



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

Felisbela Antonia da Costa


**Fatores intervenientes na credibilidade das gestantes quanto às
estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal**

Rio de Janeiro

2010

Felisbela Antonia da Costa

Fatores intervenientes na credibilidade das gestantes quanto às estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal



Dissertação apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Tecnologias em Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rosângela Caetano

Rio de Janeiro

2010

CATALOGAÇÃO NA FONTE
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

C837 Costa, Felisbela Antonia da.

Fatores intervenientes na credibilidade das gestantes quanto às estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal / Felisbela Antonia da Costa. — 2010.

105f.

Orientadora: Rosângela Caetano.

Dissertação (Mestrado Profissional) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.

1. Cuidado pré-natal – Teses. 2. Mulheres grávidas – Cuidados médicos — Teses. 3. Serviços de saúde para mulheres — Teses. 4. Humanização na saúde — Teses. I. Caetano, Rosângela. 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

Felisbela Antonia da Costa

Fatores intervenientes na credibilidade das gestantes quanto às estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal

Dissertação apresentada, como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre, ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Gestão de Tecnologias em Saúde.

Aprovada em 30 de março de 2010.

Banca Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Rosângela Caetano (Orientadora)

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof. Dr. Ruben Araujo de Mattos

Instituto de Medicina Social – UERJ

Prof^a. Dr^a. Maria Auxiliadora de Souza Mendes Gomes

Instituto Fernandes Figueira – Fiocruz

Rio de Janeiro

2010

AGRADECIMENTOS

Durante o transcorrer do curso de Mestrado Profissional, muitos foram os meus animadores, amigos que torceram para o êxito desta trajetória, dando força e estímulo à continuidade do curso.

Ao iniciar a dissertação, estes mesmos amigos, e outros, questionavam-me com frequência, sobre o andamento, como que, empurrando-me para a reta final.

Passados alguns meses, rumo à defesa da dissertação, sinto-me como uma corredora que almeja alcançar a linha de chegada com sucesso, embalada pela torcida de muitos.

A todos esses amigos, parentes e colegas de trabalho que comigo partilharam momentos difíceis, desanimadores, mas também de alegria, quando da escolha definitiva do tema, da passagem pela banca de qualificação e outros, o meu sincero agradecimento:

Antes de tudo, o agradecimento ao Pai maior que nos criou, nos deu inteligência e sabedoria para conquistar nossas vitórias;

Aos meus pais, já falecidos, Manoel e Apolonia, a quem tudo devo e que, de onde estão, certamente partilham comigo esta alegria de mais um dever cumprido;

Aos meus irmãos Lázaro, Manoel, Francisco (*in memorium*), Josefa, Paulo, Américo, Tarcizio e Geraldo, que sempre estimularam a irmã-caçula a conquistar novos espaços;

Aos demais familiares diretos, cunhados e sobrinhos, com quem sei que posso contar;

Aos amigos-irmãos, cuja amizade prezamos e cultivamos com muito carinho e cuidado, o meu eterno agradecimento. Não ousou citá-los para não correr o risco de omitir alguém;

Aos colegas da turma do Mestrado Profissional, que juntos partilhamos aulas, almoços e brincadeiras nos finais de semana;

Aos professores do curso, empenhados em nos transmitir os conhecimentos necessários;

Em especial à Doutora Rosângela Caetano, amiga, mestra, cuidadora, educadora, no sentido mais pleno que estas palavras possam representar. Que

Deus a abençoe sempre e permita que, por longo tempo, permaneça utilizando este dom maestral de conduzir seus pupilos a realizar tarefas aparentemente impossíveis e que, com seu apoio e real orientação, desenvolvem produtos por vezes inimagináveis, como é o meu caso.

Por fim, às oito gestantes que, voluntária e alegremente, aceitaram participar da entrevista, base para a construção deste trabalho. Espero que as reflexões resultantes deste trabalho possam, em algum momento, contribuir para o aprimoramento dos serviços de saúde às mulheres e crianças deste país.

RESUMO

COSTA, Felisbela Antonia da. *Fatores intervenientes na credibilidade das gestantes quanto às estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal*. 2010. 105f. Dissertação (Mestrado Profissional) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.

Trata-se de um estudo desenvolvido com base em metodologia qualitativa onde se buscou investigar, a partir da percepção das gestantes, os fatores intervenientes — da comunidade, dos serviços e os relacionados aos profissionais — capazes de impactar a plena efetividade do acompanhamento pré-natal. O estudo se desenvolveu a partir de entrevistas semi-estruturadas, com oito gestantes em acompanhamento pré-natal, em duas unidades de saúde públicas do município de Mesquita; uma com modelo de atenção à saúde tradicional e outra, seguindo o modelo proposto pela Estratégia de Saúde da Família. Foi realizada a análise do conteúdo das entrevistas pela técnica sugerida por Bardin (2008), identificando-se quatro categorias temáticas principais: as três primeiras, relacionadas às percepções das gestantes — orientações, acesso e acolhimento — e a quarta, relacionada aos aspectos culturais identificados, onde se destaca o uso indiscriminado de um procedimento diagnóstico específico, a ultrassonografia obstétrica. Foram identificadas deficiências nas orientações específicas deste período, como cuidados com a alimentação, com as mamas, incentivo ao aleitamento materno, preparação para o parto e outros. A ausência de grupos de gestantes e outras atividades educativas também foram sinalizadas. Dificuldades no acesso às informações, consultas, exames e medicamentos específicos da gravidez foram discutidas por estas mulheres. Foi marcante a queixa de falta de acesso e referência para o parto. Problemas no acolhimento à gestante e o desrespeito apresentado por alguns profissionais de saúde nas unidades pesquisadas, foram identificados como tendo contribuído negativamente para a efetividade do cuidado pré-natal. A questão da ultrassonografia se apresentou como uma prática comum, corriqueira, para o diagnóstico da gravidez e acompanhamento da gestação, prescindindo inclusive, de solicitação médica. Embora não exista, até o momento, contra-indicação formal, tanto o Ministério da Saúde como as sociedades profissionais da área recomendam parcimônia no seu uso, contra-indicando sua utilização fora da indicação estritamente médica. Pode-se concluir que, na perspectiva das gestantes, dentre os fatores a serem trabalhados para a melhoria da credibilidade no cuidado pré-natal, destacam-se o acolhimento e o estabelecimento de vínculo entre os profissionais e as gestantes, pois, a partir daí, toda a linha de cuidado poderia ser construída em conjunto, minimizando os problemas encontrados e redirecionando, caso necessário, algumas condutas no sentido da sua maior efetividade.

Palavras-chave: Cuidado pré-natal. Humanização da assistência ao parto. Acesso aos serviços de saúde. Referência e consulta. Acolhimento.

ABSTRACT

This is a study developed based on qualitative methodology in which it was searched to investigate, through perception of pregnant women, the intervenient factors - of the community, of the services and the ones related to the professional staff – able to impact the entire affectivity of the prenatal care accompaniment. The study was developed through partially built interviews with eight pregnant women under prenatal accompaniment in two public health units in Mesquita city one of them with the model of attention to the traditional health and the other one following the model suggested by the Family's Health Strategy. An analysis of the interviews' gist was performed through the suggested technique by Bardin (2008). Four main thematic categories were identified: the first three ones, related to the pregnant women's perceptions – instructions, access and reception – and the fourth, related to the identified cultural aspects, where it is noticed the indiscriminate use of a specific diagnostic procedure, the obstetric ultrasonography. Significant deficiencies on specific orientations by part of the professional staff in this period were identified, as well care with diet and nipples, incentive to breast-feeding, delivery preparation and others. The lack of pregnant women groups and other educational activities were also signalized. Difficulties in access to information, medical consultation and examination, and specific medicine for pregnancy were other issues brought by those women. It was remarkable the complaint in relation to the lack of access and guidance to the childbirth. Problems on the pregnant woman's welcoming and disrespect showed by some health professionals in the researched units were identified as negative contribution to the affectivity of the prenatal care. The indiscriminate use of the ultrasonography was presented as an ordinary practice, commonplace, to the pregnancy diagnosis and accompaniment, even renouncing medical solicitation. Although there is not, until this moment, formal contra-indication to its use, as the Health Department as the professional societies of that field recommend economy in its use, contra-indicated out of strict medical indications. It can be concluded that, in the pregnant women's perspective, among the factors to be managed to the improvement and credibility of the prenatal care, welcoming and emotional connection between involved professionals and pregnant women are outstand, therefore starting from this point, the whole line care could be built collectively, minimizing the found problems and redirecting, if necessary, some behaviors toward its greatest affectivity.

Keywords: Prenatal care. Humanization of childbirth care. Access to health services. Reference and consultation. Welcoming.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

GRÁFICO 1	- Proporção de número de consultas de pré-natal referidas segundo as regiões do Brasil, 2005	27
FIGURA 1	- Distribuição das unidades de saúde no Município de Mesquita-RJ, 2009.....	38
QUADRO 1	- Perfil das gestantes participantes da pesquisa	48

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
APS	Atenção Primária à Saúde
CMS	Centro Municipal de Saúde
DST/AIDS	Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
MS	Ministério da Saúde
MSF	Módulo de Saúde da Família
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PSF	Programa Saúde da Família
SM	Salário Mínimo
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UBSF	Unidade Básica de Saúde da Família
UBST	Unidade Básica de Saúde Tradicional

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	11
1	MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL	17
1.1	Atenção básica no Brasil	17
1.2	Atenção à gestação e ao parto	21
1.2.1	<u>Cuidado: Acolhimento e vínculo na construção da atenção pré-natal</u>	29
1.2.2	<u>Fatores que influenciam a credibilidade e a adesão às estratégias de cuidado propostas no pré-natal</u>	31
1.2.3	<u>Percepção das usuárias</u>	32
2	METODOLOGIA	36
2.1	Abordagem metodológica	36
2.2	Cenário de estudo	37
2.3	População de estudo	41
2.4	Instrumento da pesquisa	43
2.5	Processo de coleta de dados	45
2.6	Análise dos dados	46
3	RESULTADOS E DISCUSSÃO	47
3.1	Os sujeitos da pesquisa: um perfil das gestantes entrevistadas	47
3.2	Percepções sobre o pré-natal: um consenso acerca da sua importância	49
3.3	Pré-natal: um cuidado visto como imprescindível mas com problemas	50
3.4	Orientações recebidas no pré-natal: insuficientes e pouco dialógicas	54
3.5	Relacionamento interpessoal: fator determinante na qualidade do cuidado	64

3.5.1	<u>Acolhimento e vínculo, ingredientes necessários à conformação do cuidado.....</u>	64
3.5.2	<u>Relações sociais: o conhecimento adquirido na “vida” como origem do saber não oficial.....</u>	66
3.5.3	<u>Relação usuário/profissional de saúde/serviço: uma distância ainda a ser percorrida para a construção da cidadania.....</u>	68
3.6	Acesso às informações e às ações de saúde/referência para o parto.....	74
3.7	Uso da ultrassonografia obstétrica.....	85
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	90
	REFERÊNCIAS.....	95
	ANEXO A – Declaração de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ.....	101
	APÊNDICE A - Roteiro de entrevistas.....	102
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	105

INTRODUÇÃO

A Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços de saúde. Em 2006, a Portaria Ministerial 648¹ aprova a Política Nacional de Atenção Básica e estabelece a revisão das normas e diretrizes para a organização da Atenção Básica para os Programas Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Saúde da Família (PSF)². Esta Política define atenção básica como:

[...] um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde.... (BRASIL, 2006a, p. 10)

Os procedimentos e estratégias para o desenvolvimento dessas ações estão bem definidos e documentados nos protocolos técnico-assistenciais elaborados pelas equipes técnicas do Ministério da Saúde (MS), nas diversas áreas programáticas. Seu seguimento objetiva qualificar e uniformizar a assistência à saúde da população, assegurando potencialmente maior efetividade das ações.

Ao analisarmos os indicadores de atenção básica nos diferentes municípios brasileiros, observamos que diversos deles estão abaixo do desejado, apesar dos esforços empreendidos na formulação, discussão, difusão e implementação das ações de saúde. Como exemplo, podemos citar a proporção de nascidos vivos de mães com sete ou mais consultas de pré-natal (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2009a). Este indicador de atenção básica nos direciona para a prevenção da morbimortalidade materna e fetal, através de adequada assistência pré-natal, considerando um número mínimo de consultas. No Município de Mesquita-RJ, lócus da pesquisa apresentada, 51,01% das gestantes realizou sete ou mais consultas de pré-natal no ano de 2007, sendo a meta para 2008 alcançar 55%. Este percentual é ainda baixo quando se objetiva reduzir a prevalência das patologias relacionadas ao período grávido-puerperal. Cabe ser destacado também, o percentual de 1,61%,

¹ BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 648/GM de 28 de março de 2006

² O PSF, embora rotulado como programa, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo MS. Caracteriza-se como uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados (BRASIL, 1997)

para o mesmo ano e fonte, que não realizaram sequer uma única consulta deste acompanhamento.

Cabe-nos uma reflexão sobre os possíveis fatores relacionados às baixas taxas alcançadas e acordadas pelos municípios na pactuação dos indicadores da atenção básica.

Uma das possíveis causas relacionadas a estes índices, poderia ser o baixo desempenho dos profissionais da rede básica de saúde na avaliação e acompanhamento das estratégias propostas. Este fato, é motivo de investigação e proposições freqüentes por parte dos profissionais que se dedicam à temática da educação permanente (PEDRUZZI, 2003), dentre outros.

Outro motivo poderia advir da dificuldade de compreensão, por parte dos usuários do sistema de saúde, da importância e finalidade das ações propostas (puericultura, pré-natal, acompanhamento da hipertensão, vacinação, etc.) ou das patologias em questão (diabetes, hipertensão, etc.), uma vez que, mesmo orientados pela equipe de saúde a realizarem um determinado seguimento ou procedimentos clínicos, sua ação dependerá fortemente de uma decisão pessoal, pró-ativa e voluntária, que os motive a realizá-lo.

Neste caso, fatores internos e externos à organização do sistema de saúde podem interferir no processo, tais como: medos, crenças e descrenças em relação aos procedimentos ou aos profissionais, desconhecimento, superstições, orientações de leigos (parentes, vizinhos, etc.), experiências prévias com os serviços de saúde e outros, contribuindo de forma maior ou menor, para o desfecho das ações nas diversas estratégias apresentadas.

Propusemo-nos então, a investigar alguns destes fatores, a partir da ótica dos usuários. Para tanto, optamos por escolher, dentro do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, a estratégia de atenção ao pré-natal, parto e puerpério. É uma estratégia bem estabelecida, com procedimentos técnicos bem definidos, e protocolos amplamente divulgados por toda a rede básica de saúde.

A ampliação da assistência ao pré-natal, em todo o território nacional, ocorrida nos últimos anos, resultou na elevação dos indicadores de saúde materno-infantil, com diminuição da mortalidade materna e perinatal, sendo amplamente documentado o impacto dessa assistência na prevenção da prematuridade e do baixo peso ao nascer (RIBEIRO, 2004; GONÇALVES, 2008).

Apesar disso, ainda nos deparamos com situações resultantes de falhas neste acompanhamento, como casos de sífilis congênita, mortes maternas relacionadas à hipertensão arterial na gestação e outros, que poderiam ser prevenidos se fossem cumpridas as intervenções presentes nas orientações desses guias de prática (BRASIL, 2005).

Assim, podemos dizer, que parte das diferenças existentes entre os resultados esperados (e possíveis) e aqueles obtidos com as diversas estratégias de assistência à saúde, entre as quais o pré-natal, possivelmente são multicausais. Dentre os múltiplos contribuintes para esse diferencial de efetividade, destacamos a percepção dos usuários do sistema de saúde como um dos elementos capazes de impactar esses diferenciais de resultado.

Em 20 anos de experiência como pediatra e 18 meses como médica de família, atuando em ambulatórios do SUS (Sistema Único de Saúde), observei que, apesar dos esforços empreendidos para o esclarecimento junto aos usuários das situações clínicas, dos procedimentos propostos, da sua importância e dos fatores a eles relacionados, estes mesmos usuários, muitas vezes, tomam atitudes diferentes e até opostas às esperadas. O que desejamos e entendemos como melhor para o nosso cliente (usuário do sistema) nem sempre é entendido e/ou aceito por ele, gerando por vezes um abismo entre o que é prescrito e orientado pelo profissional de saúde (de regra, seguindo um determinado protocolo técnico), com o que é compreendido e efetivamente realizado pelo paciente. Certamente, isto não ocorre por acaso. Diversos fatores interferem nesse processo de adesão e um deles pode ser fruto, exatamente, da compreensão e percepção dos usuários sobre suas condições de saúde e sobre as intervenções propostas para seu diagnóstico e/ou tratamento, bem como sua credibilidade nos profissionais que o atendem e no serviço de saúde onde ele se insere.

Isto é válido, também, no que se refere à observância de algumas rotinas presentes nos protocolos de acompanhamento da gestação.

A percepção das gestantes em relação ao pré-natal, aos profissionais e às intervenções propostas muitas vezes passa despercebida pela equipe de saúde, resultando em ações (ou falta delas) que podem determinar um curso diferente do esperado. Poderíamos citar, como conseqüências, a ausência às consultas aprazadas, a não vacinação antitetânica, a utilização inadequada de medicações prescritas, assim como o uso de substâncias e medicamentos não recomendados

durante a gestação. Essas percepções e suas conseqüências persistem como elementos que podem impactar na obtenção de uma plena efetividade dos cuidados pré-natais — em que pesem esforços para o aumento do acesso a este tipo de atenção — e precisam ser melhor compreendidos, para o desenvolvimento de ações que busquem elevar a cobertura e a qualidade do acompanhamento da gestação e parto no país.

A integralidade se apresenta como um princípio de organização contínua do processo de trabalho nos serviços de saúde (MATTOS, 2001), na medida em que, para sua consecução é necessário, dentre outros, se buscar ampliar as possibilidades de apreensão das necessidades de saúde da população, assumindo necessariamente, uma perspectiva de diálogo entre os diferentes sujeitos e seus modos de perceber essas necessidades.

Para Pinheiro e Grizardi (2004), a integralidade, assumida como prática social, implica o reconhecimento de diferentes visões do mundo, considerando a diversidade e pluralidade da realidade e os movimentos dos sujeitos em nossa sociedade.

A concretização de um sistema de saúde integral não passa, somente, pela aplicação exclusiva dos saberes disciplinares já existentes, mas pela construção incessante de práticas eficazes. Estas práticas vem se consolidando, a partir de uma demanda crescente de modelos alternativos de atenção, tanto na prática clínica como na gestão dos serviços de saúde (PINHEIRO; LUZ, 2003).

Muitos profissionais, gestores e usuários do SUS, na busca pela melhoria de atenção à saúde, vêm promovendo o surgimento de inúmeras inovações institucionais, tanto na organização dos serviços de saúde, quanto na incorporação e/ou desenvolvimento de novas tecnologias assistenciais de atenção aos usuários do SUS (PINHEIRO; GUIZARDI, 2004).

Buscando contribuir para ampliar as possibilidades reais de construção de tecnologias assistenciais novas e mais “eficientes”, dispomo-nos a realizar este estudo, trazendo a perspectiva dos usuários para a baila das discussões, aproximando a realidade da assistência do mundo dos planejadores do sistema de saúde.

Com o objetivo de refletir sobre as práticas de saúde exercidas nos serviços de atenção básica brasileiros, sobre a percepção dos usuários do sistema acerca dos serviços a eles oferecidos e sobre as questões próprias da comunidade —

costume, crenças, medos — que possam impactar em uma estratégia reconhecidamente eficaz, realizamos um estudo com recorte na estratégia do pré-natal.

Buscamos com este trabalho, identificar alguns dos fatores intervenientes na credibilidade das gestantes quanto às estratégias de cuidado propostas pelos protocolos assistenciais da atenção básica do SUS, especificamente aqueles voltados para o cuidado pré-natal. Para tal, realizamos uma investigação de caráter qualitativo, através de entrevistas semi-estruturadas, junto a um grupo de mulheres que se utilizam da assistência médica pelo SUS, acerca de suas expectativas com a assistência pré-natal, sua confiança e segurança nos procedimentos e nos profissionais de saúde que a realizam, além de aspectos da cultura popular passíveis de interferir nos desfechos da assistência pré-natal.

Para tanto, desenhamos a pesquisa, tendo como objetivo geral, investigar os fatores intervenientes — da comunidade, dos serviços e relacionados aos profissionais — capazes de impactar a plena efetividade do acompanhamento pré-natal, a partir da visão das gestantes.

Para a consecução deste objetivo, foram estabelecidos como objetivos específicos:

1. Compreender as concepções das gestantes sobre a assistência pré-natal oferecida pelo SUS e sobre os profissionais que a realizam, capazes de interferir na credibilidade das ações;
2. Identificar elementos motivadores das ações das gestantes ligados ao ambiente onde vivem, sua cultura, crenças, medos e costumes em relação ao pré-natal e às práticas de saúde em geral; e,
3. Identificar, a partir da fala das grávidas, possíveis fatores a serem trabalhados no sentido de elevar a credibilidade e facilitar a adesão às estratégias desenvolvidas no âmbito da saúde pública.

As duas questões norteadoras utilizadas para este estudo — Como a gestante percebe a assistência pré-natal? e Como a gestante percebe a assistência prestada pelos profissionais no pré-natal? — mostram o entendimento de que conhecer a percepção das gestantes, significa a possibilidade de conhecer de “dentro para fora” a atenção pré-natal oferecida pelo SUS, inserindo as usuárias no

contexto de avaliação da atenção oferecida, uma vez que seus depoimentos servirão como pontos de reflexão desta atenção.

Promover situações em que se possa dar voz aos usuários – neste caso, às mulheres gestantes – para exporem suas vivências ou percepções, favorecerá, a longo prazo, o redirecionamento das políticas de atenção no sentido de torná-la mais qualificada, equitativa e humanizada (CAMPOS, 2007).

Este trabalho, para além dessa apresentação, encontra-se dividido em quatro capítulos. O primeiro diz respeito ao marco teórico dos temas aqui relacionados, a Atenção Básica no Brasil e a Atenção Pré-natal, na qual destacam-se três aspectos: o acolhimento, os fatores capazes de influenciar a credibilidade e a adesão às estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal e a percepção dos usuários sobre este tipo de atenção. O segundo capítulo descreve a metodologia utilizada. O terceiro capítulo contempla os resultados da pesquisa juntamente com a sua discussão, quando são analisadas as categorias temáticas identificadas nas entrevistas, das quais se destacam quatro principais: orientações, acolhimento, acesso e o uso da ultrassonografia; as três primeiras relacionadas especificamente às percepções das usuárias e a quarta, relacionada aos aspectos culturais, envolvendo o uso indiscriminado de um procedimento diagnóstico específico. Por fim, no quarto capítulo, se apresentam as considerações finais, constituindo-se como uma verdadeira síntese dos elementos encontrados e discutidos durante o desenvolvimento da dissertação, avaliando a pertinência do estudo e fazendo algumas proposições.

1 MARCO TEÓRICO-CONCEITUAL

O marco teórico organiza-se a partir do contexto do estudo, incluindo o substrato teórico sobre o ambiente estudado, ou seja, atenção pré-natal no cenário das unidades básicas de saúde. Logo, a proposta consistiu no aprofundamento do conceito de atenção básica à saúde adotada no Brasil, com seu fundamento legal e as estratégias aí incluídas, enfocando o cuidado à gestação e ao parto nos seus aspectos de acolhimento, dos fatores capazes de influenciar sua credibilidade e adesão e, por fim, a percepção dos usuários sobre este tipo de assistência à saúde.

1.1 Atenção básica no Brasil

O Manual para a Organização da Atenção Básica do Ministério da Saúde, em seu texto de apresentação, ressalta que

A prioridade dada à Atenção Básica representa um grande esforço para que o sistema torne-se mais eficiente, consolide vínculos entre os serviços e a população e contribua para a universalização do acesso e a garantia da integralidade da assistência (BRASIL, 1999, p. 5).

De acordo com este Manual, a atenção básica tem como pressupostos os seguintes fundamentos do SUS: a saúde como direito fundamental do ser humano; a integralidade da assistência em todos os níveis de complexidade do sistema; a universalidade; a equidade, com priorização das ações e serviços em função das situações de risco e das condições de vida e de saúde da população; a resolutividade das ações de serviços de saúde na busca da identificação das causas e dos fatores de risco aos quais a população está exposta; a intersetorialidade com outros órgãos públicos, a fim de potencializar recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis para articulação de políticas e programas de interesse para a saúde; a humanização do atendimento e a participação da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema (BRASIL, 1999).

As ações da atenção básica são de responsabilidade prioritária dos municípios e dividem-se em dois campos distintos e complementares. O primeiro diz respeito às ações dirigidas a toda população como: desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo saúde-doença da população e ampliar o controle social; identificação de fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, objetivando prevenir doenças e danos evitáveis; investigação de doenças de notificação compulsória e adoção de medidas que venham interromper a cadeia de transmissão; desenvolvimento de ações de controle de qualidade de produtos e serviços e qualidade da água, além de atendimento às pequenas urgências médicas e odontológicas.

Já o segundo campo diz respeito às ações de atenção básica dirigidas a grupos específicos da população, sendo assim definidas: incentivo ao aleitamento materno; combate às doenças imunopreveníveis; combate às carências nutricionais; controle das infecções respiratórias agudas, prioritariamente na faixa de 0 a 4 anos e maiores de 60 anos; controle das doenças diarreicas; controle do crescimento e desenvolvimento; higiene bucal supervisionada, com procedimentos restauradores e cirúrgicos; controle do pré-natal e puerpério; controle do câncer cérvico-uterino e de mama; planejamento familiar; controle da hanseníase e da tuberculose; controle da hipertensão e do *diabetes mellitus*; ações de controle da obesidade; prevenção de acidentes por quedas (prioritariamente em idosos) e incentivos aos grupos de autoajuda (BRASIL, 1999).

A reorganização da atenção básica deve contribuir também, para o reordenamento dos demais níveis de complexidade do sistema, mantendo-se o compromisso com a garantia do acesso da população a todos os níveis de assistência (BRASIL, 1999).

Starfield (1994) demonstra, em um estudo comparativo entre 12 nações industrializadas ocidentais, com diferentes formas de organização em seus sistemas de saúde, que os países que apresentam uma base forte na atenção primária têm mais chance de alcançar melhores níveis de saúde com menores custos financeiros.

