

UFF - UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
CES - CENTRO DE ESTUDOS SOCIAIS APLICADOS
ESS - ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
PROGRAMA DE ESTUDOS PÓS-GRADUADOS EM POLÍTICA SOCIAL

SUZANA LOPES DE LIMA

**ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: um olhar para a atenção básica
em saúde da família no município de Itaboraí – RJ**

Niterói
Fevereiro/2011

SUZANA LOPES DE LIMA

**ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: um olhar para a atenção básica
em saúde da família no município de Itaboraí – RJ**

Dissertação apresentada ao Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense, como requisito para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna

Niterói
Fevereiro/2011

SUZANA LOPES DE LIMA

**ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: um olhar para a atenção básica
em saúde da família no município de Itaboraí – RJ**

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a Dr.^a MÔNICA DE CASTRO MAIA SENNA. (ORIENT.)

Prof.^a Dr.^a LENAURA LOBATO DE VASCONCELOS.

Prof.^a Dr.^a LUCIANA PATRÍCIA ZUCCO

Niterói
Fevereiro/2011

“E disse-me: A minha graça te basta, porque o meu poder se aperfeiçoa na fraqueza. De boa vontade, pois, me gloriarei nas minhas fraquezas, para que em mim habite o poder de Cristo. Por isso sinto prazer nas fraquezas, nas injúrias, nas necessidades, nas perseguições, nas angústias por amor de Cristo. Porque, quando estou fraco, então, sou forte” (2ª Coríntios 12, versículos 9 e 10. Bíblia Sagrada. Almeida Corrigida e Revisada Fiel. Versão on-line, acesso em 08/02/2011).

AGRADECIMENTOS

Acima de tudo e de todos agradeço ao meu Deus, pai e meu melhor amigo: Jesus Cristo. Obrigada por me permitir experimentar a tua graça, o teu favor imerecido.

A toda a minha família pelo apoio incondicional. Em especial ao meu pai Sidnei (por acreditar na realização deste trabalho) e a minha mãe Maria de Lourdes (por me consolar e enxugar as minhas lágrimas).

Ao meu namorado Gleyson que sonha os meus sonhos.

Aos líderes e amigos da Igreja Metodista Wesleyana de Itaboraí que sei que sempre posso contar.

Aos colegas e amigos que fiz no Mestrado, especialmente a Fátima, Suyane, Verônica, Ivonete, Fernanda e Barbara que fizeram com que esta caminhada fosse mais leve e prazerosa.

Aos professores Adilson Vaz Cabral, Nívea Valença e Lenaura Lobato por acreditaram em mim. Em especial a professora Mônica Senna pela compreensão e apoio na realização deste trabalho.

Ao gestor e a todos os profissionais e usuárias que colaboraram para a realização desta pesquisa.

RESUMO

O foco do estudo está na Política Nacional de Humanização (PNH), entendida não só como um modelo de teoria e ação médica ou simples processo de dinamização dos serviços de atenção básica prestados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas como um instrumento fundamental à integralidade para impulsionar a democratização ao direito à saúde e a promoção da cultura de solidariedade nos serviços de saúde. Interessa-nos examinar mais especificamente o processo de implantação do dispositivo do Acolhimento no âmbito da Atenção Básica ao pré-natal sob duas categorias de análise: acesso e produção da linha de cuidado entre profissionais e usuárias. Para isso, tomamos a experiência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) como lócus da análise. A metodologia envolveu a realização de um estudo de caso, com enfoque qualitativo. A coleta de dados se deu por meio de pesquisa bibliográfica, análise de documentos institucionais (incluindo: diários de campo do período de estágio e o Trabalho de Conclusão de Curso - TCC) e entrevistas semi-estruturadas. A análise dos resultados quanto à dimensão do acesso revelou que, apesar de as equipes realizarem busca ativa, a capacitação precoce tem se constituído como um desafio à integralidade para a equipe, notadamente frente à atenção das gestantes solteiras e menores de idade. Sobre a reorganização e desburocratização do processo de trabalho nas ações observamos que esses aspectos tem se mostrado passíveis de mudança efetivas com a utilização da diretriz do Acolhimento, uma vez que esta proporcionou um novo fluxo do acesso das gestantes na USF. Entretanto, percebemos que esta mesma transformação não tem se efetivado da mesma forma para outros serviços e grupos populacionais, nem mesmo os considerados de risco como diabéticos, hipertensos, etc. Quanto a perspectiva da produção da linha do cuidado percebemos que, o acesso a outras tecnologias de saúde também ocorre com maior facilidade para as gestantes. Contudo, na realização dos procedimentos fora da USF, a assistência à saúde da gestante ainda se configura como um quadro crítico que impede a total integralidade das ações. Estes dados aparecem relacionados principalmente aos procedimentos da ultra-sonografia e do parto no Hospital Municipal, sobre os quais se evidenciaram falas de precarização dos serviços e desumanização dos profissionais. Nesse sentido, um fator a se considerar se coloca na própria relação profissionais/usuárias quanto à responsabilização e à construção de vínculos, na qual apreendemos diferentes percepções entre o atendimento médico e da enfermagem. Tendo a integralidade como parâmetro de análise do acolhimento na atenção ao pré-natal nas dimensões abordadas, este estudo apontou que apesar dos avanços obtidos na implantação da política, ainda existe longo caminho a se percorrer até que a oferta de ações e serviços de saúde seja realmente compatível com as previstas constitucionalmente, de modo a suprir a todas as necessidades de saúde das usuárias, expressas através da garantia dos direitos reprodutivos.

Palavras-Chave: Integralidade, Humanização, Acolhimento, Saúde da Mulher, Pré-Natal.

ABSTRACT

The study's focus is on the National Policy of Humanization (PNH), understood not only as a model of medical theory and action or simple process of revitalization of primary care services provided by the Family Health Strategy (FHS), but as an instrument fundamental to the whole to boost the democratization of the right to health and promoting a culture of solidarity in health services. We are interested in examining more specifically the process of implantation of the device reception in Primary Care to antenatal under two categories of analysis: access and production lines of care between professionals and users. For this, we will take the experience of a Family Health Unit (USF) as a locus of analysis. The methodology involved the holding of a case study with qualitative approach. Data collection took place by means of literature, analysis of institutional documents (including field diaries of the probationary period and the End of Course Work) and semi-structured interviews. The results regarding the extent of access revealed that although the teams conduct active searches, early training has been constituted as a challenge to the entire staff, especially front to the attention of unmarried pregnant women and minors. About the reorganization and streamlining of work process in the actions we observe that these aspects have been shown subject to change effective with the use of guidelines of Shelter, since this provided a new stream of access by women to USF. However, we realize that this same transformation has not effected the same way for other services and groups, even those considered at risk such as diabetics, hypertensives, etc.. As the prospect of the production line of care we realize that access to other health technologies also occurs more readily for pregnant women. However, in carrying out the procedures of the USF, the health care of pregnant women still emerges as a critical framework that prevents the full integration of actions. These findings appear related primarily to the procedures of ultrasound and delivery at the Municipal Hospital, on which the statements showed the precariousness of the services of professionals and dehumanization. In this sense, one factor to consider is placed in proper relation professionals / users for accountability and building links, which apprehend different perceptions among medical and nursing. Having the full analysis as a parameter in the host to prenatal care in the dimensions addressed in this study noted that despite progress made in implementing the policy, there is still long way to go until the stock offering and health services is really compatible with the constitutionally provided for, in order to meet all the health needs of users, expressed through the guarantee of reproductive rights.

