decisão da interrupção das entrevistas foi a de repetição – ou seja, a partir do momento em que os dados colhidos passaram a se repetir durante as falas das entrevistadas, quando não fosse possível acrescentar nada de novo, as entrevistas eram encerradas.

Por questões éticas, foi preservado o anonimato, e as participantes do estudo foram identificadas com nomes fictícios, sendo a escolha definida pelo nome de algumas das madrinhas que participaram da campanha pela amamentação em parceria com a Sociedade Brasileira de Pediatria e Ministério da Saúde. Dentre elas, Claudia Leite, Dira Paes, Cássia Kiss, Maria Paula, Isabel Filardis, Glória Pires e Luiza Brunet. O nome dos profissionais que foram citados durante as entrevistas foi identificado por nomes em inglês.

Todas as entrevistas foram gravadas e depois transcritas, para possibilitar a análise das mesmas. Desta forma, para análise dos dados foi possível delinear as categorias e levantar os dados que pudessem servir de explicação para as dúvidas prévias da pesquisa. A escolha das categorias foi baseada nas características das mensagens veiculadas.

Minayo (2000) descreve que, para uma proposta de interpretação qualitativa de dados ser considerada adequada, o contexto necessita ser compreendido e para tanto, o ponto de partida é o interior da fala. Primeiramente, faz-se a ordenação dos dados, sendo mapeados todos os dados obtidos no trabalho de campo envolvendo as transcrições das gravações, releitura do material, organização dos relatos. Em seguida, estabelecem-se interrogações para identificar o que surge de relevante, e são elaboradas as categorias específicas. Finalmente, estabelecem-se articulações entre os dados e os referenciais teóricos, respondendo às questões da pesquisa com base nos objetivos do estudo.

2.1.4 Os sujeitos da pesquisa

Foram 7 as participantes da pesquisa, mulheres que se encontravam no período puerperal e realizaram o acompanhamento pré-natal em unidades de saúde no município de Maringá. Houve diferença no número de filhos das entrevistadas, com variação de um a três. Encontramos mulheres casadas e solteiras, com e sem profissão que havia passado por parto vaginal, outras por cesárea, conforme tabela abaixo.

Tabela 1: Caracterização das mulheres participantes da pesquisa.

Entrevistadas (nome fictício)	**Número de Filhos**	**Tipo de parto**	**Profissão**	**Estado Civil**
Claudia Leite	1	Vaginal	Do lar	Casada
Dira Paes	2	Cesária	Costureira	Casada
Cássia Kiss	1	Vaginal	Vendedora	Casada
Maria Paula	1	Cesária	Do Lar	Solteira
Isabel Filardis	2	Vaginal	Confeiteira	Casada
Glória Pires	3	Cesária	Do lar	Casada
Luiza Brunet	2	Cesária	Do lar	Casada

Fonte: Usuárias das Unidades de Saúde do município de Maringá – Pr.

2.2 **A caracterização do município de Maringá**

Antes mesmo de caracterizar o município, interessamo-nos em contar um pouco da história de Maringá. Uma das maiores curiosidades é com relação à origem do nome da cidade. Parece até uma curiosidade coletiva, em que cada morador ou curioso tenta desvendar ou justificar a origem desse nome. Nessa tentativa, lendas e lendas foram criadas, dentre elas a história da moradora da cidade de Pombal, interior da Paraíba, que morava numa ruazinha coberta por

ingazeiros, uma linda cabocla de nome Maria do Ingá. Era filha de retirantes nordestinos, dona de uma beleza encantadora, de corpo bem feito, pele morena, olhos e cabelos negros. Maria fascinava a todos, inspirando ardentes paixões. Um dia, uma seca inclemente levou a linda Maria, deixando o político Rui Carneiro, pioneiro de Maringá, desolado de tristeza. Bairrista como todo nordestino, Rui pediu ao amigo Joubert de Carvalho que fizesse uma música que exaltasse a mulher amada e sua terra natal. Para o famoso compositor, não foi difícil fazer a combinação poética da Maria do Ingá. Na fusão das palavras de Maria mais Ingá, surgiu Maringá, dando origem a Canção "Maringá, Maringá" (SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ, *on line,* 2009).

O povoamento da área compreendida pelo atual município de Maringá iniciou-se por volta de 1938, mas foi apenas a partir dos primeiros anos da década de 40 que começaram a ser erguidas as primeiras edificações propriamente urbanas, na localidade conhecida mais tarde por Maringá Velho. Eram umas poucas e bastante rústicas construções de madeira de cunho provisório. Destinavam-se, fundamentalmente, a organizar na região um pólo mínimo para o assentamento dos numerosos migrantes que afluíam para a nova terra.

Os pioneiros chegavam em caravanas procedentes de vários estados do Brasil, organizadas pela CMNP (Companhia Melhoramentos Norte do Paraná), em sua maioria colonos paulistas, mineiros e nordestinos. Nos anos de 1947 e 1949 mais chegaram famílias. No pequeno núcleo urbano que surgia, concentravam-se as atividades de compra e venda de terras, as negociações entre proprietários, hospedagem de colonos recém-chegados e algumas práticas ínfimas de comércio varejista.

Maringá foi fundada em 10 de maio de 1947 como distrito de Mandaguari, em 1948 passou à categoria de vila, elevada a município em 1951, tendo como distritos Iguatemi, Floriano e Ivatuba. A categoria de comarca veio em 1954. A partir de 1998, tornou-se sede da região metropolitana, integrada, além de Maringá, pelos municípios de Sarandi, Paiçandu, Mandaguaçu Marialva, Mandaguari, Iguaraçu e Ângulo. Maringá é um dos poucos municípios a comemorar sua data máxima quando da fundação, e não de sua emancipação. É uma cidade cujo crescimento, obedece a um plano de desenvolvimento urbano. A CMNP contratou o arquiteto e urbanista Jorge Macedo Vieira (1894-1978), paulista que já constava em seu

currículo projetos como o do Jardim Paulista, da cidade de São Paulo e de Águas de São Pedro, no interior do mesmo estado. Esse arquiteto jamais esteve em Maringá, mas criou um projeto considerado na época, 1945, um dos mais arrojados e modernos. Sem conhecer a localidade que planejava, seguiu apenas as orientações da Companhia, que exigia largas avenidas, muitas praças e espaços para árvores.

Surgida no período de ouro do ciclo do café, Maringá hoje apresenta diversificada produção agrícola, composta de soja, algodão, milho, cana-de-açúcar e trigo, sendo também grande produtora do bicho-da-seda. Os setores industriais de mais destaque são: alimentação, confecção, agroindústria, metal-mecânico e outros. Seu progresso acontece harmoniosamente, sem perder as características de cidade planejada, onde a consciência pela preservação da natureza se impõe, como se pode notar, por sua farta arborização, que proporciona um festival de cores todos os meses do ano.