A mesma autora refere que, quando a Atenção Primária à Saúde (APS) assume o papel central na organização dos sistemas de saúde, fundamentando e orientando o trabalho dos outros níveis de atenção, otimizando e racionalizando o uso dos recursos (tanto básicos quanto especializados), tendo como perspectiva as necessidades da população, é capaz de melhorar o estado de saúde desta mesma

população com equidade, diminuir custos e aumentar a satisfação dos usuários com a rede de serviços (STARFIELD, 2002).

O documento “Atenção Primária e Promoção da Saúde”, resultado de uma parceria entre o Conselho Nacional dos Secretários de Saúde (CONASS) e o Ministério da Saúde, desenvolve o mesmo argumento, afirmando que por meio da organização da APS busca-se integrar todos os aspectos desses serviços, tendo por perspectiva as necessidades de saúde da população (CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007).

O Relatório Mundial de Saúde — intitulado “*Cuidados de Saúde Primários – agora mais que nunca*” — publicado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2008, retoma a visão dos cuidados de saúde primários como um conjunto de valores e princípios para orientar o desenvolvimento dos sistemas de saúde, reforçando a necessidade dos países, em seu conjunto e com suas especificidades próprias, aprenderem com as lições do passado, considerarem os desafios presentes e identificarem os caminhos mais importantes para o estreitamento dos intoleráveis vazios entre as aspirações e as implementações de sistemas de saúde realmente efetivos (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008).

No Brasil, a estratégia para organização e desenvolvimento da atenção básica proposta pelo Ministério da Saúde é a Estratégia Saúde da Família (ESF). O documento “*Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial*” publicado em 1997, confirma esta orientação, ratificada por vários outros (BRASIL, 1997; BRASIL, 2006a; CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE, 2007). Segundo estes documentos, a ESF apresenta-se como uma prática de atenção integral, com responsabilidade clínica e territorial, capaz de lidar com os problemas de saúde da população através da oferta de serviços direcionados a solucionar seus problemas mais frequentes, bem como da organização da referência para serviços de maior complexidade. Sua prática inclui ações de saúde individuais e coletivas, realizadas dentro das unidades de saúde e também fora delas, com visitas domiciliares, palestras e outras atividades extramuros em parceria com órgãos da sociedade civil (igrejas, escolas, associações de moradores, etc.). Estas ações seguem os protocolos técnico-assistenciais do MS, sendo planejadas e realizadas localmente por toda a equipe de saúde, pautadas nas demandas trazidas pelos Agentes Comunitários de Saúde (ACS), que são

moradores da própria comunidade conhecedores de seus problemas e interlocutores de suas necessidades.

Aquino e Barreto (2008) em estudo sobre os indicadores de cobertura do PSF nos municípios brasileiros, identificaram que a implantação da ESF aumentou significativamente de 1998 a 2006, variando neste período, de 20,4% (1.134 municípios) para 91,8% (5.106 municípios), mantendo um crescimento anual sustentado. Em 2007, segundo estes autores, a ESF atingiu 5.125 municípios, com uma cobertura populacional de 46,6%, o que corresponde a 87,7 milhões de pessoas.

A Atenção Básica, para se consolidar como o eixo estruturante das redes regionalizadas e integradas de atenção à saúde no SUS, deve possuir algumas das seguintes características: facilidade de acesso para os usuários; continuidade e integralidade do cuidado; responsabilização das equipes frente às comunidades atendidas; formação e estreitamento de vínculo entre os profissionais de saúde e os usuários; facilitação do fluxo dos usuários entre diferentes níveis do sistema no atendimento integral às necessidades em saúde; orientação familiar e comunitária das ações individuais e coletivas das equipes de saúde. Assim, poderá atuar como ordenadora do cuidado e articuladora das demais tecnologias, ações e serviços de saúde a fim de compor sistemas de saúde acolhedores, funcionais e resolutivos (HARZHEIM, 2009).

Em 2006, foi realizada uma revisão das diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, sendo aprovada a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), publicada na Portaria Ministerial nº. 648/2006 (BRASIL, 2006a), onde se lê:

[...] a nova política aponta para a redefinição dos “princípios gerais, responsabilidades de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia de saúde da família” (BRASIL, 2006a, p. 3).

Por esta Política, a Atenção Básica se desenvolve através de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, com trabalho em equipe, assumindo responsabilidade sanitária dirigidas às populações de territórios bem delimitados, considerando a dinamicidade existente nesses territórios. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, capazes de resolver os

problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território, sendo o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 2006a).

Para operacionalização da Atenção Básica, definem-se como áreas estratégicas de atuação no território nacional, a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, da hipertensão arterial, do *diabetes mellitus*, a eliminação da desnutrição infantil, a **saúde da criança, da mulher** (grifo nosso) e do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Podem, ainda, ser definidas regionalmente outras áreas de atuação, de acordo com pactuações e prioridades estabelecidas nas Comissões Intergestoras Bipartites (BRASIL, 2006a). O Pacto de Indicadores da Atenção Básica é o instrumento utilizado no processo de pactuação da atenção básica, tomando como objeto as metas anuais acordadas e alcançadas pelos municípios e algumas também pelos estados federativos.

Como um grupo de ações voltadas especificamente para as mulheres em um de seus momentos mais sublimes, o controle do pré-natal e puerpério compreende um conjunto de atividades de prevenção, diagnóstico e manuseio clínico de problemas obstétricos que venham a ocorrer, ou de enfermidades previamente existentes, visando à promoção da saúde materna e do recém-nascido (CARVALHO; ARAÚJO, 2007).

A atenção ao pré-natal engloba um conjunto de indicadores formais de monitoramento com potencial capacidade indicadora da qualidade dos serviços. Seu funcionamento envolve uma cadeia de procedimentos que os serviços devem realizar para outras ações de atenção básica, refletindo aspectos de outros programas (RIBEIRO, 2004). Sobre esta atenção, falaremos um pouco mais detalhadamente na seção a seguir.

1.2 Atenção à gestação e ao parto

O cuidado pré-natal, também conhecido por outros termos — assistência pré-natal, assistência anteparto, acompanhamento antenatal, atenção pré-natal e higiene da gravidez ou, simplesmente, pré-natal –, constitui uma etapa fundamental para a evolução adequada do ciclo gravídico-puerperal e para o futuro

desenvolvimento físico, psíquico e neurológico do recém-nascido (NEME, 1994 apud COUTINHO, 2006).

Os objetivos universais da assistência pré-natal podem ser resumidos em três grandes grupos:

- 1) Prevenir, identificar e/ou corrigir as condições maternas e fetais que afetam adversamente a gravidez, incluindo os fatores socioeconômicos e emocionais, além das intercorrências clínicas e/ou obstétricas;
- 2) Instruir a paciente sobre a gestação, o trabalho de parto, o parto, a amamentação e o atendimento ao recém-nascido, além de orientar sobre os hábitos que podem melhorar as suas condições de saúde; e
- 3) Incentivar suporte psicológico adequado por parte do seu companheiro, sua família e daqueles que a têm sob seu cuidado, especialmente na primeira gestação, proporcionando à paciente uma melhor adaptação à gravidez e aos desafios que enfrentará ao criar uma família (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2000).

O Ministério da Saúde, preocupado em organizar a assistência à saúde da mulher e em dar resposta à crítica dos movimentos feministas quanto à redução da mulher a sua função reprodutiva nos programas vigentes até então, instituiu em 1983, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) com a proposta de dar capacidade resolutiva à rede básica de serviços de saúde no enfrentamento dos problemas de maior significado sócio-sanitário, que incidiam principalmente sobre o grupo materno infantil. O PAISM preconizava assistência global às necessidades de saúde da mulher, em seus aspectos clínico-ginecológicos e educativos. Objetivava o aperfeiçoamento do controle pré-natal, parto e puerpério; a abordagem dos problemas femininos desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e mamário, além de possibilitar a assistência para concepção e contracepção (BRASIL, 1984).

As bases programáticas do PAISM, lançadas em 1983, representam um paradigma na atenção à saúde da mulher (BRASIL, 1984; SERRUYA, 2003), trazendo em seu texto base, no tocante às estratégias de implantação, o que seria descrito posteriormente como alguns dos princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS):

O setor saúde, através de suas instituições, deverá concentrar esforços nas propostas de integração, regionalização e hierarquização dos serviços de saúde (BRASIL, 1984, p. 23).

O PAISM reconhecia, de modo mais amplo, as necessidades de saúde das mulheres, particularmente, a idéia do direito de acesso às informações e a utilização dos métodos anticoncepcionais, oferecendo-lhes a possibilidade de escolha sobre quando engravidar (OGNIBENI, 2009).

Passados mais de uma década da sua criação, dificuldades operacionais, políticas e financeiras impediam o PAISM de melhorar efetivamente a saúde da mulher. A análise de alguns indicadores revelava um comprometimento da qualidade da assistência pré-natal, incompatível com os recursos e as diretrizes propostas pelo PAISM (COUTINHO, 2006).

Nesse contexto, e entendendo que o pano de fundo da assistência pré-natal era formado pelo desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos e pela não percepção da mulher como sujeito e que, para se contrapor a isso, era indispensável propor mudanças no modelo assistencial, o Ministério da Saúde instituiu, no ano de 2000, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), através de um conjunto de Normas e Portarias — 569, 570, 571 e 572 de 01 de junho de 2000. O PHPN adotou estratégias que visavam assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência à gestante no parto e no puerpério e ao recém-nascido, na perspectiva do pleno direito à cidadania (SERRUYA, 2003; GONÇALVES et al., 2008).

Na apresentação do PHPN, a humanização da assistência é destacada como principal estratégia, seguida da apresentação dos aspectos conceituais sobre humanização:

A principal estratégia do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento é assegurar a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério às gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos de cidadania. O Programa fundamenta-se no direito à humanização da assistência obstétrica e neonatal como condição primeira para o adequado acompanhamento do parto e do puerpério. A humanização compreende, entre outros, dois aspectos fundamentais. O primeiro, diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde, organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e adotar condutas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O segundo, se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias que, embora tradicionalmente realizadas, não beneficiam a mulher nem o recém-nascido e que, com frequência, acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2000, apud SERRUYA, 2003, p. 13).

A Portaria GM/MS nº. 569/2000, que instituiu o PHPN no âmbito do SUS, estabelece em seu artigo primeiro:

O Programa objeto deste artigo será executado de forma articulada pelo Ministério da Saúde e pelas Secretarias de Saúde dos estados, municípios e do Distrito Federal e tem por objetivo o desenvolvimento de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde de gestantes e recém-nascidos, promovendo a ampliação do acesso a estas ações, o incremento da qualidade e da capacidade instalada da assistência obstétrica e neonatal bem como sua organização e regulação no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2000, Portaria GM/MS nº. 569, Art. 1º, § único).

A criação do PHPN trouxe, em seu conjunto, uma estrutura de incentivos financeiros específicos a fim de garantir um número mínimo de consultas no pré-natal e a qualidade de atendimento ao parto (ROCHA, 2004). Aos municípios, o PHPN instituiu dois incentivos financeiros: o primeiro, diz respeito ao cadastramento da gestante, estabelecendo que a primeira consulta deve realizar-se até 120 dias de idade gestacional (captação precoce); o segundo, refere-se à conclusão do pré-natal com realização de seis ou mais consultas, dos exames laboratoriais básicos, da imunização antitetânica e da consulta puerperal (SERRUYA et al., 2004a). Para informação e monitoramento dessas ações foi disponibilizado pelo DATASUS³ um sistema informatizado, o SISPRENATAL – Sistema de Informação sobre o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Nele, são registrados os dados relacionados ao atendimento prestado, garantindo a comprovação do atendimento às mulheres com o consequente repasse financeiro aos municípios. Estes incentivos mantêm-se em vigor até o momento presente.

O Ministério da Saúde, reavaliando a assistência pré-natal após a implantação do PHPN, constatou que, apesar da ampliação da cobertura do pré-natal, a qualidade desta atenção ainda se encontrava comprometida. Publicou então, em 2005, o “*Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério - atenção qualificada e humanizada*” (BRASIL, 2005), a fim de referenciar a organização da rede assistencial, a capacitação profissional e a normatização das práticas de saúde.

Em sua 3ª edição, em 2006, este Manual orienta que as atividades desenvolvidas no pré-natal visam identificar, o mais precocemente possível, os fatores de riscos para a saúde do feto e da mãe, acolhendo a mulher desde o início da sua gestação, assegurando, ao fim deste período, o nascimento de uma criança

³ DATASUS é o nome do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2002).

saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal, encerrando-se somente após o 42º dia pós-parto, com a consulta de puerpério.

Uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada é fundamental para a saúde materna e neonatal. Depende da provisão dos recursos necessários, do estabelecimento de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos e de práticas de relacionamento baseadas em princípios éticos, na garantia da autonomia e privacidade da mulher, compartilhando as decisões sobre as condutas a serem realizadas com ela e seus familiares (BRASIL, 2006b).

A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Cabe aos estados e municípios dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, estabelecendo mecanismos de referência e contra-referência, de acordo com os seguintes critérios:

- Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local;
- Garantia de recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal, assistência ao parto e ao recém-nascido e atenção puerperal, com estabelecimento de critérios mínimos para o funcionamento das maternidades e unidades de saúde;
- Captação precoce das gestantes na comunidade;
- Garantia de atendimento a todas as gestantes que procurem os serviços de saúde;
- Garantia da realização dos exames complementares necessários;
- Garantia de atendimento a todas as parturientes e recém-nascidas que procurem os serviços de saúde e garantia de internamento, sempre que necessário;
- Garantia de acompanhamento durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;
- Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea desnecessária;
- Vinculação à Central de Regulação Obstétrica e Neonatal, de modo a garantir a internação da parturiente e do recém-nascido nos casos de demanda excedente;
- Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (SAMU);
- Garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatais;
- Atenção à mulher no puerpério e ao recém-nascido (BRASIL, 2006b, p. 9 e 10).

Este mesmo Manual Técnico estabelece que, para garantir atenção pré-natal e puerperal de qualidade, as ações desenvolvidas deverão ser realizadas em conformidade com os seguintes parâmetros:

1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação;
2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação;
3. Desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - 3.1. Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - 3.2. Atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
 - 3.3. Estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
 - 3.4. Anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante;
 - 3.5. Exames laboratoriais:
 - ABO-Rh, hemoglobina/hematócrito, na primeira consulta;
 - Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
 - VDRL, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
 - Urina tipo 1, um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação;
 - Testagem anti-HIV, com um exame na primeira consulta e outro próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível;
 - Sorologia para hepatite B (HBsAg), com um exame, de preferência, próximo à 30ª semana de gestação, se disponível;
 - Sorologia para toxoplasmose na primeira consulta, se disponível;
 - 3.6. Imunização antitetânica: aplicação de vacina dupla tipo adulto até a dose imunizante (segunda) do esquema recomendado ou dose de reforço em gestantes com esquema vacinal completo há mais de 5 anos;
 - 3.7. Avaliação do estado nutricional da gestante e monitoramento por meio do SISVAN⁴;
 - 3.8. Prevenção e tratamento dos distúrbios nutricionais;
 - 3.9. Prevenção ou diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama;
 - 3.10. Tratamento das intercorrências da gestação;
 - 3.11. Classificação de risco gestacional e detecção de problemas, a serem realizadas na primeira consulta e nas subseqüentes;
 - 3.12. Atendimento às gestantes com problemas ou comorbidades, garantindo vínculo e acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar especializado;
 - 3.13. Registro em prontuário e cartão da gestante, inclusive registro de intercorrências/urgências que requeiram avaliação hospitalar em situações que não necessitem de internação.
4. Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com realização das ações da "Primeira Semana de Saúde Integral" e da consulta puerperal, até o 42º dia pós-parto (BRASIL, 2006b, p. 10 e 11).

A média nacional brasileira de consultas de pré-natal por mulher, que realiza o parto no SUS, vem aumentando gradativamente, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas em 2005, apresentando entretanto, diferenças regionais significativas (BRASIL, 2005).

Para o ano de 2005, este indicador nos mostra estas variações regionais, sendo menor nas regiões Norte e Nordeste e maior nas demais regiões, conforme pode ser visto na figura 1 a seguir.

⁴ SISVAN — Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde que monitora o estado nutricional dos brasileiros atendidos pelo SUS (BRASIL, 2004a).

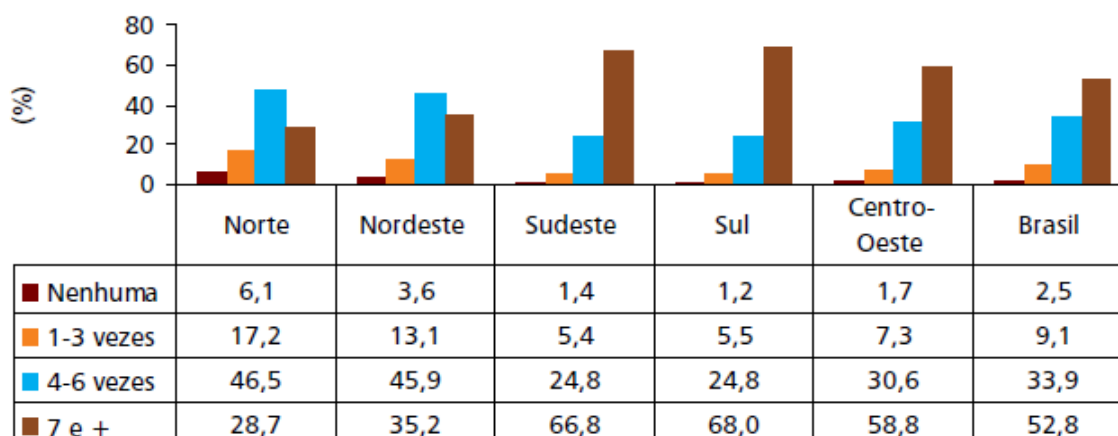


Gráfico 1 — Proporção de número de consultas de pré-natal referidas segundo as regiões. Brasil, 2005

Fonte: Sinasc/SVS/MS apud BRASIL, 2007, p. 41.

A despeito da ampliação da cobertura, alguns dados sugerem um comprometimento na qualidade da atenção pré-natal, revelada pela incidência de sífilis congênita e pelas conseqüências maternas e fetais relacionadas à hipertensão arterial na gestação. A pré-eclâmpsia / eclâmpsia representam a primeira causa de morte materna no Brasil, sendo também responsáveis pelo maior número de óbitos fetais, prematuridade e de recém-nascidos com seqüelas por hipóxia cerebral (BRASIL, 2005).

O acompanhamento ambulatorial ao final da gestação deveria ser realizado mais amíúde, visto que, neste período, a possibilidade de intercorrências obstétricas é maior, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e óbito fetal; entretanto, podemos encontrar alguns serviços de saúde que menosprezam este atendimento, ocorrendo até casos de “alta” do pré-natal (SERRUYA et al., 2004b; BRASIL, 2005).

A consulta puerperal é outro procedimento que ainda não se encontra consolidado nos serviços de saúde, mesmo nas grandes cidades brasileiras (BEZERRA, 2008). Deve acontecer até 42 dias após o parto, porém, quando ocorre, relaciona-se quase que exclusivamente às orientações e cuidados com o recém-nascido, sendo dada pouca atenção aos cuidados relacionados à saúde da mulher (atenção puerperal).

Gonçalves et al. (2008) afirmam que a assistência pré-natal tem ainda o objetivo de orientar e esclarecer sobre o parto e os cuidados com o recém-nascido, visando à redução das taxas de morbimortalidade materno-infantil, baixo peso ao

nascer e retardo do crescimento intra-uterino, visto que estas causas são evitáveis, dependendo da qualidade assistencial prestada neste período.

Parada (2008), em estudo recente sobre a assistência pré-natal no Estado de São Paulo, concluiu que a realização plena das atividades recomendadas pelo MS ainda se constitui um desafio a ser vencido e que isto só será possível, se a atenção pré-natal se consolidar como uma das prioridades em saúde para os municípios.

Baseando-se em uma revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências, a Organização Mundial de Saúde (OMS) divulgou recomendações essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal:

- Não ser medicalizada (utilização de um conjunto mínimo de intervenções realmente necessárias);
- Ser baseada no uso de tecnologia apropriada;
- Ser baseada em evidências;
- Ser regionalizada com sistema de referência eficiente;
- Ser multidisciplinar e multiprofissional;
- Ser integral, levando em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias;
- Ser centrada nas famílias e não só na mulher e seu filho;
- Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;
- Respeitar a privacidade, dignidade e a confidencialidade das mulheres (CHALMERS et al., 2001 apud Brasil, 2006b).

Estes princípios devem assegurar a proteção, a promoção e o suporte necessários para se atingir um cuidado perinatal efetivo (BRASIL, 2006b).

Dentro do cuidado à gestação e ao parto, ligado aos princípios acima assinalados, destacamos o acolhimento, discutido a seguir, como ferramenta fundamental no desenvolvimento das ações e interações entre os sujeitos envolvidos, na busca de uma assistência cada vez mais efetiva e humanizada.

1.2.1 Cuidado: Acolhimento e vínculo na construção da atenção pré-natal

A noção de cuidado é reportada por Pinheiro e Guizardi (2004) não somente como um procedimento técnico simplificado ou como um nível de atenção do sistema de saúde, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como direito de ser. Constitui o acolher, o respeitar, o tratar e atender o ser humano em sua necessidade ou sofrimento. Esta ação integral, também entendida como interações de pessoas, resulta das intercomunicações positivas entre usuários, profissionais e instituições, traduzidas em atitudes como tratamento digno, respeitoso, com acolhimento e vínculo. É este sentido do cuidado à gestação que a pesquisadora gostaria de resgatar neste estudo.

O Manual Técnico de Assistência ao Pré-Natal do Ministério da Saúde (2006), traz o acolhimento como fator determinante para o acompanhamento adequado à gestação, tal como a qualidade técnica desse acompanhamento.

Dentre os desafios do SUS voltados principalmente para a modificação da lógica de atendimento dominante, inclusive a operante em boa parte dos cuidados pré-natais vigentes, o acolhimento passa a ter valor fundamental, na tentativa de se constituir um novo modelo de atenção, que seja humanizado e permeado pela noção de integralidade e da responsabilização para com o usuário (ROCHA, 2004).

Para Franco et al. (1999), a proposta de atenção em saúde recomendada pelo SUS, traz o acolhimento como diretriz operacional básica e propõe a reorganização do serviço a partir da garantia do acesso universal, da resolubilidade e do atendimento humanizado.

O acolhimento propõe a organização e o funcionamento dos serviços de saúde de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios:

- 1) atendimento de todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
- 2) reorganização do processo de trabalho, com o deslocamento de seu eixo central da figura do médico, para o de uma equipe multiprofissional – equipe de acolhimento –, que se encarregue da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde;

3) qualificação da relação trabalhador-usuário, balizada por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania (FRANCO et al., 1999).

O acolhimento constitui-se, também na atenção obstétrica, em um elemento a ser abrangido, desde o acompanhamento pré-natal ao atendimento do parto, estando inserido nas políticas implementadas pelo SUS – PHPN — bem como imbricado na mudança do perfil relacional entre profissionais e usuárias – gestantes ou parturientes (ROCHA, 2004).

Representa um aspecto essencial da política de humanização, implicando na recepção da mulher na unidade de saúde, responsabilização na escuta de suas queixas e de suas dúvidas, assim como a articulação com outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, quando necessário. Possibilita que a gestante, desde o momento de sua recepção na primeira consulta de pré-natal, possa sentir-se à vontade para expressar suas preocupações, medos e angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, que se fizer necessária (BRASIL, 2006b).

Cabe à equipe de saúde, quando em contato com a gestante, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para a mulher e sua família, uma vez que o contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento. Contando suas histórias, as gestantes partilham suas experiências possibilitando assim, compreender melhor este momento singular.

Uma escuta sem julgamentos e preconceitos permite à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece o seu caminho até o parto, ajuda na construção do conhecimento sobre si mesma, contribuindo para um parto e nascimento tranquilos e saudáveis (BRASIL, 2006b).

O Manual de Pré-Natal e Puerpério (2006) acrescenta que:

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e da sua família — atores da gestação e do parto (BRASIL, 2006b, p. 16).

O acolhimento não é um local ou um espaço, mas uma postura ética e solidária. Não é uma etapa de um processo, mas uma ação continuada que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL, 2006b).

1.2.2 Fatores que influenciam a credibilidade e a adesão às estratégias de cuidado propostas no pré-natal

Segundo Coutinho (2006), o acompanhamento pré-natal deve se organizar de forma a suprir as necessidades de todas as gestantes em sua área de abrangência, com a utilização de conhecimentos técnico-científicos e a adequação dos recursos disponíveis. Faz-se necessário que a garantia do acesso rápido à assistência seja acompanhada de avaliação permanente das respostas das pacientes às ações implementadas por esse atendimento.

No entanto, apesar das práticas de saúde para o acompanhamento pré-natal encontrarem-se bem definidas nos protocolos e normas técnicas específicas, o Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP/OMS) refere que alguns fatores constituem barreiras comuns para um controle pré-natal efetivo:

- Custo financeiro (transporte, horas de trabalho, etc.);
- Capacidade inadequada da equipe de saúde (qualidade, tempo);
- Problemas organizacionais para o controle (acompanhamento) das ações;
- Barreiras culturais;
- Dificuldades de acesso (geográfico) ao serviço;
- Credibilidade nas ações desenvolvidas;
- Baixa promoção dos serviços oferecidos nas comunidades. (SCHWARCZ et al., 1996)

Para que esses obstáculos sejam superados, é necessário que a organização dos cuidados pré-natais contemple, no mínimo, a garantia de: a) captação precoce da gestante na comunidade; b) atendimento periódico contínuo e extensivo à população-alvo; c) provisão de recursos humanos técnica e cientificamente preparados; d) área física adequada; e) provisão de equipamentos e instrumentais adequados; f) realização de exames laboratoriais obrigatórios; g) abastecimento e acesso aos medicamentos básicos; h) sistema eficiente de referência e contra-referência; i) serviço de registro e de estatística; j) sistema de avaliação da efetividade das ações de assistência pré-natal (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA, 2000).

Faz-se importante ainda a criação, por parte dos gestores e profissionais de saúde, de mecanismos que aumentem a adesão às normas e rotinas do programa e possibilitem uma melhor utilização do pré-natal pelas usuárias do sistema (COUTINHO, 2006).