Keywords: Completeness, Humanization, Reception, Women's Health, antenatal.

SUMÁRIO

RESUMO

ABSTRACT

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS, p. 9

LISTA DE ILUSTRAÇÕES, p. 11

INTRODUÇÃO, p. 12

CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH), p. 17

1.1 OS ANTECEDENTES HISTÓRICO-CONCEITUAIS DA PNH, p. 17

1.2 CARACTERÍSTICAS DA PNH, p. 27

1.3 O ACOLHIMENTO, p. 31

1.4 ACOLHIMENTO: as faces da integralidade em debate, p. 34

CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, p. 37

2.1 O MOVIMENTO DE MULHERES, p. 37

2.2 MULHERES E SAÚDE: A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS, p. 45

2.3 A NECESSÁRIA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E O PRÉ-NATAL, p. 52

CAPÍTULO 3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS, p. 59

3.1 TIPO DE PESQUISA, p. 59

3.2 LÓCUS DA PESQUISA, p. 61

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA, p. 67

3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS, p. 69

3.5 BENEFÍCIOS ESPERADOS E RISCOS POTENCIAIS, p. 70

3.6 O TRABALHO DE CAMPO, p. 71

3.7 O TRATAMENTO DO MATERIAL, p. 73

CAPÍTULO 4 – O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ: principais resultados, p. 75

4.1 BREVE HISTÓRICO DA PNH EM ITABORAÍ, p. 75

4.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E O PRÉ-NATAL, p. 79

4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL NAS USF, p. 82

4.4 ACESSO INTEGRAL, p. 84

4.4.1 CAPTAÇÃO PRECOCE DA GESTAÇÃO, p. 84

4.4.2 REORGANIZAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO DO PROCESSO DETRABALHO, p. 87

4.5 PRODUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO INTEGRAL: projeto terapêutico clínico e construção de vínculos na atenção ao pré-natal, p. 93

4.5.1 PROJETO TERAPÊUTICO DA GESTANTE E CONTINUIDADE DO CUIDADO, p. 93

4.5.2 RELAÇÃO PROFISSIONAIS USUÁRIOS: responsabilização e construção de vínculos na atenção ao pré-natal, p. 100

CONSIDERAÇÕES FINAIS, p. 107

BIBLIOGRAFIA, p. 111

APÊNDICES, p. 119

ANEXOS, p. 126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS Agente Comunitário de Saúde

AIDS Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CEP Comitê de Ética e Pesquisa

CES Centro de Estudos Sociais Aplicados

COMPERJ Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro

CONLESTE Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento do Leste Fluminense

DATASUS Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

DST Doenças Sexualmente Transmissíveis

EP Entrevista com Profissional

EU Entrevista com Usuária

ESS Escola de Serviço Social

ESF Estratégia Saúde da Família

HIV Vírus da Imunodeficiência Adquirida

HUAP Hospital Universitário Antônio Pedro

IBGE Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MDM Metas de Desenvolvimento do Milênio

MEC Ministério da Educação

MS Ministério da Saúde

ODM Objetivo de Desenvolvimento do Milênio

OMS Organização Mundial da Saúde

ONU Organização das Nações Unidas

OPAS Organização Pan-Americana da Saúde

PAISM Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PHPN Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PNHAH Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar

PNH Política Nacional de Humanização

PSF Programa de Saúde da Família

RIPSA Rede Interagencial de Informações para a Saúde

RMM Razão de Mortalidade Materna

SMS Secretaria Municipal de Saúde

SIAB Sistema de Informação da Atenção Básica

SIH-SUS Sistema de Informação Ambulatorial do SUS

SINASC Sistema de Informações de Nascidos Vivos

SISPRENATAL Sistema de informações do PHPN

SUS Sistema Único de Saúde

TCC Trabalho de Conclusão de Curso

TCLE Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UBS Unidade Básica de Saúde

UN-HABITAT Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos

UNFPA Fundo das Nações Unidas para a População

UNICAMP Universidade Estadual de Campinas

UNICEF Fundo das Nações Unidas para a Infância

UFF Universidade Federal Fluminense

UPA Unidade de Pronto-Atendimento

USF Unidade de Saúde da Família

WHO World Health Organization

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

FIGURA 1 - Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos) ajustada* e meta a se atingida (Meta 5). Brasil, 1990 a 2007

FIGURA 2 - Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990, 2000 e 2007

FIGURA 3 - Taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Comparação entre Itaboraí, municípios do CONLESTE e estado do Rio de Janeiro. Brasil, 2000-2006

FIGURA 4 - Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – Itaboraí, 2008

FIGURA 5 - Taxa de mortalidade materna (a cada 100 mil nascidos vivos) – Itaboraí, 1997- 2008

QUADRO 1 - Rede ambulatorial de Itaboraí (RJ), segundo tipo de unidade. Julho de 2003

QUADRO 2 - Produção ambulatorial do SUS, Itaboraí (RJ), 2006

QUADRO 3 - Caracterização dos participantes no estudo - usuárias

QUADRO 4 - Caracterização dos participantes no estudo – profissionais

TABELA 1 - Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos no Brasil e na Região Sudeste, 2000-2006

INTRODUÇÃO

Esta dissertação tem por objetivo analisar, através da percepção de usuárias e profissionais de atenção básica, as potencialidades e os limites da implantação do dispositivo do Acolhimento na assistência ao pré-natal frente ao estabelecimento do acesso e produção da linha de cuidado. Entende-se o Acolhimento como um dispositivo da Política Nacional de Humanização (PNH) capaz de operacionalizar o princípio da atenção integral em saúde.

O foco do estudo está na PNH, entendida não só como um modelo teórico e ação médica ou simples processo de dinamização dos serviços de atenção básica prestados pela Estratégia de Saúde da Família (ESF), mas como um instrumento fundamental para impulsionar a democratização ao direito à saúde e a promoção da cultura de solidariedade nos serviços de saúde. Buscou-se examinar as referências da introdução do acolhimento na atenção ao pré-natal, especialmente no que se refere ao estabelecimento do acesso e à produção da linha do cuidado.

O interesse pelo tema surgiu ainda durante a graduação em Serviço Social, mais especificamente a partir das experiências de estágio no Hospital Universitário Antonio Pedro¹ (HUAP) e na Secretaria Municipal de Saúde (SMS) de Itaboraí, nos anos de 2007-2008.