Maringá situa-se geograficamente no Noroeste do Paraná, localizada num divisor de águas, sendo cortada, em sua parte sul, pela linha imaginária do Trópico de Capricórnio.

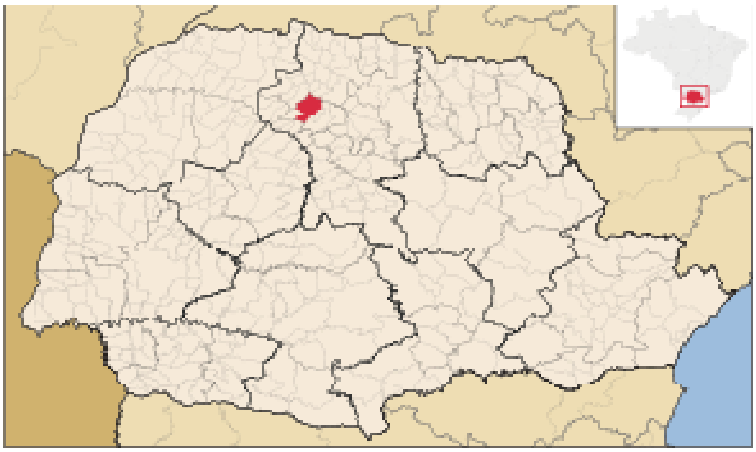

Figura 1: Localização da cidade de Maringá – Brasil.
Fonte: www.informacaosobre.com/Maringá

Cidade constituída de diversas etnias forma um meio cultural múltiplo, em função da corrente migratória que para aqui veio, como as colônias japonesa, portuguesa, árabe, alemã e italiana, que muito enriqueceram a cultura do município com a preservação de suas tradições e folclore. A diversificação de sua economia,

aliada ao espírito empreendedor, dinâmico e laborioso de seus habitantes, assegura boa qualidade de vida a todos os que lá habitam.

Quanto à saúde, até a década de 90, especificamente voltada à assistência pré-natal, era tão precária que somente 35% das mulheres procuravam assistência ao parto em Maringá; a maioria buscava atendimento em cidades vizinhas devido à carência da atenção na época, que também não era das melhores, havendo elevadas taxas de mortalidade materno-infantil. Com a implantação do Programa de Humanização ao Pré-natal e Nascimento (PHPN) em 2000, pelo Ministério da Saúde, Maringá decidiu aderir ao programa no início de 2001. Desde então, começou aumentar a cobertura do pré-natal até o pós-parto, melhorando a qualidade da assistência e reduzindo as taxas de mortalidade materno-infantil. Com isso as mulheres passaram a buscar assistência no próprio município, chegando a 100% de cobertura assistencial em 2005 (SECRETARIA DO ESTADO DO PARANÁ, *on line*, 2009).

A população de Maringá, no ano de 2005, era de 318.952 habitantes, passando para 331.412 em 2008 e 335.511 em 2009. A população de mulheres na faixa etária dos 15 aos 49 anos, no ano de 2005, foi de 96.894, e no ano de 2008 era de 99.290 (IBGE, 2008).

A cobertura de assistência pré-natal no município de Maringá, em 2005, foi de 100%, com um total de 4.183 nascidos vivos, segundo o Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC)**.** Deste total, 82,1% das gestantes realizaram sete ou mais consultas pré-natal, 15,0% realizaram de quatro a seis consultas, 2,1% realizaram entre uma a três consultas e apenas 0,4% nenhuma consulta. Para o ano de 2007, respectivamente, os resultaram mostraram 82,0%, 14,7%, 2,4% e 0,6%, considerando-se um total de 4.177 nascidos vivos.

Dos nascidos vivos de Maringá por residência no ano de 2005, 3.870 gestantes tiveram a duração da gestação entre 37 e 41 semanas, comparada ao ano de 2007, quando foram 3.798 gestantes, período este considerado como de menor risco para a mãe e para o bebê. Ao analisarmos os dados no ano de 2007 no que diz respeito ao tipo de parto, Maringá registrou um percentual de 53% de partos cesáreos, contra 46% de partos vaginais pelo SUS, já na saúde suplementar foi 96% de partos cesáreos e 3% de partos vaginais. A estimativa dos partos realizados no público neste mesmo ano foi de 49% e do privado, 50%. A cobertura estimada da

saúde suplementar no município no ano de 2008 foi de 44% (SINASC, *on line,* 2008). No âmbito do SUS, os partos são realizados predominantemente em dois hospitais no município.

No ano de 2005, segundo o Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB), em Maringá houve 1.048 gestantes cadastradas. Para os anos de 2006, 2007, 2008 e 2009 foram respectivamente 1.002, 737, 1.004 e 908 cadastros realizados.

Segundo a Secretaria de Saúde de Maringá (SSM, *on line,* 2009), em 2006 o número de nascidos vivos foi de 4.183; para o ano de 2007, foi de 4.177; e em 2008 esse número subiu para 4.491. Ao analisarmos a morte materna para os respectivos anos, foram três no total, uma em cada ano. Dados de 2008 mostraram que dos 4.491 nascidos vivos, houve 30 óbitos fetais e 38 óbitos de crianças menores de um ano. Em 2009, até o presente momento, o número de nascidos vivos foi de 3.220, deste total, 18 óbitos fetais e 31 óbitos de crianças menores de um ano.

3 **OUVINDO AS MULHERES**

Como já indicamos aqui, após a transcrição das entrevistas, procedemos à leitura cuidadosa das mesmas, realizando um processo de categorização. Os resultados são apresentados em torno de três categorias transcritas: o acolhimento, as ações educativas e a ética.

3.1 **Acolhimento?**

A primeira categoria analisada explora algumas vivências do acolhimento ou da falta dele nos serviços de saúde. Trata fundamentalmente das percepções do que cada mulher vivenciou nos encontros com os profissionais.

Maria Paula em seu relato faz um contraste entre dois profissionais:

> [O pré-natal] Foi com o ginecologista, o Dr. Brown é também clínico geral, no entanto ele é bem grosso, ele é bem estúpido, tanto que eu até reclamei na secretaria de saúde dele, aí disseram que eu poderia estar mudando de médico, mas teria que ir em outro posto (Maria Paula).