Dentre os fatores que podem interferir na adesão ao pré-natal, ou a qualquer outra intervenção proposta, encontra-se um grupo que não deve ser esquecido ou negligenciado; são fatores como confiança e segurança nos procedimentos e/ou nos profissionais que os realizam, aspectos da cultura popular (crenças, medos, superstições) e outros. Este grupo de fatores poderia ser melhor definido como percepções dos usuários e estão discutidos na sequência.

1.2.3 Percepção das usuárias

Dentre os aspectos a serem enfocados na discussão sobre a adesão às estratégias propostas, é de importância relevante a percepção dos usuários do sistema, visto que são eles os sujeitos das ações e, por serem sujeitos vivos, seus posicionamentos influenciam o sucesso ou insucesso das diversas intervenções.

No que se refere ao pré-natal, crenças populares, por vezes, subestimam as práticas de saúde oferecidas pelos profissionais, em favor dos conselhos dados pela mãe, avós, vizinhas ou até mesmo, experiência(s) prévia(s) da gestante. O “medo de injeção” poderia ser um dos fatores determinantes para a baixa adesão à vacinação antitetânica na prevenção do tétano neonatal, assim como para a realização dos exames laboratoriais sanguíneos. A expectativa de “saber o sexo da criança”, através da ultrassonografia obstétrica, costuma ser um motivador mais importante para a frequência ao pré-natal do que propriamente as ações e orientações para a prevenção das possíveis complicações gestacionais oferecidas pelos profissionais (PICCININI et al., 2004).

Para Serapioni (1999) os gestores, os usuários e os profissionais de saúde têm percepções distintas em relação aos serviços de saúde, priorizando aspectos diferentes quando avaliam a qualidade dessas ações. Ademais, estas percepções também podem variar de acordo com o modelo de atenção oferecido.

Em estudo comparativo sobre as percepções das usuárias de unidades básicas de saúde tradicionais, com aquelas das unidades de saúde da família, Ribeiro et al. (2004) encontraram diferenças pouco significativas, levemente favoráveis ao modelo de PSF, devido à maior facilidade de acesso dos usuários e a prática das visitas domiciliares, o que apontou para uma potencial melhoria na qualidade dos serviços públicos de saúde com a adoção do novo modelo preconizado de atenção básica.

Em estudo sobre a efetividade da assistência pré-natal em uma Unidade de Saúde da Família, Gonçalves et al. (2008) destacaram que algumas das especificidades desse modelo de assistência, como detecção precoce das gestantes na comunidade e o estímulo para a realização do pré-natal, através das ações dos ACS inseridos na comunidade, além do acolhimento, vínculo com a equipe de saúde, ações intersetoriais e trabalho em equipe, são capazes de proporcionar às gestantes a segurança desejada e necessária no transcorrer da gravidez.

Almeida e Tanaka (2009), em um estudo sobre a perspectiva das mulheres na avaliação do PHPN, comentam que as respostas dessas às ofertas de atenção se balizam, em geral, no que pensam sobre suas necessidades de saúde. Identificaram que as gestantes buscam locais de atendimento que lhes transmitam maior segurança, objetivando as melhores condições para o acompanhamento do desenvolvimento dos seus filhos, muitas vezes, independente da distância entre este serviço e a sua residência. Isto revela que, quanto menor o estabelecimento do vínculo entre a equipe de saúde e a gestante, maior será o risco de desistência do pré-natal, como também, menor a frequência no acompanhamento da gestação.

Na percepção das mulheres sobre a atenção pré-natal, Landerdahl et al. (2007) identificaram o estreitamento do vínculo entre os profissionais e as gestantes como ponto crucial no estabelecimento das relações entre esses agentes, influenciando na credibilidade das ações e no fortalecimento da dimensão educativa. Outros autores confirmam também, a importância do vínculo e do acesso às informações como facilitadores para um redirecionamento da atenção à gestante (DUARTE; ANDRADE, 2008; ALMEIDA; TANAKA, 2009).

A gestante trabalhadora necessita dividir seu tempo e preocupações entre o trabalho e a assistência à saúde. Aspectos sociais, econômicos e culturais devem ser considerados pelos profissionais que assistem essas mulheres, uma vez que

necessitam manterem-se híginas para assegurar sua fonte de renda, além de dar conta dos atributos e responsabilidades inerentes ao seu estado gestacional. Isto se constitui em um aspecto diferenciado a ser levado em conta na abordagem do pré-natal (DUARTE; ANDRADE, 2008).

Em relação às gestantes adolescentes (10 a 18 anos), vários autores referem maior dificuldade de adesão, com início tardio do pré-natal e conseqüente realização de um menor número de consultas. Lima et al. (2004) destacam que a demanda de adolescentes para os serviços de saúde, em geral, é pequena e que o abandono à escola, o afastamento do grupo de amigos e as limitações de oportunidade de emprego, contribuem para a frequência de abortamentos provocados e desinteresse pelo pré-natal. Tentativas de abortamento não são incomuns, expressando o desejo de não engravidar (GAMA et al., 2004).

Muitas vezes, ao freqüentar o pré-natal em um ambiente não adequado para recebê-la, a adolescente sente-se perdida e isolada, em meio a outras gestantes mais velhas. Encontra-se em uma situação nova, em geral não planejada, fazendo com que se retraia e evite fazer questionamentos além das informações recebidas. Seria importante, para estas meninas grávidas, o oferecimento de espaços de escuta com abordagens específicas, visto que se trata de uma realidade particular, com aspectos do desenvolvimento, tanto biológico quanto psicossocial, bastante diferenciados das demais gestantes. Em um ambiente adequado, junto a outras adolescentes, certamente haveria possibilidade de maior interação com a equipe de saúde, permitindo uma melhor preparação para o parto e para o novo contexto da vida que se apresenta.

Muitas dessas meninas, após a primeira gestação, engravidam novamente em situações bastante semelhantes à primeira, parecendo que o período gestacional anterior não tenha contribuído para o seu amadurecimento, tampouco para a preparação de uma nova gravidez e o enfrentamento da realidade que as cerca. Isto reforça a importância das orientações quanto ao planejamento familiar para as gestantes adolescentes, que devem ser específicas para este grupo, enfocando seu contexto de vida (idade, afetividade, estudo, trabalho, família e outros), a fim de que, dessa forma, o tema proposto seja capaz de despertar a atenção e gerar questionamentos sobre cuidados à saúde, responsabilização e comportamento sexual nessas jovens mulheres.

O Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006b) recomenda a construção de um novo olhar sobre o processo saúde/doença, capaz de compreender a gestante em sua totalidade, considerando o ambiente (social, econômico, físico e cultural), onde vive. Recomenda também um redimensionamento das relações entre os diversos sujeitos envolvidos na produção da saúde e a construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos (incluídos os sexuais e reprodutivos), valorizando os aspectos subjetivos na atenção (BEZERRA, 2008).

Esta pesquisa se propôs a identificar possíveis situações e argumentos capazes de embasar uma nova discussão sobre o modo como se desenvolvem determinadas estratégias e as causas determinantes na sua credibilidade e adesão, por parte das usuárias do sistema de saúde.

2 METODOLOGIA

2.1 Abordagem metodológica

Este estudo utilizou como estratégia metodológica a pesquisa qualitativa, com foco nas interações interpessoais (profissionais de saúde e usuárias do SUS), bem como nos valores, crenças e atitudes associadas às práticas utilizadas na assistência pré-natal.

A pertinência desta estratégia de pesquisa é explicada por Minayo:

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com um universo de significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes. (...) a abordagem qualitativa, se aprofunda no mundo dos significados. Esse nível de realidade não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância, pelos próprios pesquisados (Minayo, 2008, p. 21 e 22).

A abordagem qualitativa favorece a identificação em detalhes das atitudes, necessidades e valores de grupos-alvo específicos, podendo ser bastante útil quando se pretende uma compreensão mais profunda de opiniões, significados, emoções, ações e o modo como tudo isso afeta o comportamento em saúde no ambiente onde o indivíduo vive e interage (ALBUQUERQUE et al., 2004).

Para Minayo (2008), a abordagem qualitativa tem como alvo a compreensão do comportamento e da experiência humana. No caso desta pesquisa, possibilitou a compreensão das percepções das gestantes sobre a atenção dispensada pelos serviços de pré-natal, a qual se considera como elemento importante na credibilidade e adesão a essa prática de cuidado, de modo geral, e a seus diversos elementos componentes, de forma específica.

O modelo de análise focalizou a perspectiva das usuárias do pré-natal do sistema público de saúde brasileiro.

2.2 Cenário do estudo

O estudo foi desenvolvido no Município de Mesquita, localizado na região metropolitana do Estado do Rio de Janeiro, com cerca de 190.000 habitantes (SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE, 2009b), distribuídos por uma área de 41,5 km² (figura 1).

Mesquita foi emancipada do município-mãe de Nova Iguaçu em 1999, sendo, até o momento, o mais novo município do Estado. É predominantemente urbano, com características de cidade-dormitório, pois grande parte de sua população trabalha no município do Rio de Janeiro, retornando à Mesquita para o descanso noturno. Encontra-se dividido em 12 bairros, sendo os da periferia constituídos por alguns bolsões de pobreza.

A rede municipal de saúde é composta por dez (10) Unidades básicas de saúde (UBS), atuando no modelo tradicional de atenção, catorze (14) equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) distribuídas em dez (10) equipamentos básicos de saúde, dois (02) centros municipais de saúde (CMS), uma (01) policlínica, dois (02) centros de atenção psicossocial (01 CAPS II e 01 CAPSad)⁵, um (01) centro de especialidades odontológicas (CEO), uma (01) unidade de atendimento pré-hospitalar fixo (urgência e emergência) e uma (01) maternidade de baixo risco. Algumas unidades básicas oferecem atendimento odontológico básico.

O município é dividido geograficamente por uma linha férrea, com um viaduto ligando os dois lados. Os equipamentos de saúde são distribuídos nos dois lados do município (exceto o atendimento de urgência e a maternidade) a fim de facilitar o deslocamento da população.

⁵ CAPS II = CAPS tipo II, para atendimento diário de adultos, em sua população de abrangência, com transtornos mentais severos e persistentes.

CAPSad = CAPS para usuários de álcool e drogas, para atendimento diário à população com transtornos decorrentes do uso e dependência de substâncias psicoativas, como álcool e outras drogas. Esse tipo de CAPS possui leitos de repouso com a finalidade exclusiva de tratamento de desintoxicação. (BRASIL, 2004b)

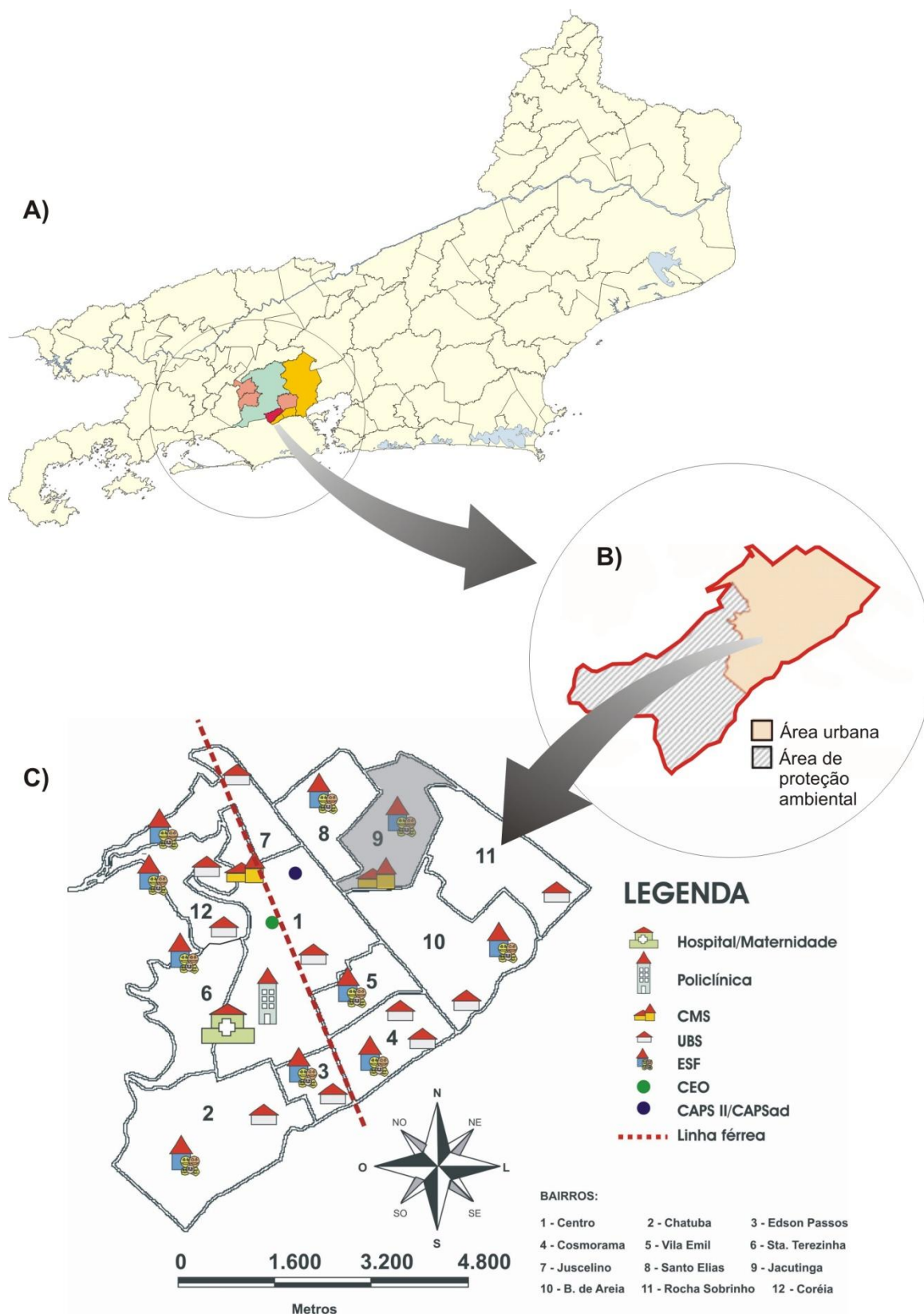


Figura 1 - Município de Mesquita: A) Localização no Estado do Rio de Janeiro, B) Território e C) Distribuição das unidades de saúde por bairros na área urbana em 2009.

Fonte: Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita-RJ.

O bairro de Jacutinga (ver figura 1, C) foi escolhido para lócus da pesquisa por ser um dos bairros mais antigos do Município de Mesquita, tendo sido priorizado quando da implantação das equipes de Saúde da Família. Localiza-se em uma das áreas mais carentes do município, com uma população muito empobrecida, apresentando dificuldades de acesso aos serviços públicos, especialmente os de saúde. Tradicionalmente, esta população tenta resolver seus problemas de saúde de forma pontual, recorrendo às unidades de emergência mais próximas para atendimento médico, dentro ou fora do município, com baixa adesão ao acompanhamento ambulatorial oferecido. Na experiência vivenciada pela pesquisadora junto aos moradores deste bairro, em momento anterior a esta pesquisa, identificou-se o uso de práticas empíricas de saúde, como terapias com argila, uso de plantas medicinais, benzedeadas e outras, como de uso complementar a assistência médica tradicional.

Este bairro conta com duas unidades de saúde: uma unidade básica, que trabalha com o modelo da Estratégia de saúde da família (ESF), composta por duas equipes e um centro municipal de saúde (CMS), que funciona no modelo tradicional de atenção à saúde.

As duas equipes de Saúde da Família, implantadas no bairro há cerca de três anos, vem enfrentando o desafio de tentar modificar, lenta e gradualmente, a prática do modelo de atenção à saúde, de curativo para predominantemente preventivo, desenvolvendo ações voltadas prioritariamente para prevenção e promoção à saúde. Trabalham com adstrição de clientela, conforme preconizado pela ESF, não abrangendo a população total do bairro. Para alcançar a cobertura plena do bairro, seria necessária a implantação de mais duas novas equipes de PSF, o que deverá acontecer ainda nesta gestão, segundo compromisso firmado pelo gestor municipal. A população local vem respondendo com aceitação parcial do modelo apresentado, com certa desconfiança, pouca credibilidade e questionamento acerca da continuidade das ações.

Na Unidade de Saúde da Família, o quadro de profissionais, completo à época da pesquisa, é formado por duas equipes, com um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem, um agente administrativo e seis agentes comunitários de saúde (ACS) em cada uma delas.

No tocante ao pré-natal, é esperado que a captação das gestantes ocorra de forma relativamente precoce, devido à ação dos ACS, como também deve acontecer

a busca ativa das gestantes faltosas às consultas. O protocolo utilizado para este acompanhamento (BRASIL, 2006b) orienta que o atendimento às consultas de pré-natal de baixo risco deve ser realizado de forma alternada entre o médico e o enfermeiro de uma mesma equipe, de acordo com as condutas e os procedimentos preconizados. A avaliação do risco gestacional deve ser realizada na primeira consulta, conforme orienta este Manual, e também a qualquer momento do pré-natal, que a gestante necessite de um atendimento de maior complexidade. A unidade de saúde responsabiliza-se pelo atendimento de baixo risco, encaminhando as gestantes com maior risco para um ambulatório especializado, localizado no município de Nova Iguaçu, em uma maternidade de alto risco (unidade de referência regional para gestantes de alto risco).

O CMS de Jacutinga segue o modelo de atenção básica tradicional, com quadro funcional comportando médicos especialistas, enfermeiros e técnicos de enfermagem, não incluindo agentes comunitários de saúde. É uma unidade de maior porte arquitetônico que as demais unidades básicas e, devido a sua localização geográfica estratégica dentro do município, comporta além das clínicas básicas (clínica médica, pediatria e ginecologia), algumas especialidades médicas, como cardiologia, endocrinologia e ortopedia. Inclui, ainda, atendimento odontológico básico. Atende aos moradores do bairro não cadastrados no PSF, além de demanda espontânea de bairros vizinhos. Nesta unidade, somente o médico ginecologista realiza o atendimento de pré-natal. A orientação para este acompanhamento segue o mesmo protocolo técnico de pré-natal e puerpério (BRASIL, 2006b).

Em Mesquita, funciona ainda um programa de assistência pré-natal para gestantes adolescentes de até 19 anos, chamado “Programa Jovem Mãe”, com atendimento multiprofissional (médico, enfermeiro, psicólogo, assistente social, nutricionista e fisioterapeuta). Localiza-se na Policlínica Municipal, sendo referência para toda a rede de saúde local. Este programa faz o acompanhamento das gestantes adolescentes de baixo risco, e encaminha as de alto risco, para unidades de referência fora do município. A adesão ao programa é voluntária para as adolescentes, podendo permanecer em sua unidade de origem, caso façam esta opção.

A maternidade funciona dentro de um hospital — Hospital Municipal Engenheiro Leonel de Moura Brizola⁶ — atendendo partos de baixo risco, com média de 70 partos / mês⁷. Não dispõe de pré-natal. Além disso, dificuldades de longa data apresentadas pelo serviço geraram na população uma sensação de não confiança, contribuindo para o seu baixo desempenho, em relação à necessidade local⁸.

2.3 População de estudo

Foram incluídas no estudo mulheres grávidas, entre 18 e 40 anos, moradoras do bairro Jacutinga, em acompanhamento pré-natal à época da entrevista, com no mínimo, duas consultas realizadas. Algumas mulheres tinham experiências prévias com outros profissionais da rede pública de saúde e/ou privada, nesta gravidez ou em outra(s) precedentes(s). Excluiu-se do estudo as gestantes que realizaram somente uma consulta, já que estariam iniciando o acompanhamento na Unidade.

A escolha das participantes deu-se a partir da sua chegada à unidade de saúde para atendimento, no período estabelecido para as entrevistas e que atendiam aos critérios de inclusão.

O número de mulheres entrevistadas foi definido através do processo de inclusão progressiva (sem demarcação prévia), limitada por critério de saturação, ou seja, cessaram novas inclusões quando as percepções, explicações e sugestões atribuídas pelas entrevistadas passaram a ter uma regularidade de apresentação (MINAYO, 2008).

A Unidade Básica de Saúde da Família de Jacutinga (PSF Jacutinga) conta com duas equipes de saúde, com população adstrita de cerca de 6090 pessoas,

⁶ Este hospital pertenceu à Universidade de Nova Iguaçu. Foi fechado em 2002 e municipalizado em 2004, quando retomou o funcionamento da maternidade e de um pronto atendimento clínico e pediátrico, ambos de forma precária, a fim de atender interesses eleitorais. Não obteve, até o momento, a habilitação junto à Secretaria de Estado de Saúde e Defesa Civil do Rio de Janeiro, nem o registro no CNES (Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde).

⁷ Dados de produção da maternidade obtidos por informação da Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita, em novembro de 2009.

⁸ Segundo o SINASC, Mesquita/RJ apresentou o nascimento de: 2425 nascidos vivos em 2007, com média de 202/ mês (Fonte: MS/SVS/DATASUS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC, extraído de www.datasus.gov.br em 05/03/2010a.)

sendo 3209 (52,68%) do sexo feminino; do total de mulheres, 2124 encontram-se entre 10 e 49 anos⁹. De acordo com os dados informados pelos ACS das duas equipes, na população adscrita pelo PSF, vinte e nove (29) mulheres encontravam-se em período gestacional à época das entrevistas. Destas, onze (11) gestantes faziam pré-natal em outras unidades de saúde (nove em outras unidades públicas e duas em unidades privadas). Das dezoito (18) gestantes restantes, quatro (04) foram encaminhadas para acompanhamento em pré-natal de alto risco (não mantiveram acompanhamento simultâneo no PSF¹⁰), quatro (04) foram encaminhadas para o Programa Jovem Mãe, e outras quatro (04) tinham realizado somente a 1ª consulta de pré-natal, motivo pelo qual não se enquadraram no critério de inclusão deste estudo. Restaram, portanto, seis (06) gestantes, que foram convidadas e aceitaram participar da pesquisa.

Inicialmente, pensava-se em incluir apenas as gestantes acompanhadas pelo PSF; entretanto, devido ao número reduzido de gestantes (apenas seis), expandiu-se o rol das entrevistadas para outra unidade de saúde no mesmo bairro.

Considerando que o CMS de Jacutinga atende mulheres do mesmo bairro, foram incluídas na pesquisa mais duas (02) gestantes acompanhadas naquela unidade de saúde. A inclusão das mulheres ocorreu de forma progressiva e, após análise dos dados das duas entrevistas, considerou-se ter atingido o critério de saturação. Este fato possibilitou o enriquecimento da pesquisa, através da inclusão no estudo das percepções das gestantes acerca dos diferentes modelos de assistência básica.

Assim, oito gestantes participaram da pesquisa, sendo as seis primeiras entrevistadas oriundas da unidade básica de saúde da família e as duas últimas, do centro municipal de saúde, ambas localizadas no bairro Jacutinga, município de Mesquita, RJ.

⁹ Fonte: Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB)/DATASUS. Base de Dados Municipal de Mesquita/RJ. Relatório de Cadastro Familiar. Extraído em 05 de março de 2010.

¹⁰ O que contraria as orientações do manual técnico de pré-natal, que diz: “a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um nível de maior complexidade no sistema” (BRASIL, 2006b, p. 22)

2.4 Instrumento de pesquisa

A entrevista em profundidade foi utilizada como principal recurso metodológico na elaboração dos dados da pesquisa. Foram aplicadas entrevistas semi-estruturadas ao grupo de mulheres gestante acima mencionado, que autorizaram por escrito a sua realização.

A escolha desta técnica, decorreu do fato da mesma possibilitar uma conversação face a face que, além de permitir a obtenção das informações relevantes sobre as práticas em investigação, possibilita identificar percepções, aclarar dúvidas e ampliar explicações através das respostas subjetivas das gestantes sobre o acompanhamento pré-natal.

Como técnica para obtenção de informações, a entrevista possibilita uma interação social entre entrevistador e entrevistados, onde o primeiro, com a maior objetividade e clareza possível, busca apreender informações sobre o comportamento e a consciência destes atores (MERHY, 2007).

Os dados obtidos neste tipo de entrevista são dados primários, chamados por alguns cientistas sociais de “subjetivos”, e constituem uma representação da realidade a partir das idéias, crenças, sentimentos, opiniões, maneiras de pensar e de atuar, razões conscientes ou inconscientes de determinados comportamentos e atitudes (MINAYO, 2008).

Optou-se por entrevistas semi-estruturadas. Este tipo de entrevista combina perguntas fechadas e abertas, onde o entrevistado pode discorrer sobre o tema em questão, sem se prender à pergunta estabelecida (MINAYO, 2008).

As entrevistas tiveram por finalidade obter informações a respeito do entendimento dessas mulheres sobre saúde e responsabilidade pessoal, suas percepções sobre a importância do pré-natal, o processo de cuidado e, especificamente, sobre o cuidado pré-natal recebido nos serviços de saúde pesquisados.

O roteiro da entrevista (anexo 1) dividiu-se em quatro partes:

1. Identificação
2. História Reprodutiva
3. Conhecimento sobre a assistência pré-natal
4. Credibilidade nos profissionais e na assistência oferecida

Nas entrevistas gravadas, as partes 3 e 4 tiveram como foco duas questões norteadoras:

- a) *Como a gestante percebe a assistência pré-natal?*
- b) *Como a gestante percebe a assistência prestada pelos profissionais no pré-natal (Apêndice A).*

Com estas questões, procurou-se aprofundar o tema proposto, buscando captar as percepções das gestantes sobre os possíveis fatores intervenientes na credibilidade e adesão às estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal. A primeira questão indagava a gestante sobre suas percepções acerca da assistência pré-natal, sua finalidade e objetivos, dificuldades presentes na sua realização e seu conhecimento sobre outras práticas de acompanhamento pré-natal. A segunda questão dizia respeito à credibilidade nos profissionais e na assistência recebida pelas gestantes.

Este roteiro, apesar de conter questões diretas, não foi aplicado de forma literal às gestantes, servindo na realidade, como base para a pesquisadora desenvolver um diálogo mais livre, que permitisse explorar as experiências, expectativas e significados do pré-natal e suas rotinas para os sujeitos entrevistados, assim como suas percepções acerca do atendimento recebido. Os diversos pontos elencados como importantes para alcançar os objetivos do estudo foram explorados no diálogo, de forma espontânea, à medida que surgiram; quando isto não ocorreu, foram provocados pela pesquisadora.