Durante o período de estágio na Emergência do HUAP, participei de um estudo de demanda, buscando identificar a procedência dos usuários do serviço

¹ Dentro da hierarquização do SUS o Hospital Universitário Antônio Pedro (vinculado à Universidade Federal Fluminense) é considerado como hospital de nível terciário, quaternário. Sua área de abrangência atinge a vários municípios vizinhos, principalmente os pertencentes à Região Metropolitana II, composta por Niterói, São Gonçalo, Itaboraí, Tanguá, Silva Jardim, Marica e Rio Bonito esta área de abrangência compreende aproximadamente dois milhões de habitantes. Possui um perfil assistencial formalizado em média e alta complexidade, englobando também atenção primária e secundária nos casos não absorvidos pela rede básica.

com vistas a pactuar a rede de assistência local e, assim, consolidar o acesso ao sistema de saúde e desafogar a emergência².

Através deste estudo, foi possível observar que quando a Estratégia de Saúde da Família (ESF) e a PNH estavam em processo de implantação na atenção básica dos municípios o processo de pactuação de redes se desenvolvia melhor e as taxas de demanda espontânea diminuía consideravelmente, como foi o caso do município de Itaboraí.

Diante destes dados e como moradora/usuária dos serviços de saúde do referido município, decidi focar a minha análise nesta realidade, a fim de conhecer melhor os limites e as potencialidades destas políticas no município, através da realização de estágio acadêmico na SMS do município.

Assim, na SMS de Itaboraí, atuando principalmente junto ao programa de Saúde da Mulher, pude observar que se estabeleciam significativas mudanças quanto ao processo de acolhimento das usuárias gestantes ou puérperas aos serviços de parto e/ou planejamento familiar, em geral no âmbito da Estratégia de Saúde da Família (ESF), então uma das prioridades da gestão local da saúde.

Desta forma, a fim de melhor compreender os efeitos da relação entre a ESF e a PNH, caminhamos na elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso (Lima, 2008) no qual buscamos apreender as impressões da implantação da PNH na Atenção Básica do município de Itaboraí através de entrevistas com gestores, trabalhadores e usuários.

No TCC, percebemos que o sucesso desta iniciativa no município se deu, em grande parte, pelo forte comprometimento da gestão municipal daquele período que, segundo os entrevistados, havia “investido muito” (através da realização de capacitações e supervisões) para que esta política fosse implementada.

A mudança no processo de trabalho também se refletiu nas falas de grande parte dos usuários e dos profissionais entrevistados que antes avaliavam os serviços e os atendimentos como ruins e péssimos e agora o definiam como ótimo ou bom. Este dado evidencia uma das profundas mudanças ocorridas com a implantação do Acolhimento, já que pudemos observar um comprometimento maior das equipes com esta proposta e com a comunidade, sobretudo pela compreensão (mesmo com

² Projeto Acolher (2005) – resultados apresentados na 30ª Semana Científica da Faculdade de Medicina da UFF de 2007, com o tema: Construção de Redes Através do Acolhimento do HUAP em 2007, sob orientação da assistente social Maria de Fátima Muniz Vidal.

limites) das questões embutidas dentro do processo saúde-doença e através da maior realização de grupos, trabalhos de promoção de saúde e fóruns com a comunidade.

Percebemos que a estratégia de reorganização do processo de trabalho através do dispositivo do Acolhimento possibilitou o aproveitamento das possibilidades de se trabalhar com a idéia de se produzir o cuidado nas práticas de saúde. Ao analisar as falas de profissionais e usuários dos entrevistados para a elaboração do TCC, pudemos observar que o processo de Humanização dos serviços tem alcançado bons resultados e possibilitado o acesso dos usuários aos serviços de saúde.

Assim, identificamos que a proposta do Acolhimento na Atenção Básica se mostrou como um mecanismo possível para a viabilização do acesso de pessoas com complexas necessidades sociais às ações e serviços de saúde de que necessitam. No entanto, quando da elaboração do TCC eles se revelaram como uma porta de entrada estreita, merecendo ser avaliado com olhar mais crítico, que adote como ponto de partida as situações que particularizam os indivíduos demandatários de suas ações e a representação que esses atores têm do contexto no qual estão inseridos, bem como as diferentes lógicas que norteiam as ações dos sujeitos envolvidos na produção do cuidado em saúde.

Ao final, as questões levantadas durante o TCC colocaram a necessidade de aprofundamento a respeito do processo de implantação da PNH no município de Itaboraí, o que levou à proposta de estudo apresentada ao curso de mestrado.

Desta forma, buscamos dar continuidade ao estudo iniciado com o TCC, investigando mais especificamente o processo de implantação do dispositivo do Acolhimento no âmbito da Atenção Básica na perspectiva de atenção ao pré-natal. Tal perspectiva exigiu a adoção de um recorte empírico, através do qual tomamos a experiência de uma USF como lócus da análise, a fim de apreender, mais especificamente, as possibilidades e os limites desta proposta para efetivação da integralidade à saúde.

Vale ressaltar que a atenção ao pré-natal tem sido uma das áreas privilegiada como campo de implantação da PNH no âmbito local, tal como corroborado pela Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher –

PNAISM (Brasil, 2004) e na Política Nacional de Atenção Básica – PNAB (Brasil, 2006).

Com isso, tomamos a atenção ao pré-natal como foco da análise, considerando que: a) a preocupação com o processo de Humanização do pré-natal, parto e puerpério foi precursora do movimento de Humanização no Brasil sendo uma justa reivindicação do movimento de mulheres desde os anos 1970, em virtude não apenas da crescente avanço da tecnologia da assistência ao parto como também dos recorrentes maus tratos a que as mulheres eram submetidas no atendimento público de saúde; b) como área tradicionalmente prioritária das ações de saúde pública a atenção ao pré-natal tende a ser aquela também priorizada na implantação da PNH.

A partir do objeto de investigação delimitado, definimos os seguintes objetivos específicos:

- Analisar o processo de organização da atenção e adesão ao pré-natal no município e sua relevância em âmbito nacional e internacional.
- Examinar a trajetória histórica de implantação do Acolhimento nas USF de Itaboraí, suas características gerais e dados atuais sobre a atenção ao pré-natal.
- Identificar e avaliar o acesso na perspectiva da captação precoce das gestantes e reorganização dos serviços (não apenas como disponibilidade simples de um serviço) considerando a desburocratização e a equalização da relação oferta-demanda com qualidade e resolutividade.
- Identificar e avaliar a produção da linha do cuidado sob duas perspectivas: primeiro a produção do projeto terapêutico na garantia do acesso a todos os recursos tecnológicos disponíveis na resolução; segundo na construção de vínculos e responsabilização na relação profissionais/usuários o ato de cuidar como campo solidário de humanização os fluxos de afetos que façam com que o usuário se sinta protegido pelos atos assistenciais através da identificação da sua história de vida e do seu contexto cultural.

A pesquisa adotou uma USF como campo empírico. A escolha desta USF se deu por ela ser uma das pioneiras na implantação da diretriz do Acolhimento.