O relato é interessante. Maria Paula deveria fazer seu pré-natal com o Dr. Brown, mas diante da estupidez e grosseria dele, faz uma queixa à Secretaria de Saúde. Diante da reclamação da mãe, ela recebe a orientação de mudar de profissional e procurar assistência em outra unidade. Do modo como o problema foi contornado, parece que implicitamente se reconhece que grosseria e estupidez podem fazer parte das práticas de saúde, embora se reconheça que, pelo menos diante delas, a paciente tenha o direito de ser atendida por outro profissional. O relato não sugere qualquer intervenção sobre o Dr. Brown. Para Maria Paula, contudo, há certa sensação de sucesso; afinal seu direito de não ter um atendimento com grosserias e estupidez foi atendido.

Uma comparação entre atitudes distintas de dois profissionais também aparece no relato de Cassia Kiss:

> Há o Dr. Nicolas falou que era normal eu ter engravidado, apesar de que não era para eu ter engravidado porque eu era muito nova. Só que ele falou que era para eu

> ter voltado, ele viu meu ultra-som, meus exames que eu tinha feito, ele foi totalmente estúpido porque, ele só faltou rasgar os exames ali, né, não era aquela pessoa que conversava com você, que perguntava como você estava. A Dr. Brenda não, antes de abrir os exames ela perguntava como eu estava, como estava a neném, sempre conversava, era diferente. Com o médico não se você perguntava alguma coisa que ele não gostasse [...]; eu tinha até medo de perguntar alguma coisa para ele, porque ele dava patada (Cássia Kiss).

Há certo ressentimento no relato acima. Cássia se queixa do desinteresse – "*não era aquela pessoa que conversava com você*" – das "patadas" que o profissional dava quando fazia alguma pergunta de que ele não gostasse, da maneira um tanto desrespeitosa como o médico abordou a paciente. Na sua lembrança, uma imagem invasiva, a de um médico que teria insinuado que ela não deveria ter engravidado tão nova. Trata-se de um relato ressentido, pela falta completa do acolhimento. O acolhimento reconhecido como uma das diretrizes de maior relevância ética / estética / política da Política Nacional de Humanização do SUS, onde parte da ideia de compromisso coletivo torna inadmissível que situações sejam tratadas com omissão ou consentimento pelos indivíduos no cotidiano dentro de uma unidade de saúde, já que o compromisso é de todos.

Outro sentido de acolhimento se relaciona com a compatibilidade entre a oferta e demanda por ações de saúde. O que parece na entrevista da Glória Pires é um restrito diálogo gerado pela pressa do profissional em cumprir com a demanda atendida sem se preocupar com a oferta, tampouco com a produção de vínculo como ação terapêutica.

> Vontade de perguntar eu tinha só que o Dr.Hollywood atendia com uma rapidez para liberar para ir embora. Tinha vez que tinha bastante gente, mas tinha dia que não e mesmo assim era rápido. Era rápida [as consultas], entrava e no instante já saia (Glória Pires).

A fala acima vem ao encontro de Traverso-Yépez e Morais (2004), quando descrevem que o distanciamento na relação profissional e usuário refletem no processo saúde doença, gerando um comprometimento nos cuidados com a saúde. Em virtude disso, torna-se crescente a necessidade de resgatar a subjetividade e a relação dialógica entre profissionais e usuários do serviço.

"Acolhimento", palavra que tem origem em "acolher", que significa "admitir, dar crédito, agasalhar, dar ouvido". Na fala de Cássia Kiss, percebe-se outro sentido de acolhimento no momento em que chegou à unidade de saúde para dar início ao

pré-natal, o que nas falas se manifesta através de um antessofrimento, voltado para o acolhimento segundo a fala a seguir.

> Foi boa, eu cheguei lá, inclusive foi o pessoal da faculdade que fez o encaminhamento, foi a equipe dos estagiários das enfermeiras que fez. Foram eles que fizeram todo o encaminhamento, toda a minha ficha, eu fui bem atendida por eles (Cássia Kiss).

Note-se que, na fala acima, a mãe valoriza o atendimento dizendo "*foi boa*", "*eu fui bem atendida*", com base somente no encaminhamento e no fichamento. A impressão que se tem é que a visão da mãe que procurou a unidade de saúde para realização do pré-natal estava focada somente na técnica assistencial e não na relação com o próximo, na atitude de acolhimento, de relação com o outro.

É curioso observar, na fala da Isabel Filardis, que ao chegar à unidade ela é recebida apenas para o encaminhamento de exames, e que somente com o resultado dos mesmos a mãe afirma estar iniciando o pré-natal. Essa afirmação da mãe, de que o pré-natal só foi iniciado após o resultado dos exames, ou só quando ela chegou pela segunda vez à unidade, parece ocorrer por conta da falta de acolhimento profissional, que poderia ter sido iniciado na primeira consulta, perguntando-se a ela sobre suas queixas, dúvidas.

> Eu descobri quando comecei engordar, minha menstruação parou, eu já sabia que estava grávida, daí fui no laboratório e fiz um exame de sangue que comprovou que eu estava grávida, daí que eu procurei o posto, onde agendei consulta e na primeira consulta eu passei com a enfermeira Merry que pediu todos os exames, depois eu levei e comecei a fazer o pré-natal (Isabel Filardis).
>
> Descobri através do posto, já fui no posto pedir, a enfermeira me passou e fiz o exame. Daí quem me passou os exames foi a enfermeira, aí depois que eu fui passar pelo Dr. David, depois de quase um mês, que eu fui passar pelo médico, eu tava quase entrando no 3º mês (Claudia Leite).

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

> [Quem me recebeu na unidade] foi a enfermeira Stefany. Ela e o Brian, que são responsáveis pelo setor, ela me mostrou tudo que eu tinha que fazer certinho (Dira Paes).

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

> No começo do pré-natal eles não me informaram que eu tinha que ir no dia do pré-natal, aí eu fui antes, daí o Dr. David não gostou, e disse eu não posso te atender porque é pré-natal, aí depois ele acabou se corrigindo que ele tinha que por. Ele tem que atender! Indiferente se é pré-natal ou se não é. Dane-se se é erro deles lá, ele tem que me atender, ele tinha que olhar meus exames, né? Aí ele acabou me atendendo, mas tipo assim, atendendo por atender. Então sei lá, eu não gostei mesmo. Meu pai falou que eu devia ter feito um plano, pago um plano antes; eu me arrependo! (Claudia Leite).