A observação participante costuma ser elemento importante neste tipo de investigação, associado à entrevista. Neste caso, optamos por não introduzi-la como parte integrante da pesquisa, uma vez que a pesquisadora tem conhecimento prévio da realidade onde ocorreu o estudo, por ter trabalhado durante seis meses, como médica, na Unidade de Saúde da Família em questão (há um ano atrás). Atualmente, trabalha na coordenação de serviços de saúde do município, mantendo contato freqüente com as unidades referidas, o que possibilita o conhecimento das rotinas de trabalho da equipe. Ainda assim, foi necessário buscar algumas informações importantes, diretamente com os profissionais locais, sobre modificações no processo de trabalho atual das unidades pesquisadas.

2.5 Processo de Coleta de Dados

Para a realização do trabalho de campo, solicitou-se autorização à Coordenação de Atenção Básica da Secretaria Municipal de Saúde de Mesquita, assim como do Secretário Municipal de Saúde. Depois de autorizado, o projeto de pesquisa foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (IMS/UERJ), sendo aprovado em 05 de novembro de 2009 (Anexo A).

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas, no período de novembro e dezembro de 2009. A abordagem às gestantes foi feita diretamente pela entrevistadora que, após identificar-se, esclareceu os motivos da pesquisa, assim como o seu desenvolvimento.

As mulheres foram convidadas a participar da pesquisa de forma voluntária, sendo-lhes garantidos o anonimato e o sigilo quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa, assim como a utilização das informações prestadas exclusivamente para fins científicos, assegurando-lhes que nada do que fosse levantado seria repassado ou comentado com seus cuidadores.

Após exposição da finalidade da pesquisa e do exposto acima, todas concordaram em participar da mesma, através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (Apêndice B), em duas vias, em obediência às normas estabelecidas pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) na resolução 196/1996 (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

As entrevistas foram realizadas em local e horário combinados com as mulheres, buscando a sua maior comodidade; algumas, na unidade de saúde, e outras, na própria residência das mulheres. Foram todas realizadas unicamente pela pesquisadora em questão, sendo gravadas e, posteriormente, transcritas na íntegra, a fim de fidelizar o pensamento das entrevistadas.

As entrevistadas foram identificadas pela palavra Gestante, seguida do número referente à seqüência de entrevistas.

As duas primeiras entrevistas serviram de teste-piloto para averiguação da pertinência do instrumento referencial para a coleta dos dados. A partir deste procedimento, confirmando-se a sua pertinência, deu-se prosseguimento às entrevistas, com a inclusão das mesmas no pool de dados da pesquisa.

2.6 Análise dos dados

Para a análise qualitativa dos dados coletados a partir das entrevistas, optamos pela técnica de análise do conteúdo proposta por Bardin, que se refere a um conjunto de técnicas de análises das comunicações que se aplicam a discursos extremamente diversificados, possibilitando a descoberta do que está por trás dos conteúdos manifestos, além das aparências do que está sendo comunicado (GOMES, 2008).

Bardin descreve de forma abrangente a análise do conteúdo como:

Um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitem a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção / recepção (variáveis inferidas) destas mensagens (BARDIN, 1979, p. 42).

Para Bardin (2008), o trabalho de análise do conteúdo se inicia pela fragmentação da comunicação em categorias (categorização). As categorias funcionariam como classes ou rubricas que possibilitam a ordenação dos elementos presentes no texto. A análise é, dessa forma, conduzida através de inferências sobre os conhecimentos do emissor da mensagem, de modo a evidenciar o conteúdo das falas.

Os dados sobre identificação, história reprodutiva e aqueles referentes ao conhecimento e credibilidade na assistência pré-natal e nos profissionais foram organizados e analisados para caracterização das gestantes. Depois de leituras atentas dos depoimentos — leitura em profundidade, segundo Minayo (2008) —, encontramos as convergências das idéias de acordo com o objetivo de estudo e agrupamos em temáticas.

Desse processo, emergiu um conjunto de categorias, do qual se destacam quatro categorias temáticas principais: as três primeiras relacionadas especificamente à percepção das usuárias — orientações, acesso e acolhimento — e a quarta, relacionada aos aspectos culturais identificados — uso indiscriminado de um procedimento diagnóstico específico, no caso, a ultrassonografia.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

3.1 Os sujeitos de pesquisa: um perfil das gestantes entrevistadas

Das oito gestantes entrevistadas, cinco faziam acompanhamento exclusivamente no PSF, uma exclusivamente no CMS e duas iniciaram seu atendimento no PSF, tendo depois migrado para o modelo tradicional de assistência ambulatorial. Das cinco acompanhadas exclusivamente pelo PSF nesta gravidez, quatro tiveram experiência nas gestações anteriores com o pré-natal tradicional.

O grupo de gestantes encontrava-se na faixa etária entre 18 e 35 anos. Apenas uma delas realizava trabalho remunerado fora do domicílio; duas estavam desempregadas e as demais exerciam atividades do lar. Cinco eram casadas (união estável) e três solteiras, assim definidas por não residirem com os seus parceiros. Três pararam de estudar durante o ensino fundamental (a gestante de 18 anos parou os estudos por causa da gravidez em curso), duas durante o ensino médio e três o concluíram.

Quanto à renda familiar, quatro gestantes referiram renda de um salário mínimo (SM) e as outras quatro, entre dois e quatro salários mínimos. Identificou-se que, das três que pararam de estudar durante o ensino fundamental, somente uma tinha renda familiar mais alta que as demais, isto é, entre 2 e 4SM (a mais nova do grupo). Das que alcançaram o ensino médio, somente uma referiu renda familiar mais baixa (trabalha como técnico administrativo, porém encontrava-se desempregada no período).

Em relação ao número de gestações, três estavam em sua primeira gestação, três na segunda, uma na terceira e uma encontrava-se na quinta gestação. Excetuando-se as grávidas de primeira vez, todas as demais realizaram pré-natal nas gestações anteriores.

Três gestantes iniciaram o pré-natal antes de 120 dias — conforme preconiza o Manual Técnico — tendo as outras cinco gestantes iniciado entre 19 e 27 semanas, sendo apenas duas depois de 21 semanas. .

Sete gestantes encontravam-se no 3º trimestre de gestação; apenas uma encontrava-se no 2º semestre.

O número de consultas prévias no pré-natal variou entre 3 e 7 consultas, com média de 4,5 consultas por gestante. Este número de consultas reflete-se como relativamente satisfatório, uma vez que as três gestantes que tiveram somente três consultas encontravam-se na 28^a, 31^a e 32^a semanas de gestação, possibilitando ainda, tempo hábil para a realização de pelo menos mais três outras consultas, atendendo assim, à orientação técnica do MS, que preconiza um mínimo de seis consultas.

Quanto ao acompanhamento clínico, sete gestantes encontravam-se em acompanhamento por profissional médico (cinco por generalista do PSF e duas por ginecologista do CMS) e, uma das gestantes, em acompanhamento exclusivo pela enfermeira do PSF. Aquelas com acompanhamento médico no PSF, receberam, em algum momento, atendimento por enfermeiro (a), relacionado à ausência do médico no dia ou período de consulta marcada. No CMS, não acontecem consultas de enfermagem no pré-natal.

O quadro 1 abaixo busca detalhar as informações sobre os sujeitos de pesquisa.

Gestante	Idade (anos)	Escolaridade	Estado Civil	Renda familiar (SM)	Consultas no PN (Nº.)	Início PN (sem)	Idade gestação (sem)	Gestações (Nº.)
Gestante 1	30	E Médio	casada	1SM	7	12	38	1
Gestante 2	32	E Fund (4 ^{as})	solteira	1SM	3	21	31	2
Gestante 3	18	E Fund (7 ^{as})	solteira	2-4 SM	3	21	32	1
Gestante 4	35	E Fund (5 ^{as})	casada	1SM	4	24	36	5
Gestante 5	20	E Médio (1 ^{as})	solteira	2-4 SM	5	27	38	2
Gestante 6	25	E Médio	casada	2-4 SM	4	08	23	2
Gestante 7	33	E Médio (1 ^{as})	casada	2-4 SM	7	08	34	3
Gestante 8	22	E Médio	casada	1SM	3	19	28	1

Legenda: E Médio — Ensino Médio; E Fund — Ensino Fundamental; PN — Pré-natal; S — série; SM — Salário Mínimo.

Quadro 1: Perfil das gestantes participantes da pesquisa

Fonte: Elaboração própria

3.2 Percepções sobre o pré-natal: Um consenso acerca da sua importância

Em todas as entrevistas realizadas, as gestantes relataram achar relevante a realização do pré-natal, algumas destacando sua importância para a saúde da mãe e do feto; outras, para o desenvolvimento do bebê, e outras, ainda, para acompanhar o nascimento do bebê e ter a garantia de um bom parto. As falas abaixo detalham parte dessa visão, mesmo quando o cuidado recebido deixa a desejar:

Acho que é um tratamento que você faz, assim... Até você ter o neném é importante pra sua saúde e a saúde do bebê também, saber se o nascimento vai ser tranquilo ou não, se o neném vai ter alguma doença, tudo isso... Eu acho importante, pela saúde, e um parto tranquilo. Eu acho que a gente consegue, se fizer o pré-natal... (Gestante 1)

(...) é indispensável fazer o pré-natal, indispensável... Só que eu acho precário; não fazem direito, sei lá... Na minha opinião, não é todo médico que faz direito.... (...) A gente ficar sabendo como está a pressão, se o neném está se desenvolvendo, se a gente vai... Se vai ser um bom parto, se a gente tem alguma doença, diabetes, a AIDS, um monte de coisas Eu acho indispensável para a gente, para o bebê... (Gestante 4)

Essa valorização do pré-natal encontra-se também presente nos discursos das gestantes que frequentavam o Centro de Saúde:

Eu tenho certeza que o pré-natal é importante pra todas as gestantes, até mesmo o acompanhamento, porque se não tiver esse acompanhamento, a gente não sabe se a criança está bem ou até mesmo a gente... Pra evitar riscos de doenças, pelos exames que nós fazemos e até mesmo os ginecológicos... É muito importante, com certeza, para toda gestante. (Gestante 7)

Mesmo aquelas com experiência pré-natal anterior, relatam que este foi importante, no sentido de evitar problemas para o recém-nascido sem, entretanto, especificar as razões e os porquês dessa relevância.

(...) essa assistência é a melhor coisa que tem... Ajuda muito o feto, no caso, a gente tendo o pré-natal, controla mais a saúde do neném (...). Eu fiz do meu filho e, hoje, ele está com saúde, não tem nenhum problema. Muitas pessoas que não fazem o pré-natal, acabam tendo problemas, assim, com a criança... Não nasce com saúde, nasce com problema. Eu conheço muitas que não fizeram e que têm filhos com problemas... (Gestante 2)

A relevância do pré-natal para o cuidado da saúde materna e fetal encontra eco em outros estudos relacionados a essa temática. Em trabalho realizado por Duarte e Andrade, em 2008, com 21 gestantes do PSF no município de Campo Grande – Mato Grosso do Sul, as gestantes também referiram que o pré-natal

significa a real possibilidade de se conhecer e praticar os cuidados necessários relacionados à mãe e ao bebê, construídas a partir de quatro idéias centrais: como está o bebê; prevenindo doenças e complicações para o bebê; como está a mãe e prevenindo doenças e complicações para a mãe.

RIBEIRO et al. (2004) realizaram um estudo comparativo entre unidades básicas de saúde tradicionais (UBS) e módulos de saúde da família (MSF), junto às usuárias do SUS que utilizaram serviços de pré-natal. Buscaram identificar possíveis diferenças na percepção dessas mulheres sobre a qualidade da assistência, baseando-se nas normatizações do programa de atenção integral à saúde da mulher, criança e adolescente do Ministério da Saúde em 22 municípios brasileiros. Destacaram um conceito geral altamente satisfatório desta atenção, com diferenças pouco significativas entre os dois modelos de atenção, no que se refere ao cumprimento do protocolo do MS, porém, relativamente favoráveis aos MSF, devido provavelmente, a maior facilidade de acesso dos usuários aos MSF e a realização das visitas domiciliares.

3.3 Pré-natal: um cuidado visto como imprescindível mas com problemas

Ainda que destaquem a importância desse tipo de assistência, as gestantes têm também uma visão bastante crítica quanto ao cuidado que recebem e como este pode não atender a todas as suas expectativas. A primeira gestante entrevistada, inicialmente mostrou-se satisfeita com o cuidado pré-natal recebido; entretanto, no decorrer de sua fala, expressou o descontentamento em relação à duração das consultas, referindo que os profissionais estão sempre com pressa. Ademais, assinala que o foco do cuidado muitas vezes, concentra-se apenas nos aspectos técnicos da assistência, sem preocupação, ou pouco direcionado, ao ser humano que está sendo atendido.

No geral, as pessoas estão sempre com pressa... É aquela coisa só profissional; Faz o dele e não olha o ser humano não. Isso é a verdade! (...) Eu sempre digo assim, que a médica que faz a consulta, tem que ver que vai lidar com ser humano e tem que ser paciente e se colocar no lugar do outro. Geralmente, a área médica tem isso, pois vão lidar com pessoas que estão estressadas, que não tem dinheiro para comprar remédio. Então, você tem que ser paciente e ver o lado da pessoa... Geralmente, o médico não entende isso... E a demora é muito grande, mas eu acho que o profissional quando escolhe o que vai fazer, ele sabe como fazer. Acho que o respeito ao ser humano é em primeiro lugar... (Gestante 1)

Nesse processo, as normas institucionais (como horários pré-definidos) muitas vezes, se sobrepõem às necessidades do cuidado. A mesma gestante enfatizou uma situação vivida, onde se sentiu desrespeitada por uma profissional de saúde que disse estar lhe fazendo um favor ao verificar sua pressão arterial fora do horário estabelecido, mesmo sendo esta uma orientação da médica assistente:

Houve um caso, há pouco tempo... Estava calor na unidade onde eu fazia o pré-natal e a médica pediu para verificar a minha pressão, porque eu tenho pressão baixa e com o calor piora um pouco. Aí, eu fiquei preocupada... Naquele momento, já tinha passado um pouco do horário da menina [técnica de enfermagem] verificar a pressão, mas eu percebi que não tinha mais ninguém no posto, só eu!... Ela não estava ocupada e me mandou esperar dez minutos que iria "quebrar meu galho"!... Eu achei uma falta de respeito tão grande, porque ela não é voluntária; ela é paga para atender as pessoas... E mesmo que fosse voluntária... Eu acho que tem que ter respeito pelo ser humano, em primeiro lugar. (Gestante 1)

A gestante com maior número de filhos, que descreve os cuidados pré-natais como indispensáveis para o bom acompanhamento materno-fetal percebe, entretanto, que este cuidado ocorre de forma precária, já que não há escuta qualificada para as suas queixas; a explicação dos exames e das medicações deixa a desejar; não recebeu orientações sobre os sinais de parto, cuidados com o bebê ou importância da alimentação no período gestacional, tampouco referência para o parto. Esse conjunto de situações levou-a a referir que, por ela, não faria o acompanhamento pré-natal, pois acha que, fazer desta forma ou não fazer, é a mesma coisa! Quando indagada então por que motivo continuava no pré-natal, respondeu que era por pressão do marido, dos vizinhos e da própria maternidade, pois imaginava que poderia sofrer discriminação, caso não apresentasse o cartão da gestante no momento da internação para o parto:

Por mim, eu nem fazia o pré-natal porque ia ser a mesma coisa todo mês... Você vai lá e faz a mesma coisa... Não te orientam nada, não te falam nada... Tanto faz... (...) desse jeito, tanto faz... Para mim, fazendo ou não... Para mim, não tem tanta importância não.

[E por que você faz, então?]

Eu faço porque eles ficam cobrando... O meu marido cobra: "você está fazendo pré-natal?" Os vizinhos: "você está fazendo o pré-natal?" E lá onde a gente vai ganhar a neném, eles querem saber do cartão... "Cadê o seu cartão do pré-natal?" Eu acho que se eu não fizer, eles tratam mais com descaso... Chega lá, eles falam: "Por que você não fez o pré-natal?"... Eu faço por isso... Porque tenho que levar o cartão para dizer que estou fazendo; se não, vão achar que eu sou uma mulher relaxada. E é por isso que eu faço... (Gestante 4)

Esta fala reflete bem o que a gestante pensa, pois consegue separar claramente a importância do pré-natal das percepções acerca do cuidado recebido.

A mesma gestante refere que, na sua primeira gestação, em Minas Gerais, gostava do atendimento oferecido pelo pré-natal, pois a médica conversava, sentia-se à vontade para se expressar e era ouvida com respeito e atenção, reforçando a importância dada às relações interpessoais vinculadas às características não técnicas do pré-natal.

O pré-natal de lá eu gostava, porque a médica era muito atenciosa, a minha médica... Se eu estivesse lá [em Minas], eu estava com ela até hoje porque ela é muito gente boa... Eu não tive problema nenhum lá... Nem de exame nem de nada, assim... (Gestante 4)

Durães-Pereira et al. (2007) realizaram um estudo transversal acerca da percepção de 152 gestantes sobre o pré-natal, acompanhadas em quatro unidades básicas de saúde na periferia de São Paulo, duas com modelo de PSF (UBSF) e duas com modelo tradicional de atenção (UBST). No que se refere à escuta e ao diálogo, para ambos os modelos de atenção, as gestantes avaliavam o trabalho exercido como excelente. Tomando, como exemplo, a possibilidade de escuta por parte das equipes quando as gestantes falavam sobre os seus problemas, a resposta foi satisfatória nas quatro unidades (UBST —74,1% e 71,2% — e UBSF —90% e 50%), com percentuais mais uniformes no modelo tradicional, denotando um esforço das UBST em atender a demanda espontânea, que chegava a ser quatro a oito vezes maior do que a das UBSF. Com isso, os autores identificaram a necessidade de se aperfeiçoar o Programa de Saúde da Família no que se refere à escuta e a capacidade dialógica no pré-natal na região estudada, uma vez que esperavam melhores resultados diante das diretrizes preconizadas por esta estratégia.

Outros trabalhos mostraram também que vem se acumulando resultados positivos no tocante à comunicação entre profissionais e usuárias. Landerdahl et al. (2007) realizaram uma pesquisa sobre a percepção das mulheres gestantes a respeito da consulta de pré-natal realizada por docentes e acadêmicos de enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria-RS em uma Unidade Básica de Saúde daquele município. Identificaram que as gestantes associavam a consulta de enfermagem como espaço educativo para elas e seus familiares. Sentiam-se satisfeitas quanto ao acolhimento realizado pelos profissionais, o respeito com que eram tratadas e o comprometimento dos profissionais como um todo. Compreendiam as orientações compartilhadas nos diferentes momentos, sentindo-

se à vontade para solicitar maiores explicações, considerando-se apoiadas pelos seus cuidadores. Queixavam-se, entretanto, da falta de privacidade no atendimento e do freqüente rodízio entre os profissionais assistentes, fato comum em uma unidade-escola, que prejudica o estabelecimento de relações profissional-paciente e trazem dificuldades adicionais no estabelecimento de relações dialógicas mais fluidas.

Gonçalves et al. (2008) avaliando a assistência pré-natal em uma unidade de PSF em um município da Grande São Paulo evidenciaram que, além da boa qualidade na assistência pré-natal, o vínculo estabelecido entre os profissionais de saúde e as gestantes é imprescindível para a adesão das mesmas ao Programa de Assistência Pré-Natal.

Ognibeni (2009), em sua pesquisa sobre a percepção de puérperas sobre a assistência pré-natal e o parto no Município de Maringá-Paraná, encontrou uma ausência de sistematização nessa assistência, com grande diversidade de posturas por parte 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, que eram pouco contempladas nos momentos de assistência. Concluiu o trabalho destacando a dificuldade de oferta, por parte dos cuidadores, das orientações preconizadas pela rotina do pré-natal.

Nesta presente pesquisa, as gestantes, ao se referirem de forma negativa ao cuidado recebido no pré-natal, reportavam-se, no mais das vezes, às relações interpessoais, quer seja com o médico assistente, com a técnica de enfermagem ou qualquer outro profissional de saúde, queixando-se da falta de atenção dada ao ser humano, na figura da gestante, ocorrendo de forma indistinta nos dois locais de atenção estudados.

O exercício das atividades de orientações às gestantes, quer seja durante a consulta, quer seja em outras atividades — como reuniões de grupo, sala de espera, palestras, etc. — possibilita uma aproximação dos profissionais com as gestantes, própria para o estreitamento das relações entre estes atores. Schimith e Lima (2004) referem que o projeto de acolhimento e a produção do vínculo têm relação direta com o desenvolvimento das atividades clínicas, e que este projeto deve ser extensivo a toda a equipe de saúde, pois somente dessa maneira é possível

atender, de fato, as demandas e necessidades reais dos sujeitos, no caso, as gestantes.

3.4 Orientações recebidas no pré-natal: insuficientes e pouco dialógicas

O pré-natal é uma das estratégias onde podemos identificar a integração entre dois tipos de abordagens diferentes e complementares: o primeiro possibilita prevenir, diagnosticar e tratar possíveis intercorrências clínicas, através da verificação de um conjunto de sinais e sintomas e de alguns exames complementares; o segundo visa auxiliar a mulher a vivenciar esse período novo e imprevisível, através da escuta e do diálogo, da troca de saberes e da proposição de ações capazes de minimizar suas angústias e clarear os caminhos que a conduzirão ao parto e ao posterior cuidado de seu recém-nascido.

Nesse contexto de cuidado, ganha sentido dois grandes grupos de orientação às gestantes, que contribuem para garantir a integralidade do cuidado, seja no seu aspecto de unir prevenção ao diagnóstico e tratamento, seja no sentido da acolhida das suas questões, a fim de dirimir dúvidas e construir junto caminhos e tentativas de solução pertinentes a este momento único.

Uma parte das orientações a serem fornecidas e partilhadas com as gestantes está ligada à realização de exames e procedimentos clínicos e armados, aí incluídos a eventual detecção de anormalidades clínicas e laboratoriais e seus tratamentos; a necessidade de vacinação antitetânica para prevenção do tétano neonatal; a prescrição de medicamentos e outros tratamentos ou medidas não farmacológicas. Outro rol de orientações diz respeito às informações de caráter mais preventivo-educativo, tais como: orientações gerais sobre alimentação, cuidado com as mamas, amamentação, e outras, melhor detalhadas abaixo. Em ambos os casos, faz-se necessário uma postura de diálogo e acolhimento que propiciem espaço aberto para compartilhamento de idéias e ações visando o bem estar materno e fetal.

Todas as gestantes relataram ter recebido, durante as consultas, orientações quanto aos medicamentos — sua indicação, modo de aquisição e forma de administração —; sobre a solicitação de exames e o retorno de seus resultados;

vacinação antitetânica, avaliação do ganho ponderal e outras. Este tipo de abordagem configura um grupo de orientações de caráter mais técnico que, se não foram trabalhadas de forma adequada, pelo menos não faltaram ou foram consideradas menos deficientes.

(...) eu fiz exame de urina e deu infecção na urina. Ai, a doutora falou que é muito comum, quando a mulher está grávida, ter infecção na urina, tanto que, às vezes, eu sinto muita dor aqui em baixo. Ela passou antibiótico... E também o [exame para detecção] de HIV, glicose... Ela passou bastante exames! (...) Ela até falou que esses exames, eu iria fazer agora e que, no final da gravidez, eu ia fazer de novo. (...) ela já passa explicando o que é... Por isso que, dela, eu entendo melhor. (Gestante 6)

Ela só passou dois tipos de remédios pra mim, Sulfato Ferroso®, que é pra anemia, e passou agora o Buscopam®, que é pra cólica. Só me explicou que tinha que tomar todo dia, que cada dia tinha que tomar um e só. (Gestante 8)

Quando falavam sobre as informações recebidas, as gestantes, muitas vezes, não identificavam estes procedimentos como orientações. Referiam-se somente àquelas relacionadas aos procedimentos preventivo-educativos, com condutas menos normativas, como aconselhamentos e sugestões, de caráter mais prático e menos técnico, que deveriam acontecer no dia a dia do acompanhamento ambulatorial, de forma sistemática ou não, configurando relacionamentos interpessoais gestante/profissional e gestante/gestante.

É rápida [a consulta], coisa rápida... Eles [os médicos] não passam muita informação pra gente. (...) O que são as semanas [olhando o cartão da gestante]? Esses números aqui, eu não entendo eles não! Vão colocando aqui, mas eles não explicam... Eu só sei aqui o meu peso e o resto, eu não sei o que significa, nem pra que serve... (Gestante 8)

Dentre os princípios gerais e diretrizes para a atenção obstétrica e neonatal estabelecidos no Manual Técnico do MS em 2006, destaca-se, entre outros, o desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:

- Escuta ativa da mulher e de seus (suas) acompanhantes, com o esclarecimento das dúvidas e informações sobre o conteúdo das consultas e os procedimentos a serem adotados; e,
- Atividades educativas a serem realizadas individualmente ou em grupo, com linguagem clara e compreensível, a fim de proporcionar respostas às indagações da mulher ou da família e oferecer as informações necessárias.

Segundo esse Manual, não deverão faltar, na primeira consulta, informações pertinentes ao estado gestacional e, nas subseqüentes, ações e práticas educativas individuais e em grupo (BRASIL, 2006b).

As ações educativas podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde, sob as mais diversas dinâmicas, de modo a facilitar a troca de experiências entre o grupo e estabelecer um intercâmbio de conhecimentos entre os profissionais de saúde e as usuárias, promovendo uma melhor compreensão do processo de gestação. Os profissionais de saúde deverão evitar o estilo palestra, atuando como facilitadores dos grupos.

As questões a serem abordadas nas ações educativas deverão versar sobre os seguintes aspectos da gravidez: importância do pré-natal; cuidados de higiene; atividades físicas; nutrição; desenvolvimento da gestação; modificações corporais e emocionais; medos e fantasias sobre gestação e parto; atividade sexual; queixas e sintomas mais freqüentes; sinais de alerta e condutas frente a estes sinais; preparo para o parto; incentivo ao parto normal, ao aleitamento materno e orientações específicas para aquelas que não poderão amamentar; planejamento familiar; cuidados no pós-parto com a mulher e o recém-nascido; questões trabalhistas; saúde mental, violência doméstica e sexual, dentre outros (BRASIL, 2006b).

Estas ações devem ser desenvolvidas por toda a equipe, independente da sua função, nos diversos ambientes, proporcionando à gestante, oportunidade de reflexão crítica de suas ações e costumes, a fim de promover hábitos saudáveis e conhecimento acerca de seu novo estado, vivenciando a gestação de forma mais plena e harmoniosa (BEZERRA, 2008).