Assim, a fim de captar uma visão mais abrangente do serviço, foram feitas entrevistas com o gestor local, profissionais e usuários, além de observação participante e consulta a documentos institucionais. Para fins de garantia das falas e do anonimato dos sujeitos envolvidos na pesquisa, optou-se por não identificar esta USF.

Desta forma, perseguindo tais objetivos, e visando estabelecer um encadeamento lógico que facilite a compreensão do texto, este trabalho está estruturado em quatro capítulos.

No primeiro capítulo, foi realizada uma revisão teórica acerca das noções de humanização e integralidade no contexto da reforma sanitária e, posteriormente destacou-se a importância e evidência da integralidade para a construção da PNH, especialmente a partir da idéia e do conceito de Acolhimento nas políticas e nas práticas de atenção à saúde pública no Brasil.

O segundo capítulo destinou-se a fazer um resgate da trajetória dos movimentos de mulheres e feministas na busca pela construção e efetivação da integralidade nas políticas públicas de saúde, para depois apresentarmos a emergência atual deste princípio para a PNH no dispositivo do Acolhimento, principalmente quanto a redução do índice de mortalidade materna.

No terceiro capítulo buscamos apresentar os aspectos metodológicos da pesquisa, a partir da descrição do tipo de pesquisa, locus da investigação, os sujeitos do estudo, apresentação dos benefícios esperados e riscos potenciais, o trabalho de campo e o tratamento do material empírico.

O quarto capítulo se dedica a evidenciar os principais resultados encontrados na pesquisa de campo, principalmente sob as seguintes categorias: Acesso Integral – Subcategorias: captação precoce das gestantes e reorganização e desburocratização do processo de trabalho; e Produção da linha de cuidado integral – Subcategorias: projeto terapêutico clínico e construção de vínculos.

Por fim, apresentam-se as considerações finais, consistindo estas últimas algumas recomendações, basicamente através das sugestões obtidas e apresentadas pelos sujeitos entrevistados na pesquisa ou associados aos achados da mesma.

CAPÍTULO 1 - A POLÍTICA NACIONAL DE HUMANIZAÇÃO (PNH)

1.1 OS ANTECEDENTES HISTÓRICO-CONCEITUAIS DA PNH

Ao contrário do que possa parecer, a idéia em torno da humanização dos cuidados de saúde não é recente. Pode-se dizer que essa idéia atravessa as próprias relações humanas e, nesse sentido, ao serem estabelecidas as relações profissionais-usuários a humanização do cuidado se coloca como uma necessidade.

No entanto, de acordo com Deslandes (2006), uma importante referencia histórica para a discussão contemporânea sobre a humanização do cuidado encontra-se na produção da sociologia médica norte-americana na década de 1970, com contribuições pioneiras nos esforços de conceituar a humanização e desumanização nos cuidados em saúde.

Assim, observamos que, neste período já se discutia com base em estudos e reflexões de décadas anteriores questões que ainda hoje se colocam como estratégicas para a compreensão da humanização e desumanização do cuidado em saúde, tais como: a relação médico paciente; a formação médica; a comunicação e acesso à informação no processo terapêutico; as relações hierárquicas e de poder na produção do cuidado e na tomada de decisões; os fatores psicológicos e subjetivos. Todavia, também há de se considerar as contribuições de outras tradições sociológicas (como a do materialismo histórico sobre as análises da organização do trabalho em saúde) e das leituras feministas (que aqui faremos referência).

No Brasil, vemos que estas questões começam a se colocar no debate da política de saúde principalmente, a partir da luta por espaços políticos e a abertura de horizontes democráticos no final dos anos 1970.

Observa-se neste período a magnitude da crise do Estado, o esgotamento das bases ditatoriais que geravam a insatisfação de diversos atores presentes na arena política, desde empresários interessados em alterar os padrões da política econômica, até os trabalhadores profundamente afetados pelo crescimento e o aprofundamento do capitalismo monopolista dependente. Frente a este quadro adverso, diversos segmentos sociais se organizavam e lutavam pela abertura de espaços de debate e a construção de uma nova governabilidade que levasse à democratização:

“O que se observou foi o esgotamento simultâneo do modelo de desenvolvimento econômico, dos seus parâmetros ideológicos e da modalidade de intervenção estatal a ele associados, dentro de um quadro mais geral de reestruturação político-institucional, comprometida com a meta da democratização” (Menezes, 2006:7).

Na política de saúde se destacava a disputa de dois modelos de atenção à saúde. O primeiro é o Modelo Previdenciário/Privatista que se destacou por sua seletividade (já que, abrangia fundamentalmente os trabalhadores inseridos no mercado formal de trabalho), centralidade na figura do médico, ênfase na doença na doença e na assistência médica hospitalar curativa e desvinculação com as necessidades sociais. E o segundo incorporou a utilização de um Modelo de Saúde Pública/Sanitarista-Campanhista de responsabilidade do Ministério da Saúde e dirigida à população não segura pelo sistema de seguro de saúde (Instituto Nacional de Previdência Social – INAMPS. Este modelo se caracterizou pela organização de campanhas e programas de forma descontínua, verticalizada e fragmentada (Bravo, 2004). Assim, na maioria das vezes ele também se apresentava de forma excludente e descontextualizada com as demandas da população revelando as facetas da desumanização da saúde deste período.

Todavia, a busca pela construção de uma nova relação Estado-Sociedade esbarrava no caráter segmentário do Estado, seus conteúdos estatizantes (que representavam conquistas para a sociedade civil) e contraditoriamente o privatizante que consistia na abertura do aparelho estatal. Suas ações revelavam um comprometimento com a manutenção desigual da estrutura de classes, uma vez que as suas estratégias privilegiavam as classes burguesas, em detrimento das classes populares. Assim, a re-atualização do Estado na área sanitária visava a superação de um modelo fragmentado, centralizado e claramente marcado pela inserção de

interesses privados que se aprofundaram durante o período do regime militar (FLEURY, 2006).

Nesse contexto, o movimento de reforma sanitária se destaca no questionamento destas questões e no debate na busca de alternativas inovadoras de construção de um novo modelo de gestão para a política pública de saúde:

“O projeto da Reforma Sanitária portava um modelo de democracia cujas bases eram, fundamentalmente: a formulação de uma utopia igualitária, a garantia da saúde como direito individual e a construção de um poder local fortalecido pela gestão social democrática”. (FLEURY, 1997:33)

O movimento sanitário se propôs a incorporar na sua luta as demandas da sociedade, compreendendo que as condições de exercício profissional estão submetidas às mesmas determinações responsáveis pela precariedade da atenção à saúde da população. Assim, partindo do novo paradigma de análise dos processos de trabalho e de organização social da prática médica, o movimento sanitário operou uma leitura socializante dessa problemática trazendo a possibilidade de organização de um sistema de saúde que fosse capaz de responder às demandas sociais, organizado de forma democrática na gestão e na administração com base na racionalidade do planejamento.