Segundo esta fala, tem-se a impressão de que a gestante só poderia procurar a unidade na data agendada. Diante do acolhimento nas práticas de produção de saúde, é certo que a partir da avaliação das necessidades do usuário, deve-se exercer uma avaliação e uma ordenação da necessidade e distanciar-se das práticas de triagem e exclusão, garantindo atendimento para todos. Quando a mãe procurou a unidade fora a data do pré-natal, não foi acolhida pelo médico. A fala da mãe – *"Aí ele acabou me atendendo, mas tipo assim, atendendo por atender!"* – demonstra sua indignação, primeiramente pelo fato de o profissional dizer que não pode prestar assistência, e depois pela má qualidade do atendimento; por fim, ela reconhece estar arrependida por não ter feito o pré-natal através de um plano de saúde.

Em contrapartida, na fala de Dira Paes é narrada uma atitude do profissional que chegou à a unidade e em meio às gestantes que aguardavam atendimento, identificou uma mãe que aparentava não estar bem, e priorizou a assistência naquele momento. A análise vai ao encontro da sistemática do acolhimento, que pressupõe a determinação de agilidade no atendimento a partir da análise da necessidade do usuário.

> Teve uma vez que eu estava lá sentindo dor, de cabeça baixa, me abanando, daí o Dr. Richard olhou para mim, ele nem tinha entrado lá, tinha acabado de chegar, ele falou vem, vem, pode vir que eu já vou te atender (Dira Paes).

Outra experiência narrada por Dira Paes é a iniciativa de busca pela assistência pré-natal a partir da indicação de outra pessoa que havia realizado o pré-natal pelo SUS. Parece que, de uma forma ou outra, "a colega" percebeu a importância de se realizar o pré-natal. E Dira Paes parece reconhecer a importância da assistência pré-natal recebida, mas pelo sentido de valorização – "*consegui tudo de graça*" – como conquista e não como direito humanitário.

> É que onde eu trabalho tem uma colega minha, que mora aqui perto, que tinha participado do pré-natal lá, aí ela disse para eu fazer o pré-natal pelo SUS, no posto, aí que eu fui. Eu cheguei no posto e consegui tudo de graça, foi uma maravilha conseguir pelo SUS, aí que eu conheci os médicos, porque eu nunca tinha ido no posto, aí que eu comecei a fazer o pré-natal certinho (Dira Paes).

Mesmo sendo identificadas, em meio às entrevistas, atitudes profissionais que se aproximassem das preconizadas diante do acolhimento nas práticas de produção de saúde, surgiram falas em que a narrativa, diante da atuação profissional nas ações coletivas, se mostrou desarmônica, nas quais foi possível encontrar profissionais que prezavam o acolhimento e outros que pareciam ignorar ou desconhecer o significado do mesmo. Vejamos as falas a seguir.

> De manhã fui ao posto, ele [o bebê] estava mole, mole e amarelo, ele não tinha reação nenhuma, não chorava, não fazia nada. Aí passei por uma enfermeira no posto, e ainda ela foi bem negligente, sabe! Falando assim, bem grossa: é só dá mamar para ele, você que não quer dar mamar para ele! Ela foi bem grossa! Eu gosto do atendimento da enfermeira Linda, ela é atenciosa (Maria Paula).

É curioso observar que a mãe chega à unidade à procura de ajuda mediante o quadro em que o bebê se encontrava. Ao ser recebida pela enfermeira, a mãe foi tratada com grosseria; a profissional nem ao menos procurou saber ao certo o que o bebê apresentava. Nota-se que a mãe não foi acolhida pela enfermeira no momento que precisou e, além disso, foi culpada pelo estado do bebê, sem ao menos compreender o que estava acontecendo; em seguida, a mãe expressa o reconhecimento e compara com o atendimento de outra profissional.

> Eu achei que foi bom, eu não tenho nada do que reclamar se fosse feito com o Dr. Michael, acho que se fosse com o Dr. Hollywood, eu não iria não, ele é um médico que não conversa, muito fechado (Luiza Brunet).

É notório perceber a coincidência existente nas falas das mães no que diz respeito à comparação que fazem entre os profissionais e a forma como os mesmos se comportam frente à assistência prestada.

É natural que aconteça o sentimento de preocupação pelo desconhecido na vida de todo indivíduo, através das experiências vividas, e que muitas vezes se expressa através do medo, gerado ou não pela carência de acolhimento. Pela experiência que tivemos durante as consultas pré-natais, as mulheres grávidas demonstram preocupações quando entram em trabalho de parto, é natural o medo, a insegurança que se expressa das mais diferentes formas no momento do parto. É uma ocasião em que o acolhimento se mostra imprescindível na vida das mães, amenizando os mais diferentes sentimentos expressivos no parto.

É interessante ressaltar a fala de Claudia Leite no momento em que vivencia o trabalho de parto, na qual se identifica o sentimento expresso através de sua fala – "*quando eu dei um berro a bolsa estourou, eu coloquei a mão e senti a cabeça do neném e o médico não tinha vindo me ver ainda".* Além do medo do desconhecido, a mãe não parece ter naquele momento o devido acolhimento. Nota-se, ainda, a insensibilidade do profissional no momento do grito, que foi como um pedido de socorro pela mãe não percebido pelo médico.

> O médico só veio me ver quando eu gritei de dor. Aí quando eu dei um berro lá [no hospital] a bolsa estourou, eu coloquei a mão e senti a cabeça do neném e o médico não tinha vindo me ver ainda, aí eu gritei e o médico até achou ruim comigo porque eu gritei. Ele falou que lá não podia gritar porque lá tinha um monte de mãe. Um médico estúpido, é um cavalo aquele médico!! Não indico aquele médico para ninguém na minha vida (Claudia Leite).

> Eu fui lá, esperei um pouco daí a médica me atendeu, daí ela falou que eu não tinha dilatação, me deixou tomando soro e falou que ia ver como que ia ficar. Daí tomei o soro e voltei para casa, quando eu estava chegando em casa começou a dar umas contrações bem forte, daí eu voltei para o hospital, daí eu cheguei lá e logo fui para a cesárea, foi rápido, ela viu que eu não tinha dilatação, chamou a enfermeira que me colocou na maca e fui para o centro cirúrgico (Luiza Brunet).

Há um estranhamento na fala de Luiza Brunet, quando diz "*tomei o soro e voltei para casa, quando eu estava chegando em casa começou a dar umas*

contrações bem fortes, daí eu voltei para o hospital e logo fui para a cesárea”. Percebe-se uma rapidez como acontecem os fatos: por que a mãe recebe alta hospitalar? Antes mesmo de chegar a casa, teve que voltar para o hospital, morando a menos de cinco minutos de distância do mesmo? Poderia ser falta de acolhimento pelo profissional que recebe a mãe no hospital? Diante do ocorrido, tem-se a impressão de que atitudes desnecessárias aconteceram, e que se houvesse a real compreensão sobre a condição da mãe, esta não precisaria ter saído do hospital naquele momento.