Nas entrevistas realizadas, foi unânime a queixa da falta de orientação quanto às questões relativas ao pré-natal (dores, enjôos, alimentação, sangramentos, contrações, alimentação, postura, etc.), parto (preparação, tipo de parto, respiração, preparação das mamas, etc.) e puerpério (tanto nos cuidados com o recém-nascido, amamentação, quanto com o seu próprio corpo), quer seja na forma de orientação individual, quer seja na forma de grupos:

Não recebi nenhuma orientação sobre problemas na gravidez, onde vou ter o neném... nada! Não sei pra onde vou correr na hora (...) não tive orientação nenhuma sobre amamentação e outros cuidados com o bebê (...) de alimentação também... Ninguém te orienta nada, o que você pode comer, o que não pode...
(Gestante 4)

Mesmo quando relatavam ter recebido informações, na maioria das vezes da própria médica ou enfermeira assistente, as gestantes, no decorrer das entrevistas, falavam claramente sobre deficiências nestas orientações, evidenciando que as informações fornecidas eram insuficientes e/ou em desacordo com as dúvidas e preocupações que possuíam.

A orientação até agora... Nem aqui também [referindo-se à primeira gestação e a gravidez em curso], nunca me passou isso não. Muita das coisas que eu sei é por causa da minha mãe, que vai passando as coisas. (Gestante 6)

Esse problema parece ultrapassar o universo das Unidades de Saúde onde foi realizada a pesquisa, configurando talvez, uma dificuldade recorrente nos cuidados pré e pós-natal. Uma gestante referiu que, apesar de estar na quinta gestação e mesmo tendo realizado acompanhamento gestacional em todas, somente agora, após ver uma reportagem na televisão, entendeu a posição correta do bebê abocanhar o seio materno durante a amamentação, já que seus três filhos não foram amamentados ao seio, por conta de rachaduras nas mamas. A esse respeito, informa ainda que também não tinha recebido, até então, informações sobre a adequada preparação das mamas, que sabidamente pode minimizar lacerações e outras patologias mamárias que se configuram como um obstáculo à boa amamentação.

Até hoje eu não sei como dar de mamar ao neném. Outro dia estava passando na televisão que a gente não pode botar [só] o bico [do peito] na boca da criança... Tem que vir todinha [o mamilo por inteiro]... Fiquei sabendo outro dia, vendo televisão... Eu não dou mamar, não dei a nenhum dos meus filhos porque eles puxavam o bico, que ficava em carne viva... Aí eu não conseguia dar de mamar... Eu chorava... Mas tenho esperança que esse eu vou dar... (Gestante 4)

Esta mesma gestante, referindo-se ainda às orientações quanto à não ingestão de bebidas alcoólicas, disse não se sentir plenamente convencida a esse respeito.

(...) a bebida, por exemplo, eu bebo minha cervejinha... Agora parei [durante a gravidez], mas eu bebo! Eu nunca fui orientada para parar de beber... Eu sempre falei com as médicas que minha cervejinha, eu não dispense não!... Eu tomo mesmo. Eles só falam assim, que eu tenho que manejar... Eu acho que eles tinham que dar um ultimato: “não pode, não pode e pronto!”... E, explicar o porquê. Tinha que ter uma palestra pras pessoas saberem o que pode fazer e o que não pode fazer [durante a gravidez]. (Gestante 4)

Podemos identificar nas duas falas acima que, apesar da experiência desta gestante com o acompanhamento pré-natal e o parto — está na quinta gestação —

as orientações permanecem como elemento fundamental neste período, devendo ser realizadas independente da paridade e do pressuposto de que elas são conhecidas.

A despeito de se queixarem sistematicamente da ausência de orientações, somente uma das gestantes iniciou suas colocações evidenciando esta necessidade:

Bem, é a minha primeira gravidez, então, eu não entendo muito como funciona o pré-natal, mas eles me atendem bem... Mas eu gostaria de ter mais explicações... Porque eles não explicam; eles olham os exames, mas não me falam muito sobre o que está acontecendo, como é... Então, eu fico assim... Para eu saber, eu tenho que perguntar... Ah, é que ela [a médica] me explica... Eu gostaria que eles explicassem mais a gente sobre os remédios e sobre coisas da gravidez. E gostaria também que eles tivessem um projeto que ensinasse às primeiras mães, mães de primeira viagem, que ensinasse como cuidar um pouco da criança, como fazer... (Gestante 8)

Em relação às orientações sobre os sintomas que poderiam apresentar durante a gestação, como dores, câimbras, desconforto ou outros, duas gestantes apesar de já estarem, respectivamente, na 32^a e 31^a semanas aproximadas de gravidez, referiram a expectativa disto ainda acontecer nas próximas consultas:

Ainda não conversamos sobre isso, nem sobre o parto. A gente deve conversar na próxima consulta... (Gestante 3)

Eu acho que está um pouco cedo; acho que na próxima consulta, ela deve conversar sobre isso. (Gestante 2)

Apesar de suas falas expressarem a carência de informações e orientações específicas sobre este momento de vida, quando questionadas sobre onde e como seria mais adequado recebê-las, as gestantes não demonstravam clareza sobre a forma de como obtê-las.

Acho que falta esta parte no pré-natal, talvez assim, uma palestra pra explicar realmente como a gente deve se portar, os cuidados que deve ter... Só falaram muito pouco... (Gestante 1)

(...) não tem uma atividade pra gente, em relação a ensinar nada, entendeu? Eles tinham que explicar mais sobre a gravidez, pras mães de primeira viagem, e eles não explicam... (Gestante 8)

Em geral, tentavam esclarecer suas dúvidas durante os momentos de consulta, o que deixava a desejar, ora por que esqueciam de perguntar, ora pelas respostas não serem satisfatórias, já que não havia tempo suficiente para esgotar o assunto.

(...) mas, quando tenho dúvida, aí eu pergunto lá mesmo... Eu fico pensando e, quando eu me lembro de algo, aí eu falo, vou à doutora; vou perguntar pra quê, o que é que serve... Aí, eu vou e pergunto... E ela sempre me responde quando eu pergunto, mas a maioria [no sentido de na maioria das vezes] é sempre difícil... (Gestante 6)

Quando tenho oportunidade, eu pergunto na consulta, mas quando não, eu pergunto às minhas irmãs e a minha cunhada. (Gestante 7)

As gestantes, em sua maioria, queixavam-se de que as consultas eram muito objetivas, com perguntas e/ou respostas diretas, havendo pouco espaço (que elas identificam com a questão do tempo) para questionamentos outros.

A consulta é muito rápida e não dá pra conversar a respeito disso [das orientações ou dúvidas]. Não dá tempo... Eles estão sempre com pressa. (Gestante 1)

(...) ela [a médica] chega e me atende, faz as perguntas que tem que fazer, me indica os exames e pede os exames (...) pergunta como eu estou... É só o básico mesmo e acabou a consulta. (...) Não passa muita informação pra gente! (Gestante 8)

Ainda que tenham expressado esta dificuldade nas orientações, houve momentos também que, de alguma forma, uma das gestantes pareceu receber atenção e cuidado devidos, na mesma unidade de saúde e pelos mesmos profissionais, o que sinaliza para as singularidades de cada contato:

(...) sempre quando eu vou, fico um tempão com a doutora, eu pergunto... Esse mês, eu fui e ela estava com dificuldade de ouvir a criança. (...) Tinham muitas outras pessoas do lado de fora e ela continuou um tempão comigo lá dentro... O povo já reclamando e eu lá dentro com ela um tempão, mas ela disse: "eu tenho que escutar o coraçãozinho dele!"... E ficou muito tempo. Ela é muito paciente, calma, quando tem que falar ela fala muito calmo, baixo... Eu não tenho do que reclamar não (Gestante 6)

Hotimsky et al. (2002) realizaram um trabalho, intitulado "O Parto Como Eu Vejo...ou Como Eu Desejo?", baseado em metodologia qualitativa em hospital paulista, onde buscaram identificar as expectativas de gestantes usuárias do SUS acerca do parto e da assistência obstétrica. Constataram que o atual modelo de assistência obstétrica não orienta as usuárias de maneira adequada sobre o processo reprodutivo. Verificaram significativa demanda por informação e por escuta clínica, identificando que os materiais educativos são insuficientes para esclarecer as dúvidas, nem sempre são assimilados, além de não suprirem a necessidade de orientação por parte dos profissionais. Isso só reforça a necessidade de uma atitude mais dialógica nos espaços de encontro entre os profissionais e as gestantes, que não parece contudo, estar ocorrendo, nas unidades avaliadas.

Duas gestantes relataram ter recebido algum material informativo (panfleto) nas unidades onde eram atendidas. Entretanto, deixaram subentendido que, da forma como foram entregues, sem qualquer explicação ou estímulo para leitura mais atenta e/ou discussão posterior do seu conteúdo, pouco acrescentaram no tocante às orientações. Uma delas chamou a atenção, inclusive, para um aspecto ignorado pelos profissionais: a possibilidade das gestantes não serem alfabetizadas ou, mesmo sendo, não conseguirem compreender o que está presente nos impressos.

Orientação não teve assim deles falar não... O que tem lá foi um panfleto que eles deram pra ler em casa. Eles não chegaram nem a falar como era pra cuidar do bebê... A única coisa que foi falado foi da amamentação, que é até os 6 meses, que é bom amamentar que não é pra dar água pra criança... Ai eles dão um folheto e só... (Gestante 6)

E sobre a preparação das mamas para amamentar, te deram alguma orientação desse tipo?]

Só deram um panfleto para eu ler, mas é uma pergunta que eu não saberia responder. Além disso, tem pessoas que não sabem ler ou não entendem... Aí, ficam sem saber direito... (Gestante 1)

Entre as diferentes formas de trabalhos educativos, destacam-se as discussões em grupos (BRASIL, 2006b). A realização de atividades desse tipo, além de preconizada pelos manuais técnicos, constitui-se em uma estratégia de custo financeiro baixo e alta resolutividade, pois pode-se alcançar um maior número de mulheres para esclarecimentos, discussões e orientações sobre os diversos aspectos da gravidez, cuidados com a alimentação, postura, dentre outras questões que permeiam o cotidiano da mulher neste período, além de facilitar o compartilhamento das demandas, idéias e práticas entre elas.

Este intercâmbio de experiências e conhecimentos traduz-se como uma excelente forma de compreensão do processo de gestação, além de informar, orientar e educar as gestantes para que estas possam adquirir autonomia no gerenciamento do seu estado de saúde, criando um alicerce para a promoção da saúde (BEZERRA, 2008). Para isto, contudo, faz-se necessário que o serviço de pré-natal esteja articulado para mudanças e reflexões, cumprindo de maneira ampla e efetiva seu papel de educador e promotor da saúde na atenção pré-natal.

Entretanto, pelo menos nas duas unidades de saúde onde foi realizado o campo desta pesquisa, este tipo de atividade não é executado de forma rotineira, embora as gestantes tenham referido que seria interessante ter um grupo de grávidas, para poderem falar e discutir entre elas. Ao expressarem a idéia do grupo,

contudo, o faziam de forma pouco convicta, parecendo não ter o real entendimento do seu significado.

Podia ter aqui na Baixada [Baixada Fluminense], podia ter um espaço também, assim... [pra falar] sobre a gravidez, com outras grávidas para conversar e trocar experiências. Tem muitas [gestantes] que são de primeira vez e não sabem nada! (Gestante 2)

Acho importante o grupo para dar informação para a gestante. Tem pessoas como eu, que buscam informação, mas tem outras que não; que têm pouco estudo e precisam de tudo mais explicadinho, mais atenção...pra pessoa ficar mais atenta aos sintomas, pra saber como se portar, a hora de ir para o hospital.(...) Não recebi nenhuma orientação, nem como cuidar do bebê. (Gestante 1)

Todas as gestantes confirmaram a ausência de atividades em grupo, porém, somente uma delas, sugeriu uma possível causa para a sua não realização. Esta gestante supõe que poderia dever-se, talvez, ao pequeno número de gestantes agendadas para o mesmo dia. Este motivo não se justifica, uma vez que estas atividades poderiam e deveriam ser marcadas em horários diferentes das consultas para não concorrer com o atendimento e ainda, para oportunizar novos espaços de integração entre as gestantes e o dia a dia da unidade de saúde.

(...) porque lá é sempre muito pouca gestante, tem lugares que têm muitas, mas ali não; sempre quando estou pra fazer o pré-natal só tem eu, ou tem mais uma, ou no outro dia vai mais outra...

[Você acha que é por isso que não tem grupo?]

“Eu acho que sim, não tem por causa disso!” (Gestante 6)

Uma adolescente de 18 anos, grávida pela primeira vez, foi convidada a fazer o pré-natal no Programa Jovem Mãe onde, além das consultas regulares, existem atividades educativas como: grupos de discussão sobre temas específicos da adolescência, orientações práticas sobre os cuidados com o bebê, cuidado com as mamas, orientação psicológica e etc. Participou de uma única atividade, mas não gostou; achou cheio, desorganizado e não aderiu, preferindo permanecer na unidade de seu bairro, não valorizando as características próprias deste pré-natal. Não sente necessidade de contato com outras mães adolescentes, trocar experiências, etc., relatou que conversa com a irmã mais velha, que teve filho há pouco tempo, sobre suas dúvidas e inquietações

Eu acho que isso não tem importância, não para mim; mas tem muitas meninas que tem muita dificuldade na gravidez na adolescência; mas para mim, não vejo nenhuma dificuldade não. [No Programa Jovem Mãe] é muita gente, é mal organizado e eles não chamam por ordem de chegada... Muito ruim fazer lá. (...) Eu conversei mais com ela [a irmã mais velha] sobre tudo. (Gestante 3)

A única gestante que teve uma experiência com grupos e outros tipos de atividades educativas (palestras, etc.) na gravidez anterior não referiu espontaneamente estas atividades como importantes ou necessárias. Quando indagada sobre o grupo freqüentado (Programa Jovem Mãe) e de sua participação prévia, respondeu com a fala abaixo, onde não expressa a valorização deste espaço de diálogo e do compartilhamento de experiências. Foi impressão desta pesquisadora que, em parte, tal foi devido às características próprias da personalidade da gestante e, em parte, por que as atividades realizadas de alguma forma, não atenderam às suas necessidades e/ou expectativas.

Para mim é indiferente [um ambiente só de adolescentes]... Ta todo mundo grávida! (...) Eu sou calada, não falo nada com ninguém não... Fico na minha, fico quietinha, esperando me chamar. (Gestante 5)

Para Chiesa e Veríssimo (2001) as práticas educativas atuam ainda hoje, de forma a manter a dominação exercida pelos serviços de saúde, uma vez que se limitam à simples transmissão de informação para a população sobre determinados procedimentos, evidenciando-se um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa de difusão de informações visando à melhoria da qualidade de vida.

A despeito da falta de grupos, duas das gestantes entrevistadas tiveram oportunidade de participar de uma palestra sobre doenças sexualmente transmissíveis e AIDS (DST/AIDS), dirigida às mulheres na sala de espera para realização do exame preventivo do câncer de colo do útero. Esta atividade educativa, embora não dirigida especificamente às gestantes, assume importância relevante quando realizada neste período. Uma delas relatou que saiu da reunião apavorada, achando que tinha todas as patologias mostradas na palestra

Uma vez só eu fui lá na palestra com o enfermeiro; Eu saí apavorada porque falaram tanto de doença que eu achei que estava doente.(...) A gente sai de lá achando que está com AIDS. (Gestante 4)

Este depoimento revela que o problema pode ser ainda maior do que a falta de espaços educativos. Sinaliza que não basta ter grupos ou outras atividades afins; é necessário que estas atividades sejam um espaço de compartilhamento, onde os temas trazidos possam ser debatidos, desmistificados e desnudados ao nível de compreensão de todos os presentes, configurando um efetivo processo educativo. Cabe-nos questionar se a realização de atividades, como a descrita acima, estaria

cumprindo seu papel educativo. Cabe também ressaltar que a despeito disso, faz-se necessária a implementação de atividades educativas em todos os níveis da atenção, assegurando qualidade à sua realização.

Podemos identificar pelos relatos que, quando as gestantes mencionavam a falta de orientações, de grupos de compartilhamento e outras atividades educativas, englobavam em suas falas muito mais do que o seu significado real, querendo referir-se de fato, a questões mais profundas, como a forma como são tratadas pelos profissionais assistentes, em geral, de modo desigual, como meras receptoras de um cuidado, sem participar da sua construção. Embora não verbalizassem diretamente, pareciam sinalizar que, além de receberem informações e orientações, gostariam de ver seus direitos respeitados (direito dos usuários, das gestantes, direitos da criança) por aqueles que lhes assistem, configurando uma relação profissional/usuário mais igualitária.

Considerar o universo de vida das gestantes, suas crenças e conhecimentos estabelecidos é condição para se atingir qualidade nesse processo. Duarte e Andrade (2008) referem que a assistência pré-natal não deve ser restrita às ações clínico-obstétricas, devendo incluir as ações de educação em saúde na rotina da assistência integral, assim como, considerar os aspectos antropológicos, sociais, econômicos e culturais, que devem ser conhecidos pelos profissionais que assistem às gestantes, buscando entendê-las no contexto onde vivem.

É preciso que o sistema de saúde subsidie uma discussão mais profunda acerca dos direitos dos usuários. Esta tarefa deve englobar não somente os usuários, mas também os profissionais de saúde — tanto os envolvidos na gestão, quanto na assistência — para o desenvolvimento de uma consciência política, onde os usuários deixem de ser meros receptores ou interlocutores das propostas governamentais e dos serviços a eles oferecidos e possam, junto aos demais atores sociais, engajarem-se na luta pela transformação da sociedade, à luz da carta dos direitos dos usuários (BACKES et al. 2009).

Pinheiro e Guizardi (2004) referem-se à busca pela garantia do direito de escolha do usuário sobre o seu tratamento e terapêutica como uma das novas formas de cuidado integral nos espaços públicos. Justificam que, apesar da expansão das novas práticas terapêuticas (ioga, acupuntura, homeopatia, grupos de encontros, lazer, etc.) no interior das instituições de saúde serem ainda tímidas, seus

efeitos na vida dos usuários que as utilizam têm gerado respostas cada vez mais positivas.

3.5 Relacionamento interpessoal: fator determinante na qualidade do cuidado

O estabelecimento de vínculo entre a mulher e o profissional, assim como a tranquilidade adquirida por meio da garantia de atendimento, são quesitos importantes para a humanização da assistência, favorecendo a adesão e a permanência das gestantes no serviço de atenção ao pré-natal ao sentirem-se acolhidas (COSTA et al., 2005).

3.5.1 Acolhimento e vínculo, ingredientes necessários à conformação do cuidado

Para Merhy (2007), o acolhimento e o vínculo dependem do modo de produção do trabalho em saúde. A falta de interesse e de responsabilização dos serviços por parte dos profissionais, mais do que a falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, faz os usuários sentirem-se inseguros, desamparados, desprotegidos e desprezados. Isto gera um abismo entre profissionais e usuários, contribuindo negativamente para a efetividade das ações implementadas.

Outros autores reiteram essa mesma visão. Segundo Gastão Wagner, o reforço do vínculo profissional/equipe de saúde com o usuário estimula a autonomia e a cidadania, favorecendo a participação destes últimos na prestação dos serviços, ampliando a eficácia das ações de saúde (CAMPOS, 1994). O acolhimento propõe a reorganização do serviço, buscando a garantia do acesso por meio de ações e serviços adequados, com resolubilidade e atendimento humanizado (FRANCO et al., 1999).

Alguns estudos acerca das percepções das mulheres sobre a atenção pré-natal corroboram a importância do vínculo entre os profissionais de saúde e as gestantes, possibilitando espaços para que estas expressem seus medos, dúvidas,

fantasias e angústias em relação ao período gestacional e parto. Neste aspecto, a dimensão educativa visaria contribuir com orientações pertinentes ao ciclo grávido-puerperal em acréscimo às informações trazidas pelas mulheres, valorizando sua experiência de vida e contribuindo de forma relevante para a busca da sua autonomia (LANDERDAHL et al., 2007).

Nesta pesquisa, as gestantes atendidas no PSF expressaram em seus relatos que sentiam-se bem acolhidas pela equipe de saúde, particularmente pelos ACS, o que facilitava a interlocução com os profissionais. Isto corrobora os princípios da estratégia, que ditam sobre o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população (BRASIL, 1997).

Aqui [no PSF], me tratam super bem, me acalmam, têm paciência... A gente chega, a ACS faz aquele chamego... É aquele carinho todo! (Gestante 2)

(...) eu chego lá, ela [a médica] fala: oi, dona Fulana, tudo bom? Eles [os profissionais] sempre são alegres!... Oi como está o bebê? Ta indo bem? Esta comendo direitinho? É sempre assim... (Gestante 6)

Já no CMS, o atendimento relatado pelas gestantes é menos acolhedor. Os profissionais mantêm um distanciamento, referido pelas gestantes como frio, cada um desempenhando seu papel (atendente, auxiliar de enfermagem, enfermeiro e médico), sem demonstrar envolvimento maior com o processo de cuidado.

(...) Péssimo [o atendimento como um todo], a médica não passa segurança; Os demais profissionais, cada um no seu setor; uns são agradáveis, outros mais ignorantes. (Gestante 7)

(...) eu chego, me atendem normalmente, tem uns que são simpáticos e tem uns que não te dão atenção... Em relação a que vê a minha pressão, não fala muita coisa não, só chega, coloca o aparelho no meu braço, vê o meu peso e me encaminha pra médica (...) me tratam de forma respeitosa sim... (...) não tem muita conversa não. (Gestante 8)

Se a gestante se sentir acolhida no acompanhamento pré-natal, possivelmente levará as informações que lhe geraram dúvidas, ansiedade e medos para serem esclarecidas pelo profissional que lhe assiste ou pelo grupo, os quais, para ela, representam o saber oficial (ROCHA, 2004).

3.5.2 Relações sociais: o conhecimento adquirido na “vida” como origem do saber não oficial

É natural que as gestantes ouçam e recebam informações e conselhos de suas relações sociais. Essa rede social de solidariedade e de informação constitui-se em um espaço informal de educação, absolutamente importante, onde outras pessoas presentes no seu cotidiano (mãe, irmã, avós, vizinhas, etc.) repassam saberes gerais para a gestante, modificando e dando sentido, por vezes, as informações recebidas dos profissionais de saúde.

(...) eu conversei com a minha vizinha. (...) Ela falou que geralmente a primeira [gestação] não é igual à segunda... Vai sempre haver alguma coisa diferente. Eu senti muita dor dele [primeiro filho]... Aquela dor que eu não agüentava... Ela falou que talvez dessa eu não vou sentir tanto. Aí, eu falei: “não quero ter cesárea, dizem que é ruim”. Ela falou: “geralmente, quando você tem passagem pra primeira, você pode ter pro segundo... é muito difícil não ter”. Aí, eu fiquei mais tranqüila. (Gestante 6)

(...) muitas coisas que eu sei é por causa da minha mãe, que vai passando as coisas. Ela teve quatro filhos, entendeu? Sem falar que avó é a segunda mãe... Então ela fala: Não pode isso, aquilo... E tem aquele negócio de que [o resguardo] de [filho] homem são 40 dias e de mulher é 30 dias; tem de ficar dentro de casa, nada de friagem...(Gestante 6)

As duas falas acima referem-se à mesma gestante, que, em momentos diferentes, procura seguir as orientações oriundas de pessoas de sua relação pessoal (vizinha e mãe).

Essas redes, contudo, são por vezes mais amplas e, nem sempre estas informações vem de familiares, ganhando importância àquelas oriundas de outras mulheres em situação semelhante:

Pretendo ganhar o meu bebê na maternidade de São João de Meriti, porque a menina [outra gestante] falou que o lugar é muito bom, tem médico toda hora e não te deixam sofrendo; se ele vê que a gestante não tem neném normal, encaminha para cesariana. Ela falou que é muito bom: a alimentação também é muito boa, tem toda hora os cuidados com a criança, tem nutricionista, tem pediatra, tem um monte de coisas e eu pretendo ir para lá. Eu vou pegar os meus exames todos, minha ultrassonografia que eu fiz, inclusive essa última que ela [a médica] passou para mim hoje; vou levar todos os exames que eu fiz e vou chegar lá e falar que gostaria de dar continuidade ao meu pré-natal lá.

[Será que vão te aceitar, sem encaminhamento?] .

Vão, porque a menina que me indicou foi pra lá com oito meses [e aceitaram]; eu também vou fazer oito meses! (Gestante 8)

Na situação acima, a gestante baseia-se na experiência de uma colega, provavelmente não tão próxima, que passou por uma experiência similar à sua,

conseguindo resolver seu problema de acesso ao parto de maneira informal, em local considerado por ela adequado.

Essas falas, traduzem a importância das relações sociais e do saber popular como fatores potencialmente influentes nas ações das gestantes, quer sejam por ausência ou carência dessas mesmas orientações oferecidas pela rede de serviços de saúde, ou por razões de maior credibilidade no senso comum, em detrimento as práticas oficiais das unidades assistenciais.

As duas primeiras situações sinalizam para a necessidade de aperfeiçoamento da atenção ao pré-natal, no aprimoramento das orientações, inclusive considerando a incorporação de algumas dessas práticas menos tradicionais.

O terceiro relato salienta a importância adquirida pela orientação de uma outra gestante em relação ao acesso ao parto, uma vez que o poder público local não garante esta referência. Esta falta de referência formal, ainda que lamentável, não exime a responsabilidade dos profissionais assistentes, que deveriam, minimamente, orientar, aconselhar e conduzir esta gestante para que a mesma pudesse procurar locais pretensamente aptos a acolhê-la com qualidade e dignidade, em uma responsabilização conjunta na procura por um melhor atendimento ao parto.

Na caracterização da população, anteriormente à pesquisa de campo, identificou-se que, no bairro de Jacutinga, se desenvolviam algumas práticas alternativas de saúde como fitoterapia empírica, terapias com argila, benzedadeiras, etc. A pesquisa realizada com as gestantes não confirmou tais informações, uma vez que nenhuma das oito entrevistadas exercia quaisquer dessas práticas; referiram, inclusive e especificamente, desconhecer qualquer outra prática de acompanhamento pré-natal. A pesquisadora conclui que as informações colhidas àquela época podem ser resultado de um viés peculiar, ao se reportar a um grupo pequeno de moradores do referido bairro, que, em determinado momento, utilizaram estas práticas de saúde.