A luta por um novo sistema de saúde pautado em características democráticas, proposto pelo movimento de Reforma Sanitária, possibilitou a evidência de novos atores e com eles novos conceitos nos quais podemos identificar questões em torno da humanização desumanização do cuidado em saúde.

Nesse contexto, o debate em torno da necessidade da humanização na saúde brasileira levou a inclusão de um novo preceito na Constituição de 1988, através do qual a saúde passa a ser concebida como um direito de todos os brasileiros e dever do Estado.

A construção dessa nova hegemonia deu origem, em 1990, ao Sistema Único de Saúde – SUS – que se constituiu com um processo de sistematização de princípios e concepções sobre a produção social da realidade no campo sanitário e o desenvolvimento deliberado de estratégias e instrumentos táticos de ação em busca de efetivar as propostas surgidas dentro do movimento de Reforma Sanitária.

Assim, enquanto política de Estado, o SUS instituiu alguns princípios até então inéditos na política de saúde brasileira: a **integralidade** que busca unificar o

que antes era fragmentado para trabalhar com todo o conjunto de ações necessárias para se cuidar da saúde; a **descentralização** que atribuiu a cada esfera da Federação responsabilidades; a **eqüidade**, para perceber as diferenças dos territórios e de quem mais precisa da saúde; e a **participação social** que fomentou a formação dos conselhos de saúde e das conferências de saúde como instâncias deliberativas da política de saúde em seu âmbito de abrangência.

E é sobre estes princípios que percebemos que o movimento de Reforma Sanitária - para além de buscar a alteração do modelo de Seguro Social para a elaboração de um modelo de Seguridade Social com base na universalidade, a equidade, a integralidade - contribuiu e foi alimentado por uma análise de humanização dos cuidados em saúde, à medida que também buscou rediscutiu o conceito de saúde/doença e o processo de trabalho.

A abertura do espaço político a novas demandas também contribui para o aparecimento de novos atores, com base na inserção democrática da sociedade civil, deslocando o núcleo de elaboração e execução da política de saúde para o nível local. O sistema seria orientado em direção à descentralização da gestão de serviços; ao fortalecimento do município; à participação da população no planejamento, gestão e execução e avaliação das ações de saúde; para universalização da cobertura com integralidade do cuidado (Costa, 1996).

Entretanto, como política de inclusão universal que vise atender com qualidade a complexa sociedade brasileira, dificilmente o SUS se estabeleceu sem acumular inúmeros problemas estruturais que o cercam até hoje.

Nem mesmo os esforços alçados por esta conquista social foram capazes de sufocar o intenso grau de desigualdade e exclusão presente dentro da nossa sociedade que se manifesta na convivência de uma dupla institucionalidade tal como aponta Santos (1993). Segundo esse autor, mesmo que as estruturas do Estado estejam embasadas em mecanismos poliárquicos (participação democrática na Arena Política), na prática, a organização dos grupos de interesse da sociedade brasileira se estabelece dentro de uma lógica hobessiana (cada um por si e que vença o mais forte).

Para Fleury (2003), o desenvolvimento da atenção a saúde no interior da construção do sistema de Seguridade Social brasileiro ocorreu de forma paralela aos programas implementados pelo Ministério da Saúde até aquele momento, o que

acarretou certa dualidade em termos de estruturas administrativas, redes de serviços e pessoal, de maneira que se tornava evidente a ineficiência dos serviços em decorrência da baixa produtividade, descoordenação e desintegrações.

Assim, os impactos profundos dos modelos de atenção à saúde posteriores, além de dificultar a criação do novo modelo de assistência a saúde, tendiam a reproduzir as práticas de exclusão e marginalização dessas estruturas políticas e seus modos de operar as políticas públicas. Somam-se a isso os mecanismos de dominação e percepção sobre o objeto de políticas construídos através da história e da cultura que impedem e afetam o real processo de participação popular das demandas minoritárias tanto na formulação como na implementação das políticas públicas.

Desta forma, o novo padrão constitucional pautado na universalidade da cidadania não foi capaz de conferir condição de igualdade assegurada pelo *status* de cidadão. No Brasil observamos que as questões básicas para a consolidação da cidadania como a igualdade dos cidadãos diante das leis e a inclusão dos excluídos não se efetivaram como previsto pelo SUS, pois, a persistência da desigualdade se colocou como motor no desenvolvimento e complexificação da própria noção de cidadania (Fleury, 2003).

A conjuntura adversa neoliberal incorporada durante a década de 1990 na instauração das bases efetivas do SUS também iniciou um processo de constantes transformações institucionais que, a meu ver, provocou ainda maiores desgastes nos princípios democráticos formulados no Sistema de Saúde, durante o período da Reforma Sanitária. Dentro disto, percebemos que a presença da lógica econômica mesmo antes da implementação do SUS como uma política social foi responsável por assegurar em sua estrutura uma intensa concepção de “mínimo necessário”, responsável por preservar as desigualdades.

Estas dificuldades em muito contribuíram para acentuar práticas desumanizantes e dificultar a consolidação do direito à saúde tal como previsto no SUS. De fato, percebemos que o acesso universal aos serviços e aos bens de saúde e a conseqüente responsabilização de acompanhamento das necessidades do usuário pouco foi alcançada ao longo desta história.

Deste modo, diversos autores (Merhy e Queiroz, 1993; Mendes, 2003; Benevides e Passos, 2005; Deslandes, 2004; Vasconcelos, 2007) têm destacado

que a simples implementação do SUS não tem conseguido apregoar mudanças na qualidade da assistência prestada. Entendo que, a maneira como o “SUS constitucional” se organizou pouco se reflete no “SUS real”, que se modela com características distintas daquelas previstas no texto constitucional³. Neste cenário, percebemos que a implementação do SUS correspondeu a um processo social, permeado de conflitos de interesses e valores sociais diversificados, apesar de suas características transformadoras.

Mendes (2004) apreende que enquanto o SUS constitucional se apresenta como universal, o SUS real se efetiva como um subsistema segmentado, destinado aos que não têm acesso aos serviços privados. E assim, na prática, esse mesmo autor identifica que o SUS foi se estabelecendo como um segmento destinado aos mais pobres, que se apresentam como as frações sociais mais expostas a condições de vida precárias sendo, de fato, as mais vulneráveis e com menor expectativa de vida. Contudo, vale à pena ressaltar que, o SUS não só enquanto assistência médica vem assumindo um fator relevante para as corporações médicas e as classes sociais

De toda forma, a aproximação da política de saúde a estas demandas minoritárias (antes totalmente excluídas) e a consolidação da saúde como direito de cidadania conduziram ao surgimento de denúncias da existência de grupos e populações excluídos da comunidade comum dos cidadãos (mulheres, negros, homossexuais, minorias étnicas e religiosas) que acabou por introduzir nesta discussão a necessidade de reconhecer que na prática o SUS ainda refletia as bases de um sistema desumanizado⁴.

São através destas denúncias que alguns autores apontam para um profundo grau de inconsistência dos princípios humanos e solidários elencados no SUS, o que, de fato, não pode conferir mudanças na qualidade da assistência prestada às suas demandas (Vasconcelos, 2007; Mendes, 2004).