> Quando eu estava de 37 semanas foi quando eu comecei a sentir os sintomas já, muita cólica no pé da barriga, muita dor nas costas, aí conversei com o Dr. Richard, o clínico geral, foi quando ele me encaminhou, aí eu fiz todos os exames lá, daí o médico disse que ainda não estava na hora. Eu conversei com ele a respeito da cesárea, aí ele disse, mãe cesárea é só em último caso quando a gente vê que não dá para nascer de normal (Dira Paes).

Em certo momento da entrevista, Dira Paes retrata um diálogo com o médico sobre trabalho de parto e, ao analisarmos as falas, é possível identificar o incentivo profissional no controle de indicação de cesariana. Em contrapartida, a mãe parece não ter direito de manifestar seu desejo pelo tipo de parto que gostaria de ter, é o tipo de diálogo que parece não ser experimentado durante o trabalho de parto, nem sempre nas consultas de pré-natal.

3.2 **Ações educativas**

Esta categoria tem como embasamento a orientação, que serve de auxílio em situações de ansiedade, preocupação e dúvidas que a mãe possa vir a ter durante e, mais especificamente, no fim da gravidez. Segundo sua entrevista, Maria Paula busca informações sobre o trabalho de parto através da enfermeira que se propôs a ajudar, já que o médico que fez seu pré-natal não passou orientação alguma. Segundo o que é preconizado, o profissional deveria preparar a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir suas ansiedades e inseguranças.

> O Dr. Brown não passou orientação, quem passava era a enfermeira Linda, que me orientou em relação às contrações, que geralmente era em forma de cólica e

> algumas fisgadas nas costas, uma sensação como se estivesse abrindo por baixo (Maria Paula).

O intrigante ainda é perceber, ao entrevistarmos Cássia Kiss, que a mãe demonstrava interesse em saber sobre os sinais e sintomas do trabalho de parto, mas como não recebeu informação do profissional durante as consultas, acabou buscando o conhecimento através de uma amiga que já havia vivenciado a experiência de seus partos.

> Não [fui orientada sobre o trabalho de parto] eu tenho uma amiga que tem quatro filhos, ela estudou comigo, ela tem 37 anos, então ela falava para mim que quando viesse as contrações era para eu não segurar, empurrar para baixo (Cássia Kiss).

O mais perturbador é escutar a mãe dizer que fez o pré-natal na unidade de saúde e que lá decidiu abandonar tudo e procurar um médico particular. Foi possível compreender, através da fala "*achei tudo muito vago*", que a incerteza a levou a crer que, se o pré-natal foi incerto, o parto também seria, por isso optou pelo atendimento particular. Se o acolhimento tivesse sido posto em prática pelos profissionais que prestaram atendimento a essa mãe, talvez ela tivesse criado uma relação de confiança com a equipe que a acompanhou durante o pré-natal e teria continuado com o atendimento pelo SUS. Esse vínculo profissional/usuário depende do esforço de ambos, mas especialmente do profissional, para que se estabeleça uma relação de confiança e respeito mútuo.

> Lá no posto eu achei tudo muito vago, eu não sabia para onde eu ia depois [no momento do parto], foi a insegurança que me fez procurar o particular (Luiza Brunet).

Uma das ações educativas muito divulgadas pelo Ministério da Saúde é o incentivo ao aleitamento materno, que deve ser iniciado ainda na gravidez, com o preparo das mamas, e estimulado no pós-parto, com orientações práticas que previnam situações que dificultem a amamentação.

Percebemos, nas falas das mães, que ações educativas no processo de preparo das mamas, como o incentivo à amamentação, não foram experimentadas

durante as consultas de pré-natal, o que levou as mães a buscarem informações de outra forma.

> Lá no pré-natal eu não tive orientação, eu aprendi assistindo televisão [...]. Eu fui fazendo a preparação das mamas como o programa mostrava, através do programa mesmo (Claudia Leite).
>
> Não recebi orientação no pré-natal, eu só sabia pelos outros, como tomar sol para não rachar a mama. Eu não entendia, era é o primeiro filho, então eu não entendia nada, não sabia nem como dar mamá, nem nada, fiquei perdida (Maria Paula).

Na fala de Maria Paula – *"eu não sabia nem como dar mamá, nem nada, fiquei perdida"* –, foi possível compreender a importância que as ações educativas têm em proporcionar autonomia à mãe, evitando experiências indesejáveis.

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

> Não foi falado nada no pré-natal, mas da minha primeira gravidez, antes de eu começar o pré-natal no posto, eu fui num médico particular que me orientou a pegar um bucha *Scott brait* e passar do lado verde, só que eu não fiz, porque eu achei que ia machucar (Luiza Brunet).

Nota-se que, além da falta de ações educativas, há também uma insuficiência do que se orienta, um descrédito diante do cuidado com o sujeito, que não fazem parte das ações educativas preconizadas na atenção pré-natal. O cuidado com o próximo só se torna possível quando há vínculo entre os sujeitos, quando, no encontro com o outro, se desperta a capacidade de cuidar, tendo como um dos princípios norteadores o coletivo como plano de produção de vida. Para isso, os sujeitos, além de compartilharem saberes, necessitam pôr em prática os princípios éticos de respeito mútuo um para com o outro, tornando possível, assim, a construção do laço coletivo de viver em comunidade.

3.3 **Ética**

Ética quer dizer estudo dos juízos de apreciação referentes à conduta humana suscetível de qualificação do ponto de vista do bem, seja em relação a determinada sociedade, ou de modo absoluto (FERREIRA, 1986).

O antagônico a essa definição é mostrado na fala da Maria Paula, quando analisamos a *ética* como categoria. Como é possível, num início de pré-natal, a mãe ser tratada da forma como foi apenas por perguntar com quantos meses daria para ver o sexo do bebê? Uma mãe que chega ao pré-natal cheia de dúvidas, por estar experimentando a gravidez pela primeira vez e também por estar iniciando o pré-natal, é natural que chegue perguntando sobre uma curiosidade tão frequente e tão comum para quem está grávida. A partir das consultas subsequentes, criou-se uma barreira na relação profissional-usuário.

> No começo eu até perguntei com quantos meses dava para ver o sexo [do bebê], o Dr.Brown disse que mês era para cachorro, gato, para a gente aqui é visto em semanas. Ele poderia ter falado, aqui a gente trata em semanas e não em meses, nossa como ele foi grosso (Maria Paula).

Compreende-se que, para o médico, o ultrassom serve para analisar a embriologia do feto e, para os pais, para saber as características e a personalidade do mesmo. Mas com a postura antiética com que Isabel Filardis foi abordada pelo médico na realização do ultrassom, torna-se inconcebível que um profissional omita o sexo do bebê só para que a mãe pague outro exame e beneficie o médico financeiramente, sendo que o serviço é disponibilizado gratuitamente.