3.5.3 Relação usuário/profissional de saúde/serviço: uma distância ainda a ser percorrida para a construção da cidadania

A relação médico-paciente figura como um dos principais problemas dos serviços de saúde. Segundo Pinheiro (2001), a gênese dessa problemática poderia estar no fato das relações pessoais serem pouco valorizadas nas ações de saúde, quer como recurso terapêutico no processo de cura, quer como elemento de interseção nas relações entre usuários/profissional, usuário/serviço e profissional e serviço.

Na fala da maioria das participantes da pesquisa, identificou-se que o diálogo que deveria permear as consultas de pré-natal — a que tinham direito como pessoas, como mulheres-gestantes e como usuárias — limitava-se às questões de natureza técnica identificadas pelo profissional, como a prescrição dos exames, dos medicamentos e outros, o que resultou na permanência de demandas legítimas e não atendidas pelo serviço. Na ausência de maior entrosamento entre profissionais e usuários, as gestantes não se sentiam à vontade para colocar suas questões de forma objetiva. Formou-se, assim, uma lacuna quanto aos esclarecimentos relativos à evolução gestacional, persistindo então as dúvidas inerentes ao processo.

Ela [a médica] dá bom dia ou boa tarde, aí senta, olha e fica muda, fica olhando, olhando... Aí fala: "Você continua tomando sulfato ferroso?" "Sim". "Eu pedi algum exame mês passado?" "Não". "Está tudo bem com você? Está". "Está sentindo alguma coisa?" "Não". Aí continua muda e olha as coisas, me pede o cartãozinho e tal e fala: "Pode deitar lá"; eu deito ali ...Ela permanece muda e aí fala do coração, responde a algumas perguntas que eu faço, aí manda levantar e só.(Gestante 7)

Ela [a médica] perguntou meu nome, mediu minha barriga... Aí, ela mesma ouviu o neném com aquele negócio antigão... Aquele que só ela escuta... Aí, falou: "Agora você faz esses exames e volta com eles prontos"... E saiu da sala. Eu não gostei não, de lá. (Gestante 5)

As duas falas acima deixam claro que o problema não é uma questão de tempo (duração da consulta), mas está em uma outra esfera, na incapacidade de diálogo e no não estabelecimento de vínculo, entre profissional e usuário.

O modo de assistir as pessoas deve ser direcionado por uma nova concepção de trabalho em saúde, a ser construída de forma coletiva e individual por cada profissional e usuário. Deve vincular-se ao estabelecimento de uma nova relação, diferente do padrão vigente, onde um está sujeito ao processo e o outro é instrumento da intervenção para a melhoria da saúde. A nova relação precisa se

estabelecer entre os sujeitos, de forma que tanto o profissional quanto o usuário possam ser produtores de saúde (CRACO, 2006).

Sobre dificuldades no relacionamento médico-cliente, Aguiar e Moura (2004) referem que parece ser necessário um trabalho de revisão do desempenho profissional, procurando identificar as razões para este desfecho, que podem estar relacionadas aos aspectos cognitivo, de habilidade e/ou de atitude. Independente das causas, esta dificuldade deve ser atenuada por meio de capacitação e/ou estratégias voltadas para a motivação e a auto-estima dos profissionais. Sinaliza a importância do profissional compreender a condição do cliente, que chega ao serviço de saúde quase sempre fragilizado, trazendo consigo uma carga adicional de ansiedade e instabilidade, necessitando de um acolhimento humanizado e digno. Uma comunicação efetiva entre profissional e cliente é a pedra angular desde o acolhimento, repercutindo em uma boa prática clínica.

Algumas gestantes relataram que se sentiam inibidas pela postura do (a) médico (a) e outras chegaram a dizer que não valia a pena falar sobre o que estavam sentindo, pois seus sintomas (e preocupações) eram desvalorizados.

(...) eu até perguntei a médica e ela falou que é normal... Tenho muita falta de ar de noite e não durmo... Muita cólica, muita dor de barriga e nunca me perguntaram isso!... Às vezes, eu nem falo porque tudo eles falam que é porque você está grávida... É da gravidez... Vou [à consulta] sentindo uma coisa e volto sentindo... [grifo nosso] (...) Acho que a médica deveria pelo menos perguntar o que a gente está sentindo... Eu acho que me sentiria mais à vontade para perguntar... (Gestante 4)

(...) no início da minha gravidez eu tive uma rinite alérgica muito forte (...). Ai eu falei para ela: "doutora, pelo amor de Deus, passa alguma coisa!" e ela: "eu não vou passar remédio para você, eu já falei, não adianta, não adianta insistir, eu não vou passar, você não pode". Quando eu fui à maternidade São José, o médico passou para mim, e ele é o obstetra! Então, por que ela não pode e ele pôde passar? (...) Ele passou para mim amoxicilina, vitamina C e um remédio antialérgico; (...) Ele falou: "você pode tomar por que você já está com quatro meses e o seu bebê já está formado e você pode tomar" (Gestante 7)

Nas falas apresentadas, vê-se a falta de relacionamento mais próximo entre as usuárias e os seus respectivos profissionais assistentes, o que mostra claramente a deficiência na comunicação entre os atores, levando a uma situação de completo distanciamento, como se não estivessem frente a frente, mas em mundos distantes.

A primeira gestante citada acima mencionou freqüentar o pré-natal como se cumprisse um protocolo, já que não obtinha respostas satisfatórias para as suas queixas, o que a levou a não mais apresentá-las nas consultas subsequentes.

A segunda gestante referiu, posteriormente, que a médica assistente havia prescrito medicação sintomática e orientado a ingerir mais líquidos e outros

procedimentos não medicamentosos; entretanto, como no decorrer da consulta parece ter faltado uma comunicação mais aberta e transparente da médica para com a gestante — no que se refere ao esclarecimento da importância da prescrição e a referência ao potencial teratogênico de algumas medicações frente ao tempo de gestação, de forma clara e objetiva — esta prescrição não foi valorizada pela paciente, que entendia ser necessário o uso de antibióticos e antialérgicos, prescritos posteriormente por outro profissional.

Fatos como estes se refletem também na avaliação que estas mulheres fazem dos profissionais e do serviço prestado, deixando claro que esperavam que uma comunicação mais dialógica fosse parte inerente da relação médico-paciente. A fala abaixo, retirada da entrevista de uma das gestantes que faz acompanhamento pré-natal no CMS, deixa isso bem claro, embora não fosse exclusividade daquelas mulheres que freqüentavam a unidade básica tradicional:

(...) ela [a médica] não dá oportunidade da gente falar, entendeu? E não se importa se eu acho que ela é uma pessoa muito ignorante e [se] acho que o atendimento vindo por ela poderia ser muito melhor. (Gestante 7)

Uma das gestantes comentava que realizava os exames, mesmo sem compreender de fato para que serviam. Obedecia a ordem médica, cujo conhecimento técnico embasaria as decisões e as melhores escolhas para seu cuidado:

Não sei para que servem não [os exames]! Eles mandam fazer, tem que fazer... Eles sabem o que fazem... Ela [a médica] marcou, fiz a minha parte, fui lá e fiz os exames; trouxe, ela me atendeu e olhou; falou que estava tudo bem. (Gestante 5)

Este relato configura uma subserviência, denotando um desnível sócio cultural entre quem recebe a assistência em relação ao conhecimento científico (saber oficial) de quem presta esta assistência.

Serruya (2003) refere que na assistência pré-natal, por vezes, ocorre uma expropriação da autonomia feminina, onde as mulheres são vistas como objeto, fora de qualquer contexto e examinadas sem o estabelecimento de qualquer vínculo entre esta e o profissional. As ações praticadas no pré-natal figuram como sendo de autoridade e responsabilidade dos profissionais de saúde que supervalorizam as atividades técnicas, mantendo, com intervenções determinadas, a hierarquia e a padronização das rotinas.

A falta de interação entre o saber popular e o saber técnico-científico favorece o distanciamento entre os profissionais de saúde usuários. Segundo Craco (2006), o saber popular é, em geral, marcado por uma linguagem prática e mediado por experiências cotidianas de vida; O saber técnico-científico ou biomédico é mediado por interações permeadas por uma linguagem técnica.

No entender das gestantes que realizavam acompanhamento exclusivamente com o profissional médico, este é o detentor do saber oficial e, mesmo que outros profissionais dêem algum tipo de orientação, a última palavra será sempre do médico, que deverá confirmar as informações recebidas.

(...) quando fui atendida pelos enfermeiros, logo depois fui à emergência da Maternidade São José para poder confirmar se estava tudo certinho, tudo direitinho e procurar a médica para poder ver. (...) Eu sou uma pessoa muito desconfiada... Então assim, eu procuro um profissional, mesmo que seja na emergência... Mesmo sem sentir nada... Eu me consulto com a doutora, pergunto e tiro minhas dúvidas. (Gestante 1)

(...) só que eu sei que eles [profissionais não médicos] não vão ter a resposta que eu preciso, ou vão chegar para mim e falar que quem pode saber e me responder melhor é a minha doutora. (Gestante 7)

Outra gestante também faz referência ao saber oficial, neste caso, em relação à enfermeira que a assiste no pré-natal:

Quem faz a minha consulta é a enfermeira, ela é ótima, gosto muito dela e ela me acompanha em tudo. (...) No começo eu fiquei meio encabulada, mas agora não....(...) Todos os exames que eu faço ela me explica, conversa comigo e fala tudo. Gosto muito de ir lá no pré-natal; eu não mudaria para nenhum lugar; é perto e eu gosto de fazer lá... (...) Ela sabe as coisas direitinho. Nunca me passou nada que me prejudicasse... (Gestante 3)

Uma das causas apontadas por Chiesa e Veríssimo (2001) para a dificuldade na interação comunicativa entre profissionais e usuários seria decorrente da diferença social e cultural entre os profissionais com nível universitário e alguns segmentos da população com menor grau de instrução, o que possibilitaria uma prática a partir de “ordens” — de quem tem o saber oficial para quem não tem — ao invés de conselhos argumentados. Isto torna o distanciamento ainda mais acentuado e barreiras cada vez mais difíceis de se transpor.

Comparando as percepções das gestantes atendidas no PSF com as daquelas atendidas na UBS, identificamos serem bastante semelhantes; entretanto, poderíamos destacar a existência de um diferencial no que tange ao atendimento médico nos dois locais de atenção. Para as usuárias do PSF, a médica generalista que as assiste nas consultas, a par do atendimento de caráter normativo já citado,

demonstra um maior envolvimento com as gestantes, sendo referida por elas como atenciosa, preocupada com as suas questões e até como “boazinha”.

Na verdade, eu até me surpreendi aqui . Eu comento que aqui [no PSF] é super organizado. (...) A doutora é muito paciente e as meninas [profissionais do Posto de Saúde], pelo que eu percebi, também. (Gestante 1)

Do pré-natal? Não tenho o que falar não. A doutora, ela sempre dá atenção, conversa, examina direitinho, não tenho o que criticar não. (Gestante 2)

Eu gosto do pré-natal daqui...e a médica é muito boazinha... (Gestante 5)

Já a ginecologista, que atende as gestantes na UBS, é referida como tendo um comportamento pouco comprometido com as usuárias, realizando um atendimento protocolar, com pouca flexibilização e atenção às demandas das gestantes e/ou aos seus problemas:

(...) o que me deixou entristecida foi o atendimento por ela, pela doutora. (...) Eu acho que deveria... Sei lá, dar um sorriso a mais sabe? O que eu acho que está faltando nela é isso...(...) Eu tive um compromisso no dia da consulta [no CMS] e não podia faltar ao trabalho; então fui na próxima semana e ela simplesmente não quis me atender (...). Faltei ao trabalho naquele dia e ela falou simplesmente na minha cara que não podia me atender. (...) “marca pra semana que vem, marca para quando der, a próxima semana”... E eu falei: “mas, doutora eu não posso vir!” “Ah, então, marca para dezembro, não tem problema não, marca para dezembro”... É como tanto faz como tanto fez! (...) Ela me tratou bem grossamente! (Gestante 7)

(...) Normal, nem muita atenção e nem falta atenção...(...) Ela chega e me atende, faz as perguntas que tem que fazer, me indica os exames e pede os exames e depois de um mês eu tenho que voltar lá...(...) Pergunta como eu estou e é só o básico mesmo; e acabou a consulta. (Gestante 8)

O atendimento de enfermagem foi considerado satisfatório pela gestante atendida exclusivamente pela enfermeira, que se referiu a esta profissional como atenciosa, com postura firme e competente. Esta gestante relata ter sido informada que só deveria ser atendida pelo médico na hora do parto ou, caso houvesse alguma complicação na evolução de sua gestação. As demais gestantes atendidas no PSF tiveram um contato menor com o (a) enfermeiro (a), em eventual substituição ao médico na consulta e/ou na coleta de exame citopatológico cervical e palestras sobre DST/AIDS; ainda assim, referiram-se a este profissional de forma positiva. Nenhuma dessas situações configura o fluxo intercalado de atendimento médico/enfermeiro para o pré-natal de baixo risco preconizado pelo Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério¹¹.

¹¹ Cabe lembrar, de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem, Decreto nº94406/87 (CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM, 2010), o pré-natal de baixo risco na gravidez pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (o).

No CMS, os enfermeiros não realizam atendimento ao pré-natal sob a forma de consultas. Conforme relato das duas gestantes provenientes desta Unidade de Saúde, o contato individual com a enfermeira foi escasso, ocorrendo somente uma vez, na coleta de exame citopatológico cervical de uma das gestantes. Nesta equipe, a profissional de Enfermagem desenvolve, de forma prioritária, atividades administrativas, com pouco contato com os usuários.

O fato de existirem poucas atividades educativas nas unidades estudadas, contribuiu para o pequeno contato das gestantes com o (a) enfermeiro (a), uma vez que, para estas ações, a participação deste profissional reveste-se de fundamental importância sendo, em geral, o responsável pela organização e motivação de grupos de gestantes, grupos de sala de espera e outros (BRASIL, 2006b).

A implantação do novo modelo de atenção, baseado na Estratégia de Saúde da Família, veio promover uma nítida mudança no processo de trabalho da área da enfermagem, aproximando estes profissionais do cuidado (assistência direta ao paciente), a partir da elaboração de protocolos de atenção que respaldam suas ações. Com isso, justifica-se a maior atuação das enfermeiras que trabalham no PSF realizando acompanhamento clínico na atenção pré-natal, se comparadas às que desenvolvem suas atividades nas unidades tradicionais (PARADA, 2008).

A busca pela autonomia e pelo protagonismo dos usuários no cuidado à saúde, deve acontecer no sentido oposto ao identificado nesta pesquisa. Espera-se que a relação usuário/profissional de saúde caminhe no sentido de encurtar as distâncias entre esses sujeitos, possibilitando a troca entre os diferentes saberes e contribuindo para a construção da cidadania.

Entender o significado que o cuidado pré-natal representa para as mulheres, criar vínculos e oferecer-lhes acesso às informações solicitadas e aos serviços, possibilitaria um redirecionamento da atenção à gestante, com flexibilização de determinadas normatizações do Programa, considerando suas necessidades e expectativas em diferentes comunidades (DUARTE; ANDRADE, 2008; ALMEIDA; TANAKA, 2009).

3.6 Acesso às informações e as ações de saúde / Referência para o Parto

O Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério do MS (2006) traz como objetivo principal da atenção pré-natal e puerperal,

[...] acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006, p. 10).

Refere, ainda, que uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada, deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias e do fácil acesso aos serviços de saúde de qualidade. A organização da atenção obstétrica no SUS pressupõe a regulação da rede de atenção à gestação, ao parto, ao pós-parto e ao recém nascido, através do estabelecimento de ações que integrem todos os níveis de atenção e garantam o adequado atendimento à mulher durante todo o ciclo gravídico-puerperal (BRASIL, 2006b).

As questões do acesso na gestação dizem respeito a vários momentos: à primeira consulta (na suspeita de gravidez); a realização do exame confirmatório; o agendamento das demais consultas; à realização dos exames preconizados e aos medicamentos; o acesso facilitado ao serviço de saúde na vigência de alguma intercorrência (com referência e contra-referência, se necessário). Inclui também a referência e acesso ao parto, assegurando que a gestante não necessite, por ela mesma, peregrinar pelas maternidades em busca de uma vaga onde possa ter o seu bebê com dignidade e qualidade. Não se pode esquecer que, após o parto, é necessário estimular e garantir o retorno da puérpera à sua unidade de origem para a realização da consulta puerperal e continuidade da atenção à saúde da mulher e do recém-nascido.

A acessibilidade, no imaginário da população usuária, corresponde à relação que se estabelece entre as “resistências” oferecidas pelos próprios serviços — que se exprimem nas dificuldades sentidas pelos usuários para efetivar o atendimento que buscam — e o “poder de utilização”, que se forma através das experiências, percepções e valores — que se expressam nas razões para o bom atendimento —

por parte de quem recebe o atendimento e conforme o seu perfil de demanda. (COHN, 1991 apud GOMES, 1995).

A captação precoce da gestante é tarefa importante no modelo de atenção preconizado pelo MS. Visa assegurar que a mulher tenha sua primeira consulta de pré-natal nos primeiros 120 dias do período gestacional, possibilitando o início precoce das ações de promoção à saúde do binômio mãe-filho, solicitação de exames de rotina para a possível detecção de anormalidades e posterior acompanhamento das situações de risco, próprias deste período gestacional. O Manual Técnico de Assistência Pré-natal, refere-se à captação precoce das gestantes como uma das condições para atenção pré-natal e puerperal efetiva:

Captação precoce das gestantes para acompanhamento pré-natal no primeiro trimestre da gravidez, visando a intervenções oportunas em todo o período gestacional e no puerpério, sejam elas de promoção, de prevenção ou de tratamento. Deve-se garantir às mulheres realização do teste de gravidez na unidade de saúde, sempre que necessário. O início precoce da atenção pré-natal e sua continuidade requerem cuidado permanente com o estabelecimento de vínculos solidários entre os profissionais de saúde e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção; (BRASIL, 2006b, p. 143)

No presente estudo, a par da atuação dos ACS na tentativa de inserir precocemente as gestantes no pré-natal, observou-se que esta captação não se deu como deveria, uma vez que somente duas das seis gestantes do PSF (33,3%) iniciaram o pré-natal até 14^a semana. Das duas gestantes acompanhadas no CMS, uma iniciou o pré-natal com 08 semanas e a outra, com 19 semanas. Uma das possíveis causas para este retardo do início do pré-natal nas cinco gestantes entrevistadas, referiu-se provavelmente, ao fato destas gestantes não identificarem a importância deste início precoce para a sua saúde e a do seu filho, denotando a necessidade de orientações específicas quanto a esta questão:

(...) desconfiei que estava grávida desde o primeiro mês; Eu já sabia que estava grávida, aí fui num postinho e a doutora me passou os exames; Aí demorei um tempo, porque eu não liguei muito, porque eu ia só começar depois de três meses a fazer o pré-natal. Aí, depois de três meses eu fui lá e ela me deu o papel e marcou muitos exames para mim. (...) O ultrassom ela viu e não marcou nada; ela só me deu os exames para fazer; Depois que ela marcou, demorou dias para depois eu ir lá tirar o sangue; e tudo demorou uns dois meses. Aí eu peguei e fiz particular... (Gestante 4)

No cartão desta gestante consta que a primeira consulta foi realizada na 24^a semana de gestação, configurando uma grande demora entre a época que a mesma refere saber-se grávida e efetivamente iniciar o atendimento pré-natal.

As demais gestantes com início tardio do pré-natal, embora tenham tido outros motivos que contribuíram para este desfecho (negação da gravidez, pré-natal iniciado na clínica privada com posterior abandono e retorno para o serviço público e outros), também demonstraram pouco conhecimento sobre a importância do início precoce deste acompanhamento.

É importante salientar que na área de abrangência do PSF, no período da realização da pesquisa de campo, não havia, no cadastro da Unidade, mulheres sabidamente gestantes, que não estivessem realizando acompanhamento pré-natal. Quanto às gestantes acompanhadas no CMS, residentes fora da área de abrangência do PSF — portanto, não cadastradas — não era possível fazer estimativas acerca do acompanhamento pré-natal no período supra citado.

Gomes (1995), em estudo realizado em duas maternidades com atendimento pelo SUS no Município do Rio de Janeiro, entrevistou 110 mulheres acerca das suas percepções quanto à qualidade do atendimento à gestação e ao parto. Encontrou dificuldades no acesso ao pré-natal de tal forma que, 19,1% das mulheres não tinham realizado sequer uma consulta de pré-natal e, 25% das entrevistadas que tinham freqüentado pelo menos uma consulta de pré-natal, não o fizeram no primeiro serviço procurado, tendo como motivo principal o fato de não terem conseguido atendimento. Identificou como principais fatores dificultadores para a adesão ao pré-natal, a disputa por uma vaga para o atendimento, o distanciamento do atendimento pré-natal e o tempo dispendido nos serviços.

Na presente pesquisa, as gestantes referiram não ter encontrado percalços na marcação das consultas, seja a consulta inicial ou nas subsequentes. A dificuldade se apresentou somente para uma das gestantes, cujo início do seu pré-natal coincidiu com a troca dos ACS na unidade de PSF, acarretando demora na marcação da sua primeira consulta (entretanto, isto certamente não foi o único fator responsável pelo início do acompanhamento ter ocorrido somente na 27^a semana):

Eu tive muita dificuldade porque mandaram os agentes embora, sei lá... Ficou sem ninguém pra marcar consulta e eu fiquei rodando... Fui em um, fui em outro... Ia de lá para cá, ah! Abriu aqui... Ai eu vinha, ah! Não abriu... Ai eu voltava... Ai eu falei: "mãe não vou fazer nada não"... Ai ela disse: "faz sim, vai lá"... Daí passou, e minha mãe sempre ia lá saber. Foi quando ela falou que o posto abriu, foi até ela que marcou para mim; aí comecei direitinho e não tive mais problemas... (Gestante 5)

No CMS, também não houve relatos de problemas na marcação das consultas.

No decorrer do acompanhamento da gestação, uma das gestantes entrevistadas relatou duas situações onde ocorreram dificuldades parciais no acesso às consultas. Iniciou seu pré-natal no PSF, com duas consultas realizadas. Faltou ao trabalho para realizar a terceira consulta, porém a médica assistente não compareceu por duas vezes seguidas. Refere que argumentou quanto à possibilidade de troca do dia da consulta para o dia de sua folga no trabalho — já que, no PSF, a quantidade de gestantes é menor em relação às unidades tradicionais — mas não foi atendida. Deixou o acompanhamento na unidade do PSF e procurou outra unidade de saúde:

(...) eu trabalho de terça a sábado. Toda sexta-feira do próximo mês eu tinha uma consulta com a doutora [no PSF]; ela é muito boazinha, só que faltava muito e eu faltava ao trabalho para ir na consulta; então eu perdi aquele dia entendeu?... É complicado, você falta no trabalho, chega lá e ninguém te avisa. As meninas lá são assim, desatentas...

[Você falou que trabalha de terça a sábado? Eles não poderiam te atender na segunda?]

Eles falavam: “só sexta-feira que é dia do pré-natal”. Argumentei que eu trabalho e falaram “a gente não pode fazer nada é só sexta-feira, não tem como!” (Gestante 7)

A unidade procurada por esta gestante para continuidade do pré-natal foi o CMS, onde também refere ter encontrado dificuldades quanto à flexibilização do horário de atendimento:

(...) eu tive um compromisso no dia da consulta [no CMS] e não podia faltar ao trabalho, então fui na próxima semana e ela [a médica] simplesmente não quis me atender (...) ela falou que tinha seis gestantes e não tinham seis gestantes... Eu contei, eu estava aqui e faltei ao trabalho naquele dia e ela falou simplesmente na minha cara que não podia me atender.(...) “marca pra semana que vem, marca para quando der, a próxima semana”... E eu falei: “mas, doutora, eu não posso vir!” “Ah, então marca para dezembro, não tem problema não, marca para dezembro”...É como tanto faz como tanto fez! (Gestante 7)

Neste contexto, chama a atenção a não disposição quanto à flexibilização dos horários de atendimento para os usuários que trabalham e estudam (no caso, a gestante trabalhadora). Esta flexibilização insere-se na proposta de humanização da atenção, com o objetivo de facilitar a inserção e permanência dos usuários no Sistema de Saúde. O episódio citado contradiz as orientações estabelecidas para atuação dos profissionais da Atenção Básica e, particularmente, da Estratégia de Saúde da Família, que preconiza a humanização.

Esta mesma gestante refere ainda dificuldades no atendimento a uma intercorrência clínica apresentada no período gestacional, quando procurou a

Maternidade Municipal com suspeita de Influenza H1N1, sendo mal atendida pelos profissionais:

(...) na primeira vez que eu fui [à maternidade] , discuti com uma doutora, por que a doutora simplesmente sumiu. Ela me pediu para fazer exame de sangue, hemograma completo pra saber qual era a causa daquilo tudo... Que ela inclusive falou que eu poderia estar com aquela doença, a gripe A. (...) Gripada demais, demais mesmo sabe... (...) Af ela falou: “deita lá, que eu vou escutar o neném. (...) Está tudo bem com ele; você vai fazer esse exame e traz aqui”... Ai eu fui fazer o exame, fiquei 1h para fazer só o exame; para saber o resultado, mais meia hora e para achar a doutora mais 1h... Sabe, desde que horas eu estava no hospital, na maternidade? Desde 10 e meia da manhã... E sabe que horas eu saí de lá? Às 5h da tarde, entendeu? (Gestante 7)

A hierarquização dos serviços, a referência e a contra-referência são preceitos do SUS ratificados pelo PHPN, ao apontar, como competências/atribuições das secretarias municipais de saúde, a estruturação e a garantia do funcionamento de uma Central Municipal de Regulação Obstétrica e Neonatal e do sistema móvel de atendimento pré e inter-hospitalar quando indicado, além do estabelecimento da referência para assistência ambulatorial e hospitalar à gestante de alto risco, em seu próprio território ou em outro município, mediante programação regional (PARADA, 2008). Na situação apresentada, houve falhas neste sentido, não havendo priorização do atendimento à gestante em uma situação de risco, nem o estabelecimento de referência/contra-referência entre os diferentes serviços.