³ Nesse sistema segmentado encontramos três divisões: o SUS, sistema público destinado a 140 milhões de brasileiros (sem acesso aos planos privados); o de Atenção Médica Suplementar que inclui 38 milhões de brasileiros que pagam por si ou através de empregadores os planos privados; e o de Desembolso Direto, que inclui ricos e pobres que compram diretamente os serviços de saúde (MENDES, 2003).

⁴ O protagonismo do movimento de mulheres foi crucial para ação de iniciativas de humanização do cuidado à saúde, idéia que iremos defender no capítulo 2 dessa dissertação.

Este caráter contraditório dificulta ainda mais a operacionalização dos princípios solidários estabelecidos na Constituição de 88. Assim, na atenção à saúde se evidencia um debate que ia se montando em torno da precarização das condições de trabalho, das dificuldades de pactuação das diferentes esferas do SUS, do descuido e da falta de compromisso na assistência ao usuário dos serviços de saúde (Mattos, 2001).

Merhy e Queiroz (1993) apontam que a idéia de “porta de entrada” presente no SUS apresentava-se inconsistente com um modelo que pretendia realizar a integralidade das ações individuais e coletivas em toda sua plenitude, tendo em vista a redução medicalizante destas ações que dificultavam a consideração de que a dimensão social configura e dá sentido à dimensão biológica.

Desta forma, a permanente interdependência entre os condicionantes biológicos, psicossociais, culturais e ambientais relacionados ao processo de saúde doença acabava constantemente sendo desconsiderada o que, gerava inúmeras conseqüências negativas tanto no relacionamento entre o profissional e usuário quanto na garantia da linha de produção do cuidado no âmbito dos princípios doutrinários e das diretrizes organizativas do SUS (Brasil, 2004a).

Destaca-se, ainda, a precária interação das equipes e o despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas práticas de atenção, a burocratização e a verticalização do sistema público, a falta de investimentos na qualificação profissional (tanto em relação à gestão participativa e ao trabalho em equipe), e poucos dispositivos que valorizem a inclusão de gestores, trabalhadores e usuários no processo de produção de saúde; o desrespeito aos direitos dos usuários; a fragilidade dos processos de controle social; e o foco do modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta e o distanciamento dos trabalhadores de saúde do debate de formulação da política pública (Brasil, 2004a).

A formação dos profissionais da saúde no modelo biomédico (centrado na doença), ainda presente nos serviços de saúde, reduz o cuidado ao corpo doente esquecendo que o doente é um ser de sentimentos e pensamentos.

Assim, por vezes a reclamação do paciente não fica associada à falta de conhecimento tecnológico, mas sim pela falta de interesse e responsabilização em torno do seu problema (Franco et al, 1999). A organização do trabalho sobre este modelo gera uma intensa redução dos usuários a objetos de técnica, o que traz à

tona uma crescente desumanização no campo da saúde. Assim, o saber técnico ainda presente nos serviços impõe a definição de que é o melhor para o usuário independente de sua opinião.

Dentro desse quadro de intensos entraves, além das restrições orçamentárias e dificuldades de gerenciamento, soma-se a desordenada oferta dos serviços que leva a grandes filas de espera e a produção de uma demanda reprimida da atenção ambulatorial e hospitalar, em especial nos grandes centros urbanos.

Assim, além das falhas na organização do atendimento (que geram as longas filas de espera, ausências de regulamentos, normas e rotinas e falhas na estrutura física), observa-se pouca ética de alguns trabalhadores, despreparo psicológico e falta de informações na relação profissional/usuário, a persistência da concepção biológica focada na doença e as precárias condições de trabalho (baixos salários, dificuldade na conciliação da vida familiar e profissional, jornada dupla ou tripla) ocasionando sobrecarga de atividades e cansaço, o contato constante com pessoas sob tensão gerando um ambiente de trabalho desfavorável.

Estes fatos acabam sendo responsáveis por causar grandes dificuldades nas relações humanas, tornando-as frias, objetivas, individualistas e calculistas; um reflexo do sistema econômico e ideológico em que estamos situados.

Com isso, a singularidade do usuário fica em segundo plano, sua doença volta a ser objeto do saber reconhecido cientificamente, gerando em todos os níveis de atenção um grau de assistência desumanizada, principalmente no atendimento de demandadas camadas mais pobres e/ou cultural e socialmente excluídas como: homossexuais (AIDS), idosos e mulheres.

De acordo com estas constatações, a emergência de mecanismos solidários à saúde destas demandas (principalmente, frente a sua dicotomia vida e morte) faz ressurgir inúmeras estratégias de fomento aos princípios solidários do SUS.

Nesta lógica os processos de trabalho em saúde se tornam um desafio para o desenvolvimento de práticas que realmente possam apreender as características previstas no SUS. E é neste panorama de conflitos que o discurso sobre a humanização começa a ganhar força no campo da saúde.

Deste modo, as primeiras iniciativas do ministério da saúde em torno da construção política de humanização aparecem na virada para o século XXI, com a

implantação do Programa Nacional de Humanização da Assistência Hospitalar (PNHAH) e Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), em 2000.

Segundo Deslandes (2004), a proposta de Humanização constituía um modelo centrado na possibilidade de substituição da violência simbólica para o estabelecimento de processo de comunicação e diálogo entre profissionais, usuários e gestores.

Todavia, para Puccini e Cecílio (2004) o movimento de humanização na saúde do Brasil se apresentou primeiramente através da busca por um ideal ético, já que representou uma síntese de aspirações genéricas por uma perfeição moral das ações e relações entre os sujeitos humanos envolvidos.

Segundo estes autores, estas intenções se traduziram sob diferentes proposições nos serviços de saúde, dos quais podemos destacar: melhoria na relação médico-paciente; organização de atividades de convívio, amenizadas e lúdicas como as brinquedotecas e outras ligadas às artes plásticas, à música e ao teatro; garantia de acompanhante na internação da criança; implementação de novos procedimentos na atenção psiquiátrica, na realização do parto – o parto humanizado e na atenção ao recém-nascido de baixo peso – programa da mãe-canguru; amenização das condições do atendimento aos pacientes em regime de terapia intensiva; denúncias contra a “mercantilização” da medicina; e crítica a “instituição total”. Assim, cada uma destas frentes se ocupou em classificar um conjunto de questões, práticas e comportamentos com determinada resolução humanizadora.

No entanto, de acordo com Campos (2000) as contradições em torno dos conceitos sobre humanização só poderiam ser superadas quando se afirmasse a saúde não como valor de troca, mas como valor de uso⁵. Desta forma, esse conceito se atrela a uma revalorização do Trabalho e do trabalhador, contra o endeusamento do mercado e contra o fetiche dos meios. Trata-se de uma defesa radical do ser humano na sua totalidade, não somente em sua dimensão econômica.