> Eu fiz na verdade três ultrassons, um eu fiz por conta para ver o sexo do bebê, porque no primeiro não deu para ver, na verdade dava para ver só que o médico não quis dizer. O médico falou que ele estava ali para ver se o bebê estava bem e não para ver o sexo do bebê, porque diz que médico do SUS não pode falar, foi desse jeito que ele falou. Daí eu agradeci, fui embora chateada, porque se ele dissesse que não deu para ver eu até tinha me conformado, como ele foi meio grosso, daí no mês seguinte eu acabei fazendo por minha conta para ver o sexo. Depois o outro ultrassom pelo SUS foi com outro médico lá mesmo, eu comentei com ele o que tinha acontecido, daí ele falou que geralmente eles preferiam não falar, para a mãe vir pagar particular para ganhar um extra. Só que ele disse que ele não era assim, não seguia muito à risca o que era combinado, porque ele sabia que a mãe ficava curiosa para ver o sexo (Isabel Filardis).

Note-se que Isabel Filardis, insatisfeita por ainda não saber o sexo do bebê, decide fazer um ultrassom particular. Percebe-se, na atitude da mãe, um exemplo de tomada de decisão para algo que almejava, ou que julgava importante.

Na maioria das falas, percebeu-se que as mães tomavam decisões sobre aquilo que achavam necessário e importante; no geral eram mães que iam em busca de suas necessidades, vontades e respostas das dúvidas. Exemplo disso relaciona-se com a automedicação na gravidez: as entrevistadas relataram não se automedicar, evitavam tomar remédios desnecessários, pois sabiam da importância de evitar o uso por causa do bebê. Quanto à vacinação, todas se encontravam em dia com as vacinas exigidas no pré-natal, como antitetânica, bem como as vacinas dos recém-nascidos.

4 **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Este trabalho teve pretensões bem modestas; pretendíamos nos aproximar das práticas do pré-natal realizadas em Maringá, através da narrativa que sobre elas fazem as próprias mulheres que realizaram o pré-natal. De modo mais específico, aspirávamos a apreender as formas como essas mulheres vivenciaram as atividades educativas do pré-natal, ou seja, as formas como receberam as orientações que os profissionais lhes ofertaram durante as consultas. Imaginamos que, ao utilizar entrevistas qualitativas, convidando-as a falar sobre suas vivências no pré-natal e no parto, poderíamos obter um material que nos permitisse caracterizar, de certo modo, as práticas.

É claro que esta abordagem tem limites nítidos. Em primeiro lugar, ao privilegiar o relato das mulheres, não conseguimos vislumbrar exatamente as práticas tais como são, nem mesmo os acontecimentos tais como aconteceram. O que conseguimos apreender é a leitura das mulheres sobre o que lhes aconteceu durante o pré-natal e a assistência ao parto. Mas nosso interesse não estava exatamente em fazer uma avaliação das práticas de pré-natal em Maringá, o que, no nosso entendimento, exigiria uma combinação bem mais ampla de técnicas de pesquisa, e uma investigação de maior fôlego, incompatível com o tempo e os recursos agora disponíveis. Nosso interesse era o de, ouvindo as mulheres, compreender um pouco mais como (e se) as orientações do pré-natal fazem sentido para elas, como elas percebem a capacidade das práticas de cuidado para atender a suas necessidades, como elas vislumbram, enfim, essas necessidades. Mesmo sem a pretensão de proceder a uma avaliação das práticas, os relatos das mulheres nos permitem entrever algumas questões dessas práticas, pois oferecem pistas sobre um conjunto de problemas quanto à qualidade dos cuidados à gestante. Embora só possamos falar a partir da vivência dessas mulheres que vivem em Maringá, algumas questões e problemas análogos podem ser eventualmente encontrados em outros lugares.

Entretanto, o campo trouxe algumas inflexões por causa da pequena vivência das mulheres nas orientações, gerando um novo cenário de apreciação onde procurou avaliar como foram as práticas vivenciadas pelas mães na atenção pré-natal e puerperal, objeto de análise desta pesquisa, já que a ideia de trabalhar sob o

âmbito das orientações às mães ficou longe de serem discutidas no presente momento, por não parecerem ser postas em prática durante as práticas assistenciais. Além de especificamente analisar a percepção das mulheres sobre o atendimento recebido desde o pré-natal, ao parto e ao pós-parto, esta pesquisa serviu também para avaliar as práticas assistenciais voltadas ao acolhimento, humanização e integralidade, e conhecer as representações de acolhimento, humanização e integralidade da assistência articuladas pelos profissionais de saúde envolvidos no atendimento às mulheres. E por fim, analisou as representações profissionais sobre as necessidades e as práticas no atendimento às demandas reais das mulheres.

Dentre os atores participantes desde evento, destacam-se os médicos e enfermeiras que, ou parecem contribuir discretamente para as práticas das ações educativas durante o pré-natal, ou não parecem ter feito sentido, pois as mulheres não as relataram ou não lhes deram importância. Algumas pequenas pistas parecem identificar, através das entrevistas, quando as mulheres dizem buscar informações por outras fontes de orientação. Parece haver alguma dificuldade de se praticar de modo eficaz as orientações preconizadas no pré-natal. Parece fazer sentido compreender que a busca das orientações por outras fontes, que não a dos profissionais, se deu devido à dificuldade no diálogo, através de linguagens de tamanha aspereza durante as consultas e pelo limitado tempo para as conversas.

O Ministério da Saúde preconiza a humanização e a integralidade, como características essenciais para uma boa atenção obstétrica e neonatal, onde através da conversa entre profissionais da saúde e usuárias, permite garantir a autonomia diante das dúvidas freqüentes que surgem no dia a dia.

A dificuldade do diálogo relatado pelas mulheres durante as consultas, em decorrência da rapidez do atendimento e da pressa do profissional em terminar o trabalho logo, parece ter servido de obstáculo para a exposição das dúvidas. Além disso, o tratamento grosseiro recebido dos profissionais permitiu uma dificuldade de aproximação e de conversa sobre as dúvidas que poderiam ter sido tratadas durante as consultas.

Outra questão importante de ser relatada é uma orientação que o médico propôs durante uma das conversas com a entrevistada: a indicação do uso da bucha scott brait, do lado áspero como orientação no preparo das mamas para

amamentação. Além de estar longe de ser uma orientação preconizada pelo Ministério da Saúde, a mulher diante da sua autonomia decide por não seguir a orientação imaginando que pudesse machucar a mama passando uma bucha áspera no local. Diante desse episódio, o que parece é o despreparo do profissional diante da orientação, o que obviamente parece estar longe do que é preconizado diante de um olhar integral e humanizado.