No tocante a realização dos exames complementares pré-natais, não houve relatos de falta de oferta; entretanto, para as gestantes acompanhadas no PSF, o fato da coleta dos exames ser realizada fora da Unidade de Saúde, assim como a demora nos seus resultados, geraram alguns problemas e ansiedades. Referiram que, por causa da demora, algumas vezes preferiam realizar estes exames, mesmo pagando, com seus próprios recursos, na rede privada, particularmente a ultrassonografia, cuja demora na marcação era imensa:

Só para você fazer [os exames] é horrível... Tem que acordar muito cedo... E tem que esperar muito; é muito ruim para fazer... Demora cerca de um mês; tem de esperar um mês. Se você pagar, pega em dez dias. Tentei fazer a ultrassonografia pelo SUS, mas também não consegui; só tinha para fazer para o mês seguinte; então eu fiz no particular mesmo, porque o SUS pra bater a ultra é horrível; só tinha para o outro mês. (Gestante 3)

Eu acho que ainda é meio demorado no nosso município. Demora em média de 25 a 30 dias. O resultado dos exames tinha que ser com mais rapidez. (Gestante 1)

A rede pública de saúde municipal trabalha com pólos de coleta de exames laboratoriais, distribuídos em cinco regiões do município, não oferecendo esse

processo em todas as unidades de saúde. No bairro de Jacutinga, o pólo de coleta localiza-se no CMS do mesmo bairro, motivo pelo qual as gestantes em acompanhamento nesta Unidade não se queixaram de demora nos resultados e/ou dificuldades para sua realização.

O acesso às informações sobre os exames, de um modo geral, deixou a desejar. Para os exames mais comuns como hemograma, exame de urina tipo I (EAS), parasitológico de fezes e ultrassonografia, a compreensão era fácil; entretanto, para outros testes, como sorologia para Lues, Hepatite B, anti-HIV e Toxoplasmose, a compreensão de algumas das gestantes ficou aquém do desejado, gerando dúvidas quanto à sua realização. Isto reforça a necessidade de ações educativas no pré-natal, promovendo espaços para discussões sobre a necessidade de realização desses exames e sua importância para a saúde da mulher e do bebê.

A única coisa que me falaram... Todos [os médicos] que eu levei os exames: “Não têm nada, está tudo ok, só está com anemia”... Agora não sei o que está tudo ok, né? (...) eu acho precário os exames; você vai fazer um exame e demora muito tempo para vir o resultado... A gente acaba pagando e fazendo particular; senão, não consegue fazer o pré-natal. (Gestante 4)

(...) para alguns [exames], eu acho que tinha que ter mais explicações e [para] outros, muita gente já sabe... Igual isso daqui... Eu não entendi nada quando ela colocou esse negocio “V não sei o quê” aqui. Eu falei: “doutora, eu não estou entendendo nada!” (...) Ai quando eu perguntei isso daqui, ela falou: “São exames pra você saber se você está com AIDS”... Aí foi e explicou outras coisas. Às vezes a gente não entende... O de glicose você já fez, é pra saber isso aí... Alguma coisa ela explicou: “Esse é pra saber se está com colesterol alto, baixo”... (...) Mas tem coisas que nem todo médico fala... A gente não sabe e muitas pessoas também não têm curiosidade em saber, por isso muitas vezes não acham importante. Mas algumas coisas são importantes! (Gestante 6)

Em relação ao uso de medicamentos na gestação, a maioria das gestantes referia a utilização de sulfato ferroso, ácido fólico e vitaminas, compreendendo parcialmente suas indicações. Assim também ocorria com o uso de antibióticos ou outros antimicrobianos, quando necessário. Uma das gestantes enfatizou, que se compreendesse melhor a importância destas medicações, teria mais “cuidado” no seguimento da prescrição:

Eu esqueço os remédios. Eu tomo, mas esqueço. Teve um dia que eu estava tomando quatro comprimidos de Combiron®(...) Eu achava que era um no almoço e um no jantar e, como eu tinha passado uma semana sem tomar, acabei tomando dois, dois no almoço e dois no jantar... Se eu soubesse pra que estou tomando... Porque, para mim, eu estou tomando para engravidar... (Gestante 4)

Algumas grávidas queixaram-se da distância entre sua residência e o local onde estes medicamentos são dispensados gratuitamente, gerando dificuldades no

acesso aos medicamentos. Entretanto, nenhuma delas se queixou da falta deste rol de medicamentos na Farmácia Municipal.

Muita gente tem dificuldade de pegar [os medicamentos] em Mesquita; eu mesma sou uma, nem sempre eu tenho dinheiro para ir daqui lá pro outro lado de Mesquita para poder pegar o remédio.. (Gestante 6)

As gestantes demonstraram conhecer a indicação e a necessidade do uso da vacinação antitetânica no período gestacional, não apresentando dificuldades nem resistência para sua utilização.

A inexistência de um processo de envolvimento da mulher na discussão dos seus problemas, assim como a falta de acesso às informações e aos serviços de saúde figuram, segundo Gomes (1995), entre os principais problemas relacionados à saúde da mulher. Esta situação vem se perpetuando e agravando com o passar do tempo, à medida que não se apresentam soluções adequadas e efetivas neste sentido, o que pode ser corroborado por esta pesquisa.

ROCHA (2004) afirma que um atendimento obstétrico adequado não se alcança quando são ultrapassadas as barreiras geográficas, sócio-econômicas e culturais de acesso à(s) unidade(s) de saúde. Necessita que, para além disso, cada mulher tenha acesso às informações sobre sua saúde e sua gestação, e, evidentemente, receba atenção perinatal de qualidade.

A gestação, o parto e o nascimento constituem uma seqüência de eventos que acarretam várias transformações nas mulheres. A experiência do parto é extremamente importante na vida da mulher, pois é um momento de grande intensidade emocional, um marco no transcorrer de sua existência, que afeta profundamente a sua estrutura física e emocional, a do recém-nascido, assim como de toda a família. Partindo dessa compreensão, o Manual Técnico de Assistência Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006b) refere que os municípios devem dispor de uma rede organizada de serviços para a atenção pré-natal e neonatal, assim como de mecanismos de referência e contra-referência, intra e/ou extramunicipal, conforme pactuação dos gestores locais. O encaminhamento para a maternidade de referência deverá proporcionar à gestante segurança e resolutividade em saúde, devendo ser realizado pelo serviço e registrado no Cartão da Gestante.

No presente estudo, identificaram-se falhas importantes quanto às orientações recebidas pelas gestantes, particularmente, aquelas referentes à preparação para o parto, discussão sobre o tipo de parto, encaminhamento para a

maternidade, além dos cuidados no pós-parto, tanto com a puérpera como com o recém-nascido.

(...) Eu acho que seria positivo se as pessoas [profissionais de saúde] passassem informações para a gestante na gravidez, (...) porque a pessoa fica mais atenta aos sintomas e quando pode ir pro médico, porque na hora que tem a dor, a pessoa fica em desespero, vai toda hora para o hospital... E [também] como deve cuidar do bebê... (Gestante 1)

(...) Orientação nenhuma, de nada... Nem de parto, nem para onde você vai correr quando tiver ganhando... Nada! Eu por exemplo não sei onde vou ter, vou ter em qualquer hospital por aí... (...) Eu acho que o médico tinha que dar pelo menos uma idéia entendeu? Uma opção para pessoa correr... Eu não tenho para onde correr... E quando eu estiver ganhando, eu pego um carro e vou... Não sei para onde que eu vou não! (...) Eu acho que tem que dar mais orientações para a mulher grávida... Ainda mais as mães de primeira viagem... Porque eu tenho quatro filhos e é como se fosse a primeira vez. Eu sou de primeira viagem até hoje... Tem muita coisa que não sei! (Gestante 4)

Os relatos acima demonstram uma ausência de continuidade entre o pré-natal e o parto, desvinculando estas duas etapas. Muitos profissionais que trabalham no acompanhamento pré-natal dissociam a gravidez do parto, que é um momento fundamental, de rico valor simbólico para a mulher, não havendo o preparo da gestante para esta etapa.

Essa desvinculação, associada a pouca orientação ofertada às gestantes sobre questões relativas ao período gestacional — quer seja de forma individual, quer seja em grupos — gera uma situação de não abordagem sobre a preparação para o parto, discussão de seus desdobramentos, suas nuances, seus possíveis problemas, na tentativa de desmistificá-lo, inviabilizando a necessária e tão importante preparação para este momento.

Duarte e Andrade (2008) referem que os temores mais comuns na gravidez guardam relação com as fantasias que surgem no período final da gestação, como o medo da morte, da dor, do esvaziamento e da castração. Já a ansiedade, pode estar associada a uma vivência negativa da experiência de pré-natal e parto. O medo do parto pode ser considerado a expressão de vários sentimentos de ansiedade desenvolvidos durante o período gestacional.

O parto é esperado, com dúvidas, temores e, por vezes, até com horror. Se estes sentimentos ou outros pertinentes ao período, não forem trabalhados durante o acompanhamento de pré-natal, o serão provavelmente nas relações sociais, o que, conforme os relatos apresentados, poderão conformar fortes influências no sentido contrário, o de “incapacitar” a gestante para seu desempenho no parto.

Na hora das dores... Me falam como é que é, e eu fico com medo. Ontem mesmo, eu estava vendo televisão e fiquei apavorada. (Gestante 8)

(...) desse [dessa gestação], eu já estou com essa ansiedade [em relação ao parto] porque a dor é forte, mas só que quando você tem o filho, aquela dor passa, você faz tudo, você anda, acabou. Já a cesárea, minha mãe falou: “cesárea é muito ruim, você não pode fazer nada sozinha e depois a dor é pior.” Aí, eu já fiquei com esse medo; Mas ninguém passou nada disso pra mim no Posto, não! (Gestante 6)

Fatos como esses interferem na “escolha” e nas preferências pelo tipo de parto, se, por acaso, a opinião da gestante for considerada nessa escolha; o que dificilmente acontece no sistema público de saúde brasileiro.

(...) Quero... Espero ter normal e eu só vou sentir dor na hora... Depois, é horrível a cesárea... Minha irmã teve cesárea... Foi horrível para ela; os dois filhos que ela tem foi de cesárea... Não foi muito boa experiência de cesárea, não... Quero normal. (Gestante 3)

(...) O parto cesárea, eu tenho medo, porque os outros falam... (...) por causa da anestesia e também um pouco de receio da dor que fica depois. No meu primeiro filho, lá no posto, me perguntaram se eu queria fazer cesárea ou normal... Eu falei: “Dra. Eu posso ter normal?” e ela falou: “Pode, você está em condições de ter normal”. Então, eu prefiro ter normal. Estou com medo, mas prefiro normal (Gestante 2)

Rocha (2004) afirma que as redes sociais, de uma forma geral, suprem o papel do Estado na prestação de informações sobre o parto e o período que o antecede. Algumas destas informações, entretanto, ao invés de acalmar e preparar para o parto, geram temor e insegurança nas gestantes, pois ratificam o medo da dor e sugerem normas de comportamento para o enfrentamento desta dor, identificando o parto, sobretudo o normal, com um caráter de punição para a mulher.

Acrescenta-se a isso, o fato da analgesia peridural, utilizada para o alívio da dor no parto normal, ainda não ser uma realidade na maior parte dos serviços públicos brasileiros. É um procedimento para o qual existe um código de pagamento pelo SUS, embora sua utilização não esteja ainda estabelecida de forma rotineira nas unidades públicas e contratadas pelo SUS. A preferência das mulheres pelo parto cesáreo traz consigo, prioritariamente, a idéia de escapar da dor. Portanto, se houvesse a oferta da analgesia peridural no sistema público de saúde brasileiro, de forma sistemática, poderíamos esperar uma menor procura pelo parto cesárea, assim como uma diminuição no temor da dor no parto normal.

O sistema de saúde brasileiro tem empreendido esforços no sentido de desenvolver ações que integrem os três períodos da assistência obstétrica – pré-natal, parto e puerpério – a fim de garantir o acesso das parturientes e recém-

nascidos a atendimento digno e de qualidade. Apesar disso, a questão do acesso ao parto permanece ainda como um grave problema a ser enfrentado (ROCHA, 2004).

Em 1995, Tanaka desenvolveu importante pesquisa no município de São Paulo, na qual investigou as causas das mortes maternas, e constatou que, no período de estudo, 55% dessas mortes ocorreram durante a peregrinação na busca do acesso ao parto (TANAKA, 1995).

Gomes (1995), em seu estudo com 110 mulheres internadas em duas maternidades do Município do Rio de Janeiro, identificou que 39,1% dessas mulheres não haviam sido internadas na primeira maternidade onde buscaram atendimento ao parto.

Ainda em nossos dias, permanecem sérias dificuldades no acesso a esses serviços, conforme identificado nesta pesquisa. A existência de déficits de leitos obstétricos, em grandes áreas geográficas, leva ao desenvolvimento freqüente do “fenômeno” da “peregrinação” por leito, durante o trabalho de parto e o parto, podendo acarretar desfechos indesejáveis para a integridade física e psicológica da mulher e também para a saúde do bebê.

Na análise dos dados dos depoimentos, foi observado que, das oito gestantes, somente uma tinha sido encaminhada para uma maternidade de referência, demonstrando uma completa desarticulação do serviço e não cumprimento da rotina do MS.

Eu não sei ainda [onde será o parto]. Porque lá [no CMS], eles não encaminham... A gente que tem que procurar... Acho que tem que procurar na hora. Eu não tenho muita certeza. (Gestante 8)

Não ter assegurado o local do nascimento representou, para o conjunto das gestantes, sua maior preocupação, gerando incertezas quanto ao atendimento ao parto, a possibilidade de vaga em alguma maternidade mais próxima de suas residências e a qualidade do serviço prestado pela mesma. O único encaminhamento para uma maternidade específica ocorreu por conta de uma situação particular —ultrassonografia obstétrica demonstrando a presença de circular de cordão — tendo a médica assistente referenciado informalmente esta gestante, para um profissional de sua relação pessoal, que trabalha em uma maternidade pública.

Ela falou que pode ser cesárea por causa do cordãozinho que está enrolado no pescoço. Eu vou pra lá, pra Maternidade onde eu tive ela [a primeira filha], em Marechal. Ela me deu encaminhamento, tudo direitinho com tudo escrito. (Gestante 5)

Apesar da rede municipal de saúde de Mesquita contar com uma Unidade Hospitalar que inclui atendimento ao parto, como já relatado na caracterização do local do estudo, a referência para o parto neste local não ocorre de forma plena. Isto se dá por vários motivos, sendo mais significativos os ligados à falta de profissionais médicos (obstetras e pediatras) para compor os plantões e as condições de atendimento, consideradas não adequadas pela maioria da população. A falta da equipe médica completa na Maternidade faz com que os profissionais da rede básica de saúde sintam-se inseguros no encaminhamento das gestantes para esta unidade hospitalar. Por outro lado, a cultura de um atendimento ruim, na avaliação da população, gera desconfiança nas gestantes, motivando-as a não procurar espontaneamente a Unidade ou, pelo menos, a não tê-la como sua primeira opção de parto. A gestão da saúde municipal precisa reavaliar a situação deste Serviço, bem como a qualidade do cuidado oferecido às gestantes, a fim de equacionar estas questões e promover uma atenção puerperal de bom nível.

Quando a prática assistencial é pautada por iniciativas humanizadoras, de diálogo e escuta, em busca de melhor relacionamento entre profissional e usuário, a preparação para o parto terá o seu lugar de discussão no rol das ações a serem desenvolvidas. Desse modo, deverá ser discutido, planejado e desmistificado. Se associado a isto, tivermos também garantido o acesso ao parto, a assistência pré-natal estará cumprindo verdadeiramente o seu papel.

Por fim, a existência de uma consulta puerperal era desconhecida por todas as gestantes entrevistadas. Nenhuma delas tinha informações sobre os cuidados a serem tomados no puerpério, particularmente no que se refere aos cuidados com a sua própria saúde. O máximo de informações recebidas sobre este período referia-se aos cuidados com o recém-nascido, obtidos, em sua maioria, de fontes não oficiais, ou seja, de suas relações sociais. Como as orientações ofertadas pelo serviço de pré-natal foram deficitárias, também estas foram omitidas, ou no mínimo, relegadas a um período posterior, deixando uma interrogação no imaginário das mulheres sobre se estas atividades realmente aconteceriam ou não, em um futuro que se apresentava cada vez mais próximo.

A proposta do PHPN considera a consulta puerperal uma atividade indispensável no conjunto da assistência à gestação e ao parto. Esta consulta é a instância do ciclo gravídico-puerperal onde se desvincula a saúde da mãe da saúde do recém-nascido, sendo portanto, um momento de atenção à saúde da mulher e não da mãe, evitando que ocorra um viés de gênero na percepção da atenção. Este seguimento clínico permite estabelecer condutas que visem garantir o adequado intervalo interpartal, protegendo a mulher e melhorando os resultados perinatais, bem como avaliar a mulher de uma forma integral, para detecção de alterações importantes, como: a anemia, estados depressivos e outros (PARADA, 2008).

É necessário que os profissionais, juntamente com o serviço, sintam-se co-responsáveis pelo cuidado pré-natal e possam contribuir para a formulação de um sistema de saúde organizado e efetivo, na concretização da integralidade no serviço de saúde. Na construção da qualidade do pré-natal, está implícita a valorização e institucionalização de ações que promovam o acolhimento e possibilitem a criação de vínculo entre profissionais, gestantes e o serviço de saúde como um todo (BEZERRA, 2008).

3.7 Uso da ultrassonografia obstétrica

Dentre os aspectos culturais capazes de influenciar as ações das usuárias em seu período gestacional, identificados na presente pesquisa, destaca-se, como de maior relevância, a busca voluntária das gestantes pela utilização da ultrassonografia obstétrica como elemento fundamental e imprescindível no acompanhamento gestacional, uma vez que sua utilização encontra-se diretamente relacionada ao termo pré-natal, no imaginário popular.

A ultrassonografia destaca-se no campo dos recentes avanços tecnológicos — dentre as tecnologias duras, assim chamadas por Merhy (2007) — por figurar como uma das que permite ampla facilidade de acesso por parte da população, em especial a ultrassonografia obstétrica.

Na evolução da obstetrícia como especialidade médica, o surgimento da ultrassonografia representou uma revolução no conhecimento e no tratamento

médico, desempenhando um papel fundamental na avaliação do estado gestacional, assim como na vitalidade fetal. Passou a permitir o monitoramento da gestação a partir da avaliação do número de embriões ou fetos presentes, do posicionamento fetal e placentário no interior do útero, da ausculta dos batimentos cardíacos fetais, da estimativa da idade gestacional, além de possibilitar a identificação de determinadas patologias fetais (espinha bífida, fenda palatina, nanismo e outros). Em conjunto com outros testes e técnicas (amniocentese, por exemplo), esta tecnologia pode ser utilizada para a tomada de decisões acerca do manejo da gravidez (CHAZAN, 2005)

Chazan (2005) refere que a ultrassonografia permite uma vigilância sobre a gestação, tanto dos profissionais quanto das próprias gestantes e seus familiares. Estes últimos solicitam a realização do exame para poderem ver seu feto, ou seu bebê, como costumam se referir. O prazer de ver, considerado dentro da cultura da visualidade, é o elemento central no monitoramento por parte dos familiares. As gestantes submetem-se aos exames ultrassonográficos de forma prazerosa, buscando relacionar-se com o seu bebê através das imagens obtidas, ainda que seja um tanto difícil compreendê-las sem a orientação do profissional operador do exame.

A possibilidade de visualização do feto faz a gestante identificá-lo como pessoa, a partir de um nascimento virtual, antes do seu nascimento real. Assim, como novo membro da família, ocorre sua inclusão social antecipando sua existência como filho, neto, irmão, etc. A identificação do sexo fetal gera a construção de uma identidade de gênero. O feto é considerado humano após serem visualizados seus braços e pernas, mas somente se transformará em gente quando puder receber um nome (CHAZAN, 2005).

No imaginário popular, a ultrassonografia obstétrica representa um retrato da criança que ainda não nasceu, e que, pela imagem impressa, garante a sua existência, assim como a sua integridade física. Mais do que isto, representa um recurso definidor da gestação, através da visualização do bebê, o que antes só era possível no momento do nascimento (ROCHA, 2004).

Esta concretude pode ser a representação de um conhecimento palpável (visível, ainda que às vezes não de forma tão clara), fortalecendo o ideário de que “o que eu vejo representa a verdade objetiva”, bastante diferente do que ocorria alguns anos atrás, onde a percepção e a subjetividade definiam a credulidade da gestante

no seu estado gestacional. De certa forma, ocorreu um deslocamento da posição ocupada pela gestante no tocante ao poder, à temporalidade e ao conhecimento acerca de seu estado (CHAZAN, 2005).

O desenvolvimento desta tecnologia médica, marcadamente nos últimos 20 anos, permitiu o uso de aparelhagem cada vez mais sofisticada e de menor tamanho, possibilitando a instalação de aparelhos de ultrassom portáteis em clínicas, consultórios médicos e até em centros comunitários de saúde, realizando exames a preços cada vez mais baixos, acessíveis inclusive, às camadas sociais menos favorecidas economicamente. Seu baixo custo e a possibilidade de realização, em alguns serviços de saúde, sem a exigência do pedido médico, levou a um aumento incontido na utilização deste teste complementar, gerando uma situação cada vez mais comum, onde a gestante chega ao consultório médico com o exame em mãos, sem pedido prévio. Este fato tem como consequência o uso indiscriminado deste exame, sem qualquer controle por parte dos que orientam a atenção pré-natal.

Para alguns usuários, a ausência de um exame de ultrassom no pré-natal implica em sua desqualificação. De uma forma geral, particularmente no sistema público de saúde, a ausência ou demora na solicitação do ultrassom obstétrico, por parte do médico, gera na gestante uma busca por este exame por meios próprios, sem a necessidade de consentimento e/ou solicitação médica prévia.

Esta situação foi confirmada pela presente pesquisa onde a maioria das gestantes havia realizado exame ultrassonográfico antes da 1ª consulta de pré-natal, utilizando este exame como definidor da gravidez e, em alguns poucos casos, de forma complementar ao diagnóstico sanguíneo (dosagem sérica do β -HCG¹²).

Uma das entrevistadas, expressando claramente a idéia do uso desta tecnologia para diagnóstico de sua gravidez, comentou:

(...) a primeira coisa que fiz foi a ultrassom para saber mesmo se eu estava grávida. Levei lá, aí ela olhou e passou os exames... (Gestante 3)

A demora na marcação da ultrassonografia pelo SUS é um dos elementos motivadores da sua realização por conta própria, no setor privado, que ocorre com ou sem a solicitação formal do exame:

¹² O β HCG (Gonadotrofina Coriônica Humana- fração beta) é um hormônio produzido durante a gravidez. Testes de gravidez, geralmente, são baseados na detecção e medição do β HCG no sangue da mulher.

A ultrassonografia eu já tinha feito; aí mostrei a ela [a médica]. A segunda foi ela quem pediu. Tentei fazer a ultrassonografia pelo SUS, mas também não consegui. Só tinha para fazer para o mês seguinte; então eu fiz no particular mesmo. (Gestante 3)

Uma outra gestante realizou o exame ultrassonográfico por orientação da mãe, para esclarecimento quanto a uma provável gravidez:

(...) minha mãe perguntou: sua menstruação já veio? Eu falei: não veio não. Aí ficamos esperando e não veio... Ela falou: "Então você está grávida"; e eu falei: "Não to não, mãe"... E ela falou: "Está sim, pega o dinheiro e vai bater uma ultra"... Aí, eu peguei e fui... E estava grávida... (Gestante 5)

Por vezes, a credibilidade das gestantes e seus familiares em relação ao estado da gestação se dá com maior ênfase em relação a este exame do que propriamente pelas orientações dos profissionais que realizam o acompanhamento pré-natal. Uma das entrevistadas, ao final da entrevista, assim declarou:

Por mim, eu nem fazia o pré-natal porque ia ser a mesma coisa todo mês... Você vai lá e faz a mesma coisa. (...) Tanto faz [fazer o acompanhamento pré-natal]... Desse jeito, tanto faz... Para mim, fazendo ou não... Para mim, não tem tanta importância não... (...) Eu vou lá e pago para fazer o ultrassom... Se eu pudesse, todo mês eu fazia ultrassom... (Gestante 4)

A fala anterior deixa bem claro como este recurso propedêutico, com funções bem estabelecidas no processo de cuidado à gestação, vem assumindo o papel de um bem de consumo que, mesmo quando não facilmente acessível, se coloca desejável e desejado.

O Protocolo Técnico de Pré-natal e Puerpério (BRASIL, 2006b) não inclui, em sua lista de procedimentos rotineiros para o acompanhamento do pré-natal de baixo risco, a ultrassonografia. Insere-a no rol dos exames possíveis de serem acrescentados à lista, onde houver disponibilidade. A justificativa baseia-se no fato da não existência, até o momento, de comprovação científica de que seu uso rotineiro tenha qualquer efetividade na redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna:

*As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. (...) Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos. **A não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal** (BRASIL, 2006b, p. 29). (grifo nosso).*

O Projeto Diretrizes AMB/CFM, que traz as Diretrizes Médicas baseadas nas evidências científicas disponíveis na atualidade, estabelece as recomendações gerais quanto à rotina ultrassonográfica e a avaliação da vitalidade fetal no pré-natal:

As melhores evidências científicas definem sua realização rotineira no 2º trimestre para determinação da idade gestacional e pesquisa de anomalias congênitas. A avaliação no 1º trimestre permite melhor acompanhamento da idade gestacional, detecção precoce de gestações gemelares e de fetos portadores de anomalias. A realização de exames rotineiros após a 24ª semana, em pacientes de baixo risco, não confere benefícios à mãe ou ao feto. Em relação ao diagnóstico do bem-estar fetal, um estudo realizado com mais de 15.000 pacientes de baixo risco não ofereceu subsídios para seu uso rotineiro (ALENCAR, 2001, p. 6 e 7).

De forma distinta, pode ocorrer a indicação específica do uso do exame ultrassonográfico orientada por suspeita clínica, para complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Nas gestações de alto risco, seu uso associado à dopplervelocimetria orienta a indicação de intervenções para a redução da morbimortalidade perinatal (BRASIL, 2006b).

No tocante à sua ampla utilização e aos efeitos adversos por ela causados, não há reconhecimento científico que desaprove o seu uso. Faz-se necessário, contudo, a regulamentação específica sobre a sua utilização, bem como uma maior discussão e esclarecimentos das usuárias sobre seu papel no acompanhamento da gravidez.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gestação e parto são experiências únicas no universo feminino, onde a mulher vivencia mudanças corporais, fisiológicas, psicológicas e emocionais. Na atenção pré-natal, a mulher necessita ser orientada e informada sobre estas modificações e os cuidados a serem tomados neste período, para que possa vivenciar a gestação e o parto de forma saudável e prazerosa, recebendo a assistência necessária ao desenvolvimento de um ciclo gravídico-puerperal tranquilo e de qualidade.