Para o autor, a existência das Organizações, Instituições e da própria Sociedade se coloca como meio para garantir a vida às pessoas e não somente

⁵ Diz respeito ao valor de uso e ao valor de troca das mercadorias. O Método Paidéia não desconhece que o trabalho no capitalismo também pode produzir valor de troca, mas faz uma opção ético política de pensar a gestão e o trabalho a partir da produção de valor de uso (CUNHA E CAMPOS, 2010).

para produzir e reproduzir, fazendo o mercado girar e girar. Porém, inicialmente em todos os projetos, atividades e propostas ficavam evidentes o caráter fragmentado e separado dessas iniciativas não só na relação de baixa horizontalidade que se verificava entre elas, mas também no modo vertical como elas se organizavam dentro do Ministério da Saúde e do SUS (Benevides e Passos, 2005).

Contudo, é neste contexto que a integralidade foi se evidenciado como um valor a ser sustentado e defendido nas práticas dos profissionais de saúde de forma expressa na relação entre profissionais e usuários através do uso prudente do conhecimento sobre a doença com uma visão abrangente das necessidades não ligadas diretamente à doença (Mattos, 2001). Assim, a integralidade se colocava para a PNH não só como uma diretriz, mas como uma bandeira de luta pela conquista do direito a saúde e pela construção de uma sociedade mais justa e solidária.

Ainda de acordo com Mattos (2001) entendemos que a integralidade serviu como diretriz da PNH e do Acolhimento, especialmente sob três pontos:

1. Como princípio orientador das práticas, em que o indivíduo é visto de forma integral pressupondo uma prática médica em que a intervenção não se reduza a queixa conduta, mas que sim uma prática que identifique na queixa as diversas ações e serviços que possam melhor atender o indivíduo;
2. Como princípio orientador da organização do trabalho, neste caso a integralidade se expressa em um modo de organização voltado para a articulação entre práticas de saúde e de assistência, organizando os serviços de maneira que permita uma apreensão ampliada das necessidades dos usuários;
3. Como princípio orientador das políticas, relaciona-se com a contextualização das políticas públicas com os sujeitos envolvidos e às respostas governamentais que incorporam ações voltadas para prevenção e assistência.

É neste conjunto de perspectiva que a Humanização foi ocupando um lugar de destaque na reconstrução das práticas de saúde do sistema de saúde brasileiro.

Assim, de modo a superar estas contradições e de responder às reivindicações e necessidades das demandas colocadas pelos usuários a humanização foi ganhando espaço e entra na Agenda governamental e culminou com a substituição, em 2004, do PNHAH pela Política Nacional de Humanização (PNH) que surge como fruto de um grande debate entre técnicos, gestores e profissionais de saúde interessados em fazer avançar os princípios de acesso universal, integralidade da atenção e equidade na gestão do SUS, segundo as necessidades de saúde da população brasileira.

Atualmente, esta proposta assume a posição de protagonista neste debate e vem contribuindo para a consecução destes objetivos no SUS através de propostas voltadas para a mudança dos modelos de gestão e de atenção que, no cotidiano dos serviços são operados pelos gestores, trabalhadores e usuários.

1.2 CARACTERÍSTICAS DA PNH

A Política Nacional de Humanização (PNH) vem se firmando no SUS como uma política pública que pretende atender a justas e importantes reivindicações, já que inclui em suas preocupações, diretrizes, prioridades e dispositivos de todos os que estão envolvidos no processo de produção de saúde. Mais ainda, a PNH se destaca por considerar o aspecto subjetivo constituinte de qualquer ato de cuidado e por não separar atenção e gestão.

Nesse sentido, sua construção vem responder às necessidades de mudanças do modelo assistencial do SUS que, apesar de avanços consideráveis, não foi capaz de superar desafios importantes como as dificuldades de acesso, a falta de acolhimento com qualidade e resolutividade, a desvalorização profissional, a falta de formação de vínculo entre as equipes, a fragmentação no processo de atenção, etc.

Um elemento importante a destacar foi o próprio processo de construção da política. De acordo com o Ministério da Saúde, a primeira ação para construção da PNH como política pública foi avaliar o contexto de diversas ações e programas de humanização já existentes neste cenário reconhecendo e sistematizando estas experiências de ações humanizadoras que já vinham obtendo bons resultados em

alguns Estados e Municípios. Dentre estas, podemos observar muitas ações fomentadas a partir da participação das mulheres na saúde.

A perspectiva era de promover reflexões importantes sobre as práticas cristalizadas e propor, além da transversalidade nas ações, a indissociabilidade da Gestão e da Atenção no SUS, apontando que a humanização não se resume a “ações humanitárias” e emerge como resultado de novas práticas alimentadas por atitudes e compromissos ético-políticos construídos coletivamente (BRASIL, 2004a).

Como resultado deste processo, foi produzido um documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS – HumanizaSUS, que se constitui como marco teórico orientador da Política. Este documento contém as marcas, estratégias gerais, diretrizes para implementação em todos os níveis de atenção e um glossário para facilitar o entendimento do sentido dado aos termos utilizados.

Nesse âmbito, a Humanização vista como política pública que atravessa as diferentes ações e instancias gestora do SUS vai se estabelecer de acordo com os seguintes objetivos (Brasil, 2004a):

1. Traduzir os princípios do SUS em modos de operar dos diferentes equipamentos e sujeitos da rede de saúde;
2. Construir trocas solidárias e comprometidas com a dupla tarefa de produção de saúde e produção de sujeitos;
3. Oferecer um eixo articulador das práticas em saúde, destacando o aspecto subjetivo nelas presente;
4. Contagiar por atitudes e ações humanizadoras a rede do SUS, incluindo gestores, trabalhadores da saúde e usuários.

O conceito de Humanização defendido na proposta ministerial incorpora não apenas seu entendimento como um meio de valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde (usuários, trabalhadores e gestores), mas também como: Fomento da autonomia e do protagonismo desses sujeitos; Aumento do grau de co-responsabilidade na produção de saúde e de sujeitos; Estabelecimento de vínculos solidários e de participação coletiva no processo de gestão; Identificação das dimensões de necessidades sociais, coletivas e subjetivas de saúde; Mudança nos modelos de atenção e gestão, tendo como foco as

necessidades dos cidadãos, a produção de saúde e o próprio processo de trabalho em saúde, valorizando os trabalhadores e as relações sociais no trabalho; Compromisso com a ambiência, melhoria das condições de trabalho e de atendimento.

A PNH leva em consideração o conceito de clínica ampliada que como o trabalho clínico que visa com prioridade o sujeito, a família e o contexto; e não só a doença e tem como objetivo produzir saúde e aumentar a autonomia do sujeito, da família e da comunidade. Para isso, surgem como meios de trabalho a integração da equipe multiprofissional, a adstrição de clientela com a construção de vínculo, a elaboração de um projeto terapêutico (de acordo com a vulnerabilidade do caso) e a ampliação dos recursos de interação sobre o processo saúde-doença.