Outro olhar que se mostra é o da forma como as mulheres vislumbram a assistência pré-natal, onde a referência que elas têm do que é bom, é o exame que o médico solicitou, ou seja, uma demanda simples, um pensamento restrito diante do que é preconizado quando se fala de qualidade da atenção integral a saúde da mulher.

É interessante destacar como foi a percepção das mulheres frente ao acolhimento durante as consultas pré-natal, ao parto e ao pós-parto, diferentemente do que é preconizado pelo Ministério da Saúde. Parece haver uma valorização no que diz respeito ao número de consultas realizadas, número de ultrassons, o fichamento da primeira consulta, e não especificamente do ouvir, acolher, valorizar a fala do outro, permitir o diálogo franco.

Diante dessas compreensões, o que se percebe é a dificuldade de acesso a qualquer prática eficaz de orientação, onde parece haver uma barreira que limita o acesso às informações, à troca de experiência e ao diálogo franco, levando ao despreparo, à insegurança, ao medo do desconhecido, como o momento do trabalho de parto, que permite gerar uma preocupação por quem o passa, sobretudo quando o vivencia sem orientação alguma.

Acreditamos ter apresentado neste trabalho elementos de transformação dessas práticas que busquem a melhoria diante das ações assistenciais desde o pré-natal até o pós-parto, que dizem respeito ao acolhimento, à integralidade e à humanização, que podem ser temas de debates para o processo de atenção à saúde no campo da Saúde Coletiva.

REFERÊNCIAS

AGUILAR, M. J.; ANDER-EGG, E. *Avaliação de Serviços e Programas Sociais.* Petrópolis: Vozes, 1994.

ARAÚJO, R. T. Importância da educação para a saúde na assistência pré-natal expresso por gestantes de um Centro de Saúde. In: *Anais do XVI Encontro de Enfermagem do Nordeste,* 1999; Aracajú. p. 5-11.

ARRUDA A. Um atendimento ao parto para fazer ser e nascer. In *Quando a paciente é mulher*. Relatório do Encontro Nacional da Campanha saúde da Mulher: um direito a ser conquistado. Ministério da Saúde: Brasília, 1989.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Pré-natal e Puerpério:* atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. *Estatísticas de mortalidade:* Brasil 1980. Brasília: Ministério da Saúde; 1983.

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

_____. Ministério da Saúde. *Manual dos comitês de prevenção do óbito infantil e fetal.* Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher:* bases de ação programática. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

_____. Ministério da Saúde. *Programa de Humanização no pré-natal e nascimento:* informações para gestores e técnicos. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. *Acolhimento nas práticas de produção de saúde.* 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

CONTANDRIOPOULOS, A. P. et al. *A avaliação na área de saúde:* Conceitos e métodos. In: HARTZ, Z. M. A. et al. Avaliação em Saúde: Dos Modelos Conceituais à Prática na Análise da Implantação de Programas, p. 29-47, Rio de Janeiro: Fiocruz, 1997.

CORREA, M. D et al. Noções práticas de obstetrícial. 13. ed. Belo Horizonte: Coopmed, 2004.

DUARTE, S. J. H.; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. *Saúde Soc.* São Paulo, v.17, n.2, p.132-139, 2008.

FAVORETO, C. A. O. A prática clínica e o desenvolvimento do cuidado integral à saúde no contexto da atenção primária. *Rev. APS*, v. 11, n. 1, p. 100-108, jan./mar. 2008.

FERREIRA, A. B. H. Novo dicionário da língua portuguesa. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.

FORTE, P. A. C. Ética, direitos dos usuários e política de humanização da atenção a saúde. *Saúde e Sociedade.* v. 13, n. 3. São Paulo, set-dez. 2004.

GOMES, R. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; CRUZ NETO, O., GOMES, R.; MINAYO, C. S. *Pesquisa social: teoria, método e criatividade.* 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

IBGE. *Tabulações avançadas do censo demográfico:* resultados preliminares. Rio de Janeiro, 1982. 160 p. (Recenseamento geral do Brasil 1980, 9, v. 1, t. 2, n, 2).

MATTOS, R. A. A integralidade na prática (ou sobre a prática da integralidade). *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro, 20(5):1411-1416, set-out, 2004.

_____. Integralidade, trabalho, saúde e formação profissional: algumas reflexões críticas feitas a partir da defesa de alguns valores. Rio de Janeiro, 2008.

_____. Os Sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Roseni Pinheiro e Ruben Araujo de Mattos, organizadores. *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde.* 6. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ - CEPESC - ABRASCO, 2006.

MENGA, L., MARLI, E. D. A. A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 7. ed. São Paulo: Hucitec, Rio de Janeiro: Abrasco, 2000.

NAGAHAMA, E. E. I. *Avaliação de um programa de assistência pré-natal: a questão da resolutividade.* 2003. 263f. Dissertação (Mestrado) – Saúde Coletiva. Faculdade de Ciências Médicas. Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

NAGAHAMA, E. E. I.; SANTIAGO, S. M. A institucionalização médica no Brasil. *Ciências e Saúde Coletiva.* 10(3): 651-657, 2005.

OSIS, M. J. D. *Atenção integral a saúde da mulher, o conceito e o programa:* história de uma intervenção. 1994. 191f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Antropologia Social. Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas.

REZENDE, J. *Obstetrícia.* 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1975.

SÁ, M. C. A fraternidade em questão: um olhar psicossociológico sobre o cuidado e a “humanização” das práticas de saúde. *Interface - Comunic., Saude, Educ.*, v.13, supl.1, p.651-64, 2009.

SÁ, M. C. *Em busca de uma porta de saída:* os destinos da solidariedade, da cooperação e do cuidado com a vida na porta de entrada de um hospital de emergência. 2005. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2005.

SERRUYA, S. J.; CECATTI, J. G.; LAGO, T. G. O programa de humanização no pré-natal e nascimento do ministério da saúde no Brasil: Resultados iniciais. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(5):1281-1289, set-out, 2004.

SECRETARIA DE SAÚDE DE MARINGÁ. Disponível em <http://www.maringa.pr.gov.br/>. Acesso em: 05 out. 2009.

SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. Informações de saúde. Disponível em<http://www.saude.pr.gov.br>. Acesso em: 05 out. 2009.

SIAB. Sistema de informações da atenção básica. Disponível em www.datasus.gov.br/siab/siab.htm. Acesso em: 05 out. 2009.