Este estudo constituiu-se de um recorte na atenção pré-natal, particularizando as percepções das gestantes acerca do cuidado recebido, do seu entendimento sobre este cuidado e de sua avaliação sobre os cuidadores e o serviço de saúde. Partiu-se da premissa de que as avaliações feitas através da perspectiva das usuárias devem ser valorizadas quando da reflexão sobre as práticas de saúde e o possível desenvolvimento de mudanças a partir desta.

De uma forma geral, as gestantes entrevistadas mostraram, a seu modo, ter conhecimento sobre a importância e o significado do acompanhamento pré-natal, ressaltando sua importância para a saúde da mãe e do bebê, embora algumas reconhecessem que a atenção recebida tenha deixado a desejar.

As questões relacionadas à educação em saúde para a gestante apresentam ainda dificuldades no seu estabelecimento nos serviços de pré-natal. Orientações sobre sinais de parto, amamentação, cuidado com as mamas e sobre o puerpério, preparam a mulher para ações de autocuidado e conhecimento efetivo do seu corpo e da sua fisiologia, promovendo a saúde e gerando autonomia.

Entretanto, o aspecto mais marcante nas entrevistas, deveu-se às queixas das mulheres sobre a falta de orientações específicas sobre o período gestacional, particularmente aquelas relacionadas aos cuidados com o próprio corpo, com os sintomas próprios da gestação, o preparo para o parto e os cuidados com o recém-nascido. Mesmo as gestantes com experiência prévia de gestação e parto, que supostamente teriam menos dúvidas, relataram que as informações recebidas foram insuficientes.

Ainda que esta avaliação não tenha sido o objetivo do estudo, pode-se captar, pelo relato das gestantes que, de uma forma geral, o protocolo de pré-natal estabelecido pelo Ministério da Saúde foi apenas parcialmente seguido pelos profissionais das unidades de saúde estudadas, no que tange ao oferecimento das consultas, exames e medicamentos. Já no que se refere às orientações e ações educativas, houve um consenso da falta e/ou precariedade destas atividades. As gestantes informavam não ter participado de atividades educativas específicas, referindo, inclusive, desconhecer a existência de palestras, grupos ou outras afins nas unidades onde faziam o acompanhamento da gestação, denotando uma ausência importante dessas ações no cuidado prestado. Se considerarmos que a maioria das grávidas fazia acompanhamento em Unidade da Estratégia de Saúde da Família, modelo assistencial que coloca este tipo de atividade como prioritária, essa ausência torna-se ainda mais significativa.

Outro aspecto denunciado pelas gestantes referiu-se ao tratamento recebido pelos profissionais, particularmente pelos médicos assistentes. Estes, apesar de promoverem um atendimento, em sua maior parte, dentro das normas técnicas estabelecidas para o pré-natal, mantiveram um distanciamento das gestantes, não contribuindo para o estabelecimento do vínculo com as usuárias, corroborando uma prática assistencial sem conversação e diálogo, remetendo-se a práticas puramente tecnicistas, com o estabelecimento de uma relação médico/paciente tradicional e hierarquizada. Isto ocorreu nas duas unidades de saúde, sendo mais evidente no atendimento oferecido pelo CMS, cujo modelo de atenção segue ainda a forma tradicional. Talvez este fato, sinalize que o caminho a ser percorrido na busca pelo atendimento humanizado e integral, apesar de longo, pareça estar na direção do que é preconizado, embora aparentemente nem sempre seguido, pela Estratégia de Saúde da Família.

A não formação de vínculo entre o médico e a gestante, associada à carência de ações educativas, contribuiu para a deficiência nas orientações, uma vez que, se estas não eram oferecidas fora da consulta clínica — poderiam acontecer mediante a participação em grupos educativos — restava este momento particular para o estabelecimento das orientações, retirada de dúvidas e outras abordagens inerentes ao período gestacional.

Em meio à carência de orientações, as gestantes denunciaram uma completa desvinculação entre o pré-natal e o parto, evidenciada pela falta de preparação para

este momento e, mais fortemente, pela ausência de referência para o nascimento, ficando a responsabilidade pela busca da maternidade aos cuidados da própria gestante. A Maternidade Municipal apresenta problemas de recursos humanos e questionamentos da população quanto à qualidade na assistência oferecida, que a colocam à margem do sistema, não sendo incluída, formalmente ou mesmo informalmente, como unidade de referência para o parto na região. Acresce a esta situação, a carência de leitos obstétricos na região metropolitana do Rio de Janeiro — que compreende o município de Mesquita, base da pesquisa — resultando, fatalmente, no fenômeno da peregrinação da gestante, referido por vários autores (GOMES, 2005, ROCHA, 2004; TANAKA, 2005), que contribui negativamente para o sucesso da atenção ao parto e ao recém-nascido.

Em relação aos elementos culturais potencialmente motivadores das ações das gestantes, pode-se identificar no estudo em tela, duas questões importantes: a primeira refere-se ao papel desempenhado pelas redes sociais em respeito às orientações e a preparação para o parto. Deficiências nas orientações recebidas no pré-natal, associadas às dificuldades no estabelecimento do acolhimento e vínculo com os profissionais, determinam um papel preponderante para as orientações recebidas nas redes sociais, mesmo quando estas encontram-se em desacordo com as orientações preconizadas pelo serviço de saúde. A segunda questão diz respeito a busca e realização do exame de ultrassonografia obstétrica de forma espontânea e voluntária pela gestante, em muitos casos, até excessiva. Seu uso, no imaginário dos usuários, encontra-se intimamente relacionado ao diagnóstico da gravidez. Várias gestantes relataram ter chegado à primeira consulta do pré-natal com o resultado do exame de ultrassom em mãos, tendo-o realizado por conta própria, inclusive, sem o pedido médico, o que configura um uso inadequado ou abusivo, já que as recomendações para a sua utilização, apesar de não contra-indicá-lo, aconselham o uso restrito à solicitação médica.

Na identificação de possíveis fatores a serem desenvolvidos no sentido de elevar a credibilidade das gestantes no cuidado pré-natal, pode-se identificar a busca por tratamento mais respeitoso e igualitário. Algumas gestantes relataram insatisfação com o tratamento recebido, que podemos identificar como falta de acolhimento, diálogo e escuta por parte do(s) profissional (ais) assistente(s). A gestante deseja o que lhe é de direito — ser tratada com respeito, carinho e dignidade. Não obstante o momento da gestação, que pressupõe maior

sensibilidade, como todo usuário, ela carece de um olhar especial, de uma atenção humanizada, resultante de um maior envolvimento com o serviço de saúde, que lhe trate como igual e não como mero receptor de uma ação. A gestante está disposta a construir, junto com os profissionais de saúde, o cuidado na sua gestação e no parto, sendo participante e não expectadora das ações implementadas.

Através dos relatos das usuárias sobre o acompanhamento pré-natal e preparação para o parto coletados neste trabalho, foram identificadas situações que denotam uma distância significativa entre o que é preconizado pela estratégia de pré-natal e puerpério e o que é efetivamente realizado nas unidades referidas. Esta situação sinaliza para dificuldades em se avançar na direção de um modelo assistencial voltado para o acolhimento e a humanização da assistência, indicando ainda um longo caminho a ser percorrido nesse sentido.

Deve-se considerar que as ações de saúde, quer sejam em programas, estratégias ou fora delas, para serem verdadeiramente cuidadoras e inovadoras, necessitam valorizar o processo relacional entre os sujeitos, já que este processo é o núcleo do ato de cuidar, peça fundamental para o seu desenvolvimento. Para o efetivo estabelecimento de um modelo assistencial centrado nas necessidades dos usuários, é preciso dar voz e vez a estes atores, garantindo um relacionamento interpessoal aberto às colocações das suas necessidades reais e a implementação de outras possíveis estratégias de ação.

As gestantes, em sua maioria, informaram ainda, que procuravam a unidade de saúde motivadas pela gravidez, não tendo o hábito de frequentá-la para atividades preventivas e de educação em saúde. Isso nos faz refletir sobre o modelo assistencial vigente, o qual, ainda que apresente propostas de modificação, como aquelas presentes no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, encontra-se centrado na doença, na maior parte do tempo e não nas práticas de prevenção e promoção à saúde.

Conhecer o pensamento das gestantes a respeito do pré-natal e sobre a atenção dispensada a elas, praticar o acolhimento, criar vínculos e oferecer-lhes acesso às informações e ações necessárias ao pleno acompanhamento da gestação, configuram o resultado das inferências e conclusões deste trabalho de pesquisa, a partir do que foi percebido e sinalizado pelas entrevistadas como questões fundamentais para a plena efetividade da atenção pré-natal.

Esta pesquisa revelou elementos que se oferecem e podem ser reconhecíveis em realidades similares e/ou no cuidado de indivíduos que, embora diferentes, são semelhantes por “serem humanos”, podendo contribuir para o pensamento e a prática do cuidado integral. É possível extrair desta pesquisa subsídios capazes de contribuir para o aperfeiçoamento das práticas de saúde neste tipo de atenção, bem como com questões inerentes à própria formação profissional e educação para a saúde, apontando a necessidade de desenvolvimento de estudos posteriores que permitam aprofundar as questões sobre a forma de atuação dos profissionais na rede pública de saúde brasileira, mormente nos espaços da atenção básica à saúde. Isso é condição para que se possa qualificar as práticas dos sujeitos nesses espaços de atuação, contribuindo para modificar efetivamente os modelos de atenção, tornando-os mais centrados nas expectativas e necessidades dos pacientes, mais afinados com suas demandas e, dessa forma, mais resolutivos e de melhor qualidade.

REFERÊNCIAS

ALENCAR JR., C. A. Assistência pré-natal. In: ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. **Projeto Diretrizes**. São Paulo 2001. Disponível em: <www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/081.pdf>. Acesso em: 09 mar 2010.

AGUIAR, A. C. S.; MOURA, E. R. F. Percepção do usuário sobre a atuação da equipe de saúde da família de um distrito de Caucaia-CE. **Rev. Bras. Promoção Saúde**, v. 17, n. 4, p. 163-169, 2004.

ALBUQUERQUE, O. M. R.; ABEGG, C.; RODRIGUES, C. S. Percepção de gestantes do Programa de Saúde da Família em relação a barreiras no atendimento odontológico em Pernambuco, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 20, n. 3, p. 786-796, 2004.

ALMEIDA, C. A. L.; TANAKA, O. Y. Perspectiva das mulheres na avaliação do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento. **Rev. Saúde Pública**, v. 43, n. 1, p. 98-104, 2009.

AQUINO, R.; BARRETO, M. L. Programa Saúde da Família: acerca da adequação do uso do seu indicador de cobertura. **Cad. Saúde Pública**, v. 24, n. 4, p. 905-914, 2008.

BACKES, D. S.; KOERICH, M. S.; RODRIGUES, A. C. R. L.; DRAGO, L. C.; KLOCK, P.; ERDMANN, A. L. O que os usuários pensam e falam do Sistema Único de Saúde?: uma análise dos significados à luz da carta dos direitos dos usuários. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 14, n. 3, p. 903-910, 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2008. 288p.

BEZERRA, M. P. **Percepção da gestante sobre a integralidade da atenção pré-natal**. 2008. 101f. Dissertação (Mestrado) - Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2008.

BRASIL. Lei nº. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, sua organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 20 de setembro de 1990, p. 18055.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência Integral à Saúde da Mulher**: bases de ação programática. Brasília, DF: Ministério da Saúde/Centro de Documentação, 1984.

_____. _____. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan**: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília, 2004a. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). 120 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 569, de 01 de junho de 2000. Institui o Programa de Humanização no Pré-Natal e do Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 08 jun. 2000, Seção 1, p. 4.

_____. Secretaria de Assistência à Saúde. **Manual para a organização da atenção básica**. Brasília, DF, 1999.

_____. _____. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**. Brasília, DF, 1997.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial**. Brasília, 2004b.

_____. _____. _____. **Manual técnico da área técnica de saúde da mulher: pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Brasília, DF, 2005. 158p.

_____. _____. _____. **Manual técnico da área técnica de saúde da mulher: pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada**. 3. ed. Brasília, DF, 2006b. 163p.

_____. _____. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF, 2006a.

_____. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2007: uma análise da situação de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007. 641p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas: o caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C. O. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994. p. 29-87.

_____. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 229-266.

CARVALHO, V. C. P.; ARAÚJO, T. V. B. Adequação da assistência pré-natal em gestantes atendidas em dois hospitais de referência para gravidez de alto risco do Sistema Único de Saúde, na cidade de Recife. **Rev. Bras. Saud. Mater. Infant.**, v. 7, n. 3, p. 309-317, 2007.

CHALMERS, B.; MANGIATERRA, V.; PORTER, R. Principles of perinatal care: the essential antenatal, perinatal and postpartum care course. **WHO Birth**, v. 28, n. 3, p. 202-207, 2001.

CHAZAN, L. K. **“Meio quilo de gente!” - produção do prazer de ver e construção da pessoa fetal mediada pela ultra-sonografia**: um estudo etnográfico em clínicas de imagem na cidade do Rio de Janeiro. 2005. 2v. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

CHIESA, A. M.; VERÍSSIMO, M. de la O’R. A educação em saúde na prática do PSF. In: MANUAL de enfermagem. São Paulo: Instituto para o Desenvolvimento da Saúde, 2001. p 34-37.

COHN, A. et al. **A saúde como direito e como serviço**. São Paulo: Cortez: CEDEC, 1991.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). Decreto nº. 94.406/87. Dispõe sobre a regulamentação da Lei Nº. 7.498/86. Disponível em: <www.portalcofen.gov.br>. Acesso em: 04 fev. 2010.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE (Brasil). Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 16 out. 1996, Seção 1, p. 21082.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE (Brasil). **Atenção primária e promoção da saúde**. Brasília, DF, 2007.

COSTA, A. M.; GUILHEM, D.; WALTER, M. I. M. T. Atendimento a gestantes no Sistema Único de Saúde. **Rev. Saúde Públ.**, São Paulo, v. 39, n. 5, p. 768-774, 2005.

COUTINHO, T. **Evolução da adequação da assistência pré-natal prestada às usuárias do Sistema Único de Saúde em Juiz de Fora – MG**: análise do processo. 2006. 249p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

CRACO, P. F. **Ação comunicativa no cuidado à saúde da família**: encontros e desencontros entre profissionais de saúde e usuários. 2006. 308f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2006.

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.**, v. 17, n. 2, p. 132-139, 2008.

DURÃES-PEREIRA, M. B. B. B.; NOVO, N. F.; ARMOND, J. E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 465-476, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Assistência pré-natal**: manual de orientação. Rio de Janeiro, 2000.

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

GAMA, S. G. N.; SZWARCOWALD, C. L.; SABROZA, A. R.; BRANCO, V. C.; LEAL, M. C. Fatores associados à assistência pré-natal precária em uma amostra de puérperas adolescentes em maternidades do Município do Rio de Janeiro, 1999-2000. **Cad. Saúde Pública.**, v. 20, supl. 1, p. S101-S111, 2004.

GOMES, M. A. S. M. **Aspectos da qualidade no atendimento à gestação e ao parto através da percepção das mulheres usuárias**. 1995. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1995.

GOMES, R. Análise e interpretação de dados de pesquisa qualitativa. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

GONÇALVES, R.; URASAKI, M. B. M.; MERIGHI, M. A. B.; D'AVILA, C. G. Avaliação da efetividade da assistência pré-natal de uma Unidade de Saúde da Família em um município da Grande São Paulo. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 3, p. 349-353, 2008.

HARZHEIM, E. **Ciclo de debates sobre redes regionalizadas de atenção à saúde: desafios do SUS**. Brasília, DF, 2009. (Texto Referência - Atenção primária na saúde)

HOTIMSKY, S. N.; HATTNER, D.; VENANCIO, S. I.; BOGUS, C. M.; MIRANDA, M. M. O parto como eu vejo... ou como eu desejo?: expectativas de gestantes usuárias do SUS, acerca do parto e da assistência obstétrica. **Cad. Saúde Pública**, v. 18, n. 5, p. 1303-1311, set/out. 2002.

LANDERDAHL, M. C.; CABRAL, F. B.; RESSEL, L. B.; GONÇALVES, M. O.; MARTINS, F. B. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. **R. Enferm.**, v. 11, n. 1, p. 105-111, 2007.

LIMA, C.T. B.; FELICIANO, K. V. O.; CARVALHO, M. F. S.; SOUZA, A. P. P.; MENABÓ, J. B. C.; RAMOS, L. S. et al. Percepções e práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, v. 4, n. 1, p. 71-83, 2004.

MATTOS, R. A. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2001. p. 39-63.

MERHY, E. E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde: a informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 2007. p. 113-150.

MINAYO, M. C. S. Trabalho de campo: contexto de observação, interação e descoberta. In: DESLANDES, S. F.; GOMES, R.; MINAYO, M. C. S. (Org.). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 27. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008. p. 61-77.

NEME, B. Assistência pré-natal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo. Sarvier, 1994. p. 106-16.

OGNIBENI, L. C. R. **Avaliação da assistência pré-natal, com ênfase nos processos de orientação às mulheres**: o ponto de vista das puérperas. 2009. 55f. Dissertação (Mestrado) - Instituto de Medicina Social, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2009.

PARADA, C. M. G. L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região do interior do estado de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 8, n. 1, p. 113-124, 2008.

PEDRUZZI, M.; DALMASO, A. S. W.; RODRIGUES, L. A. J. Avaliação do desempenho qualitativa e processual de uma experiência em Unidade Básica de Saúde. **Saúde Debate**, v. 63, n. 27, p. 52-62, 2003.

PICCININI, C. A.; GOMES, A. G.; MOREIRA, L. E.; LOPES, R. S. Expectativas e sentimentos da gestante em relação ao seu bebê. **Psicol. Teor. Pesqui.**, v. 20, n. 3, p. 223-232, 2004.

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

_____.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS: ABRASCO, 2004. p. 21-36.

_____.; LUZ, M. T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e prática em saúde**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ; 2003. p. 7-34.

RIBEIRO, J. M.; COSTA, N. R.; PINTO, L. F. S.; SILVA, P. L. B. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo. **Cad. Saúde Pública**, v. 2, n. 20, p. 534-545, 2004.

ROCHA, F. A. F. **Trajetória das gestantes e parturientes pelo Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro**. 2004. 140f. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro 2004.

SCHWARCZ, R et al. **Saúde reprodutiva materna perinatal: atenção pré-natal e do parto de baixo risco**. Montevideo: Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano, 1996. (Publicação científica, n. 1321-03).

SERAPIONI, M. Avaliação da qualidade em saúde: a contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde. **Saúde em Debate**, v. 23, n. 53, p. 81-92, 1999.

SERRUYA, S. J. **A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil**. 2003. 148p. Tese (Doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas, Campinas; 2003,

_____. 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**, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004a.

_____. LAGO, T. G.; CECATTI, J. G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento. **Rev. Bras. Saúde Mater. Infant.**, v. 4, n. 3, p. 269-79, 2004b.

SCHIMITH, M. D.; LIMA, M. A. D. S. Acolhimento e vínculo em uma equipe do Programa de Saúde da Família. **Cad Saúde Pública**, v. 20, n. 6, p. 1487-1494, 2004.

SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (Brasil). Departamento de Informática. **Pacto pela saúde – SISPACTO**: relatórios. Disponível em: <www.saude.gov.br/sispacto>. Acesso em: 23 jun. 2009a.

_____. **População Residente – Rio de Janeiro**. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?ibge/cnv/popRJ.def>> Acesso em: 09 set. 2009b.

_____. **Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC**. Disponível em: <www.datasus.gov.br>. Acesso em: 05 mar. 2010a.

_____. **Trajetória 1991-2002**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. 62p.

STARFIELD, B. **Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia**. Brasília, DF: UNESCO: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Is primary care essencial? **Lancet**, v. 344, n. 8930, p. 1129-1133, 1994.

TANAKA, A. C. A. **Maternidade**: dilema entre nascimento e morte. São Paulo: HUCITEC: ABRASCO, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health report 2008**: primary health care - Now more than ever. Geneva, 2008.

ANEXO A - Declaração de Aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa do IMS/UERJ



UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Instituto de Medicina Social
Rua São Francisco Xavier, 524 / 7º andar / Bloco D - Maracanã
CEP: 20550.900 - Rio de Janeiro - BRASIL
TEL: 55-021-2334-0504 ramal 108
FAX: 55-021-2334-2152

IMS INSTITUTO
DE MEDICINA
SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaramos que o protocolo do projeto de pesquisa “Fatores intervenientes na credibilidade das gestantes quanto às estratégias de cuidado propostas pelo pré-natal” (CAAE – 4414.0.000259-09), coordenado por Felisbela Antonia da Costa, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social da UERJ, em reunião realizada no dia 21/10/2009.

Rio de Janeiro, 05 de novembro de 2009

MARIA HELENÁ COSTA-COUTO
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa
Instituto de Medicina Social

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevistas

Unidade de Saúde: _____

Data da entrevista: _____

1 - Identificação

Nome: _____ (iniciais)

Idade: _____

Estado civil: () casada () solteira () outro _____

Com quem mora atualmente? _____

Escolaridade:

() Analfabeta

() Ensino fundamental incompleto () Ensino fundamental completo

() Ensino médio incompleto () Ensino médio completo

() Ensino superior incompleto () Ensino superior completo

Ocupação: : _____

Renda Familiar: () sem renda () até 1 salário () 2 a 4 salários () > 5 salários

2 – História Reprodutiva

Idade da menarca: _____

Quantas gestações prévias? _____ Quantos partos? _____ Abortos? _____

Número de filhos vivos: _____ Idade das crianças: _____

Nas gravidezes anteriores, fez pré-natal? _____ Se não, por que? _____

Idade Gestacional na atualidade: _____

Idade Gestacional no início do pré-natal _____ (verificar no cartão da Gestante)

Você já teve alguma doença considerada grave, durante ou fora da gravidez? Qual (is) :

Você procurou o serviço de saúde para a realização do pré-natal por:

() encaminhamento do agente de saúde () interesse próprio

() indicação da família () indicação de profissional

() outro: _____

3.- Conhecimento sobre a assistência pré-natal

Questão norteadora:

Como a gestante percebe a assistência pré-natal?

No seu entendimento, qual a finalidade do cuidado pré-natal? Por que as mulheres grávidas necessitam freqüentá-lo?

Entre o diagnóstico/conhecimento da gravidez e o início do pré-natal, quanto tempo decorreu?

Você teve dificuldades em iniciar o pré-natal? Quais?

Você conhece outras práticas de acompanhamento pré-natal diferentes da oferecida pelos serviços de saúde públicos? Caso positivo, já teve alguma experiência que possa nos relatar?

Como você avalia seu pré-natal?

4.- Credibilidade nos profissionais e na assistência oferecida

Questão norteadora:

Como a gestante percebe a assistência prestada pelos profissionais no Pré-natal?

Você já freqüentava esta unidade de saúde antes de iniciar o pré-natal? Por que?

Você faz pré-natal em mais algum lugar? Onde? Por que motivo?

Quantas consultas de pré-natal você já fez nesta gestação?

Como são as consultas de pré-natal aqui na Unidade? O que é feito?

Quem já lhe atendeu no pré-natal? (importante a categoria profissional)

Você participa de alguma outra atividade para as gestantes diferente das consultas (grupo de gestante, etc)? Quais?

Quais são os procedimentos realizados durante as consultas?

As consultas são marcadas com antecedência? Acontecem na hora marcada? Já teve alguma consulta marcada que não foi realizada? Por que?

Na sua primeira consulta foram solicitados exames? O que o médico/enfermeiro lhe disse sobre eles?

Depois disso, você voltou a fazer novos exames? O que foi lhe informado sobre eles?

Você recebeu a prescrição de algum medicamento? Quais (registrar por categoria terapêutica)? O que lhe foi dito sobre eles?

Como você obteve estes medicamentos?

Você chegou a usá-lo? Como? Se não chegou a usar, por que?

Você recebeu alguma vacina durante a gravidez? Qual (para o que?)

Que orientações você recebeu durante este pré-natal?

Você recebeu orientações sobre sinais de parto? Quais? Por quem?

Você recebeu orientações sobre a amamentação e preparação das mamas? Quais?
Por quem?

Você recebeu orientações sobre o parto? Quais? Por quem?

Você recebeu orientações sobre o que deve fazer após o parto? Quais foram dadas
em relação a você? E em relação ao seu filho?

Você conversou sobre o tipo de parto com seu médico?

Você sabe em que hospital vai fazer o parto?

Você tem dúvidas sobre algo relacionado à gestação, ao parto e ao bebê? Como faz para
resolvê-las?

Você tem abertura/ se sente à vontade para tirar suas dúvidas com seus cuidadores?

E eles esclarecem todas as suas dúvidas?

Você se sente bem atendida aqui?

Você se sente atendida com respeito?

Os profissionais lhe passam confiança?

Existe algum motivo ou orientação externa que leve você a agir diferente do que é orientado
pelos profissionais de saúde (não fazer exames recomendados, tomar chás ou outras
medicações, não freqüentar as consultas, etc.)?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
 Instituto de Medicina Social
 Universidade do Estado do Rio de Janeiro

Eu, _____, R.G: _____,

declaro, por meio deste termo, que concordei em ser **entrevistado(a)** na pesquisa de campo referente a dissertação intitulada “FATORES INTERVENIENTES NA CREDIBILIDADE DAS GESTANTES QUANTO ÀS ESTRATÉGIAS PROPOSTAS PELO PRÉ-NATAL” desenvolvida no Instituto de Medicina Social (IMS) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) pela pesquisadora Felisbela Antonia da Costa e orientada pela professora Rosângela Caetano.

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

Recebi por parte do pesquisador responsável, a garantia de anonimato, de total sigilo quanto às informações prestadas e de que poderei retirar o consentimento à qualquer momento que desejar. Em caso de dúvida, poderei contactar o pesquisador responsável, pelo telefone 2796 5699 / 8756 5212, ou seu orientador, ou ainda, o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Medicina Social situado à Rua São Francisco Xavier, 524, Pavilhão João Lyra Filho, 7º andar, Blocos D e E, CEP 20559-900, Maracanã, Rio de Janeiro (RJ), telefones (21) 2587 7303 / 7540 / 7422 / 7572 e fax (21) 2264 1142.

O pesquisador principal do estudo me ofertou uma cópia assinada do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme recomendações da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP).

Mesquita, ____ de _____ de 2009.

Assinatura do (a) entrevistado (a):

Assinatura do (a) pesquisador (a):