Desta forma, a humanização se apresenta como meio de qualificação para as práticas de saúde através do acesso com acolhimento, atenção integral e equânime com responsabilização e vínculo, valorização dos trabalhadores e usuários e avanço no controle social através da democratização da gestão.

Assim, como princípios norteadores da PNH podemos encontrar (Brasil, 2004a):

- A valorização da dimensão subjetiva, coletiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às reivindicações de gênero, cor/etnia, orientação/expressão sexual e de segmentos específicos (populações negra, do campo, extrativistas, povos indígenas, remanescentes de quilombos, ciganos, ribeirinhos, assentados, etc.);
- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Co-responsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;

- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos trabalhadores da saúde, estimulando processos de educação permanente;
- Valorização da ambiência, com organização de espaços saudáveis e acolhedores de trabalho.

Contudo, no processo de construção de uma política pública é inviável que ela se mantenha apenas em propostas e portarias ministeriais. De fato, o maior desafio da Política de Humanização está em dar viabilidade a práticas concretas nos serviços de saúde que levem à efetiva melhoria da qualidade de vida dos usuários e das condições de trabalho dos profissionais. Daí a preocupação em concretizar-se buscando a fomentação de modos de fazer, de trabalhar e de produzir saúde.

Assim, para viabilizar esses princípios, a Humanização do SUS operacionaliza-se com os seguintes dispositivos:

- Acolhimento com classificação de risco;
- Equipes de Referência e de Apoio Matricial;
- Projeto Terapêutico Singular e Projeto de Saúde Coletiva;
- Projetos de Construção Coletiva da Ambiência;
- Colegiados de Gestão;
- Contratos de Gestão;
- Sistemas de Escuta qualificada para usuários e trabalhadores da saúde: gerência de “porta aberta”, ouvidorias, grupos focais e pesquisas de satisfação;
- Projeto “Acolhendo os familiares/rede social participante”: Visita Aberta, Direito de Acompanhante e envolvimento no Projeto Terapêutico;
- Programa de Formação em Saúde e Trabalho e Comunidade Ampliada de Pesquisa;
- Programas de Qualidade de Vida e Saúde para os Trabalhadores da Saúde;
- Grupo de Trabalho de Humanização

Entretanto, a PNH só se efetiva se conseguir sintonizar as propostas com as práticas. Com isso, afim de, concretizar a humanização nos práticas de atenção o

Ministério da Saúde buscou nas contratualizações e no trabalho integrado pactuá-la em suas esferas através do Pacto pela Saúde⁶.

O Pacto pela Saúde aponta como responsabilidades de gestão, dois pressupostos básicos da PNH: a promoção da humanização no atendimento e nas relações de trabalho através da implantação do dispositivo do Acolhimento na atenção básica. Assim, é na complexidade de materialização da PNH que identificamos no dispositivo do Acolhimento algumas dimensões fundamentais para a total implementação desta política nas ações de saúde (Brasil, 2004b).

1.30 ACOLHIMENTO

O Acolhimento como dispositivo da PNH se configurou como um modo de operar os processos de trabalho em saúde de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e pactuar respostas mais adequadas aos usuários.

Diferentemente de uma técnica que define os objetivos e os caminhos, este dispositivo propõe o surgimento de questionamentos que busquem, na construção coletiva, o fim das formas de trabalho individuais responsáveis por fragmentar as práticas em saúde. Assim, se estabelece uma construção coletiva, um “jeito de fazer” que assume a singularidade de cada equipe e por isto não pode ser visto como uma prescrição.

Como ação técnico-assistencial o Acolhimento pressupõe a mudança da relação profissional/usuário e sua rede social através de parâmetros técnicos, éticos, humanitários e de solidariedade, reconhecendo o usuário como sujeito e participante ativo no processo de produção da saúde.

Todavia, tradicionalmente, a noção de acolhimento na saúde era identificada ora como uma dimensão espacial (recepção administrativa) ora como uma ação de triagem administrativa e repasse de encaminhamentos para serviços especializados

⁶ Este pacto faz parte de um conjunto de reformas institucionais do SUS pactuado entre as três esferas de gestão (União, Estados e Municípios) com o objetivo de promover inovações nos processos e instrumentos de gestão, visando alcançar maior eficiência e qualidade das respostas do Sistema Único de Saúde. Ao mesmo tempo, o Pacto pela Saúde redefine as responsabilidades de cada gestor em função das necessidades de saúde da população e na busca da equidade social (MINISTERIO DA SAÚDE, 2006b).

(apesar de estas ações terem sua importância) se caracterizava apenas como uma ação pontual, isolada e descomprometida com a responsabilização do cuidado e produção do vínculo. Com isso, nesta dimensão restrita de acolhimento, muitas vezes, corroborava-se uma lógica produtora de mais precariedade no cotidiano dos serviços de saúde tanto para os trabalhadores como para os usuários (Brasil, 2006a).

Por não pressupor uma hora ou mesmo um profissional específico para a sua realização, mas sim o compartilhamento de saberes, angústias e invenções, tomando para si a responsabilidade de “abrigar e agasalhar” o outro em suas demandas ele se diferencia da concepção de triagem, pois não se constitui como uma etapa do processo, mas como uma ação a ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde. Com isso, observamos que em sua diretriz operacional, a idéia de acolhimento busca promover certas atitudes de mudanças no fazer em saúde e implica (Brasil, 2006a):

- Protagonismo dos sujeitos envolvidos no processo de produção de saúde;
- Valorização e abertura para o encontro entre o profissional, o usuário e sua rede social;
- Reorganização do serviço a partir da problematização dos processos de trabalho, de modo a possibilitar a participação de toda a equipe;
- Elaboração de projetos terapêuticos individuais e coletivos com equipes de referência em atenção diária que sejam responsáveis e gestoras desses projetos (horizontalização por linhas de cuidado);
- Mudanças estruturais na forma de gestão do serviço, ampliando espaços democráticos de discussão e decisão, de escuta, trocas e decisões coletivas.
- Postura de escuta e compromisso em dar respostas às necessidades de saúde trazidas pelo usuário, de maneira que inclua sua cultura, seus saberes e sua capacidade de avaliar riscos e;
- Construção coletiva de propostas com a equipe local e com a rede de serviços e gerências centrais e distritais.

Para isso, o acolhimento é visto como um modo de operar os processos de trabalho em saúde com uma escuta qualificada e aberta às diferenças, de forma a

estabelecer vínculos e garantir a resolutividade. Implica no protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde, na ampliação da escuta e resolução dos problemas dos usuários e da própria equipe na construção coletiva de propostas tanto, entre a equipe quanto com a rede de serviços (Documento base PNH, 2004a).

Desta maneira, o acolhimento se estabelece como uma postura ética de comprometimento com a produção de vida e garantia de acesso qualificado e resolutivo às necessidades de saúde do usuário que implica prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde para continuidade da assistência e estabelecendo articulações com estes serviços para garantir a eficácia desses encaminhamentos.

Nesse sentido, percebemos que o estabelecimento de valores em torno da Integralidade