SIM. *Sistema de informação sobre mortalidade.* Disponível em <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 07 dez. 2008.

SINASC. *Estatísticas Vitais - Mortalidade e Nascidos Vivos.* Disponível em <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/sinasc/nvdescr.htm>. Acesso em: 20 nov. 2008.

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JUNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. *Interface - Comunic. Saúde, Educ.* v.11, n.21, p.65-78, jan/abr 2007.

TRAVESSO-YÉPEZ, M.; MORAIS, N. A. Reivindicando a subjetividade dos usuários da rede básica de saúde: para uma humanização do atendimento. *Cad. Saúde Pública.* 20(1): 80-88, jan-fev, 2004.

UCHIMURA, K. Y.; BOSI, M. L. M. Qualidade e subjetividade na avaliação de programas e serviços de saúde. *Cad. Saúde Pública.* Rio de Janeiro (18)6: 1561-1569, nov-dez, 2002.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevistas

Unidade de saúde:

1. Informações Preliminares:

Idade:
Idade gestacional:
Número de gestação:
Número de parto:
Tipos de parto:

2. Dados sobre a gestação atual:

2.1. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Você já usou algum método anticoncepcional?
Como foi sua gestação do início até hoje?
Como foi a experiência do atendimento da gestação atual?
Como foi a assistência pré-natal e puerperal? Onde foi atendida, por quem, que atividade participou?
Quantas consultas você realizou no pré-natal? Como eram agendadas as consultas?
Como eram as consultas de pré-natal?
O que levou você a procurar esta unidade para realizar o seu pré-natal?

2.2. ORIENTAÇÕES NO PRÉ-NATAL
Você foi orientada sobre o uso de medicamentos na gravidez?
Você tomou vacina durante a gravidez?
Recebeu alguma orientação sobre a nutrição na gravidez?
Teve alguma dificuldade para se alimentar?
Você percebeu alguma mudança na pele? Percebeu se apareceram estrias, manchas? Recebeu alguma orientação sobre isso?
Percebeu mudanças no seu corpo desde o início da gestação até o momento? Precisou de alguma intervenção devido a essas mudanças?
Recebeu orientações a respeito da atividade sexual na gravidez?
Recebeu orientações em caso de sintomas como lombalgia, cefaleia, dor supra-púbica e câimbras?
Você apresentou falta de ar durante a gestação? Recebeu alguma orientação em relação a isso?
Teve alguma dificuldade para urinar ou dor ao urinar durante a gravidez? Recebeu alguma orientação em relação a isso?
Você apresentou algum problema de circulação como varizes e edema?
Recebeu orientações a respeito dessas mudanças?
Você conhece quais são os direitos da gestante? Você chegou a conversar sobre isso no pré-natal?
O que você sabe sobre a amamentação?
Recebeu alguma orientação sobre o trabalho de parto e pós-parto?

O Pré-natal fez alguma diferença para você? Para sua saúde? Para a saúde da (o) sua (o) filha (o)?
Recebeu orientações quanto aos cuidados com o recém-nascido?
Recebeu orientações quanto aos cuidados pessoas no período puerperal?

3. Dados sobre o parto:
Como foi a experiência do parto?
Como foi o atendimento desde a chegada no local do parto?
Você havia recebido orientações sobre todos os sinais e sintomas que ocorreram durante o trabalho de parto?
Como foi a atuação profissional durante o trabalho de parto?
Como você estava emocionalmente durante o trabalho de parto e parto?

4. Dados sobre o puerpério:
O que lhe explicaram sobre a consulta puerperal?
Você recebeu a informação sobre o que seria feito durante a consulta?
Você sabe o que é planejamento familiar? Recebeu orientações em relação a isso?
Recebeu alguma orientação sobre amamentação e cuidados com as mamas?
Você foi informada dos sinais e sintomas presentes no puerpério? (fluxo vaginal, dor, cansaço, alterações de humor)
Recebeu informações sobre intercorrências que podem estar presente no puerpério? Como identifica-las?
Você sabe quais são os seus direitos da mulher durante o período puerperal?
Você sabe que pode engravidar durante o período que está amamentando? Recebeu alguma informação sobre contracepção?
Foi orientada a utilizar algum medicamento durante o puerpério?
Recebeu alguma vacina neste período?

5. Dados sobre a(s) gestação (ões) anterior (es):
Como foi a experiência do atendimento da(s) gestação (ões) anterior (es)?
Qual a sua opinião sobre os profissionais que prestaram o atendimento durante a (s) gestação (ões) anterior(s)?
Descreva a experiência do atendimento ao(s) parto(s) e pós-parto(s) anterior (es).

APÊNDICE B – Termo de consentimento livre e esclarecido.

Eu, _____, R.G: _____, declaro, por meio deste termo, que concordei em ser entrevistada na pesquisa de campo referente ao projeto de pesquisa intitulado "**Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação às mulheres: o ponto de vista das puérperas**", desenvolvida pelo Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Fui informada, ainda, de que a pesquisa é orientada por Luciana Cristina Rafael Ognibeni, a quem poderei consultar a qualquer momento que julgar necessário através do telefone: (44) 3223-1121 ou e-mail: lu.ognibeni@gmail.com

Afirmo que aceitei participar por minha própria vontade, sem receber qualquer incentivo financeiro e com a finalidade exclusiva de colaborar para o sucesso da pesquisa. Fui informada dos objetivos estritamente acadêmicos do estudo, que, em linhas gerais é estudar a assistência pré-natal através das orientações prestadas.

Fui também esclarecida de que os usos das informações por mim oferecidas estão submetidos às normas éticas destinadas à pesquisa envolvendo seres humanos, da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) do Conselho Nacional de Saúde, do Ministério da Saúde.

Minha colaboração se fará de forma anônima, por meio de entrevista a ser gravada a partir da assinatura desta autorização. O acesso e a análise dos dados coletados se farão apenas pela pesquisadora e/ou seu orientador.

Estou ciente de que, caso eu tenha dúvida ou me sinta prejudicada, poderei contatar a pesquisadora responsável ou seu orientador, ou ainda o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ (CEP-IMS), situado na Rua São Francisco Xavier, 524 - sala 7.003-D, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), CEP 20559-900, telefone (x-21) 2587-7303 ramal 248 ou 232 e fax (x-21) 2264 -1142.

A pesquisadora principal da pesquisa me ofertou uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Fui ainda informada de que posso me retirar dessa pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo para meu acompanhamento ou sofrer quaisquer sanções ou constrangimentos.

Maringá, ____ de _____ de _____

Assinatura do (a) participante: _____

Assinatura do (a) pesquisador (a): _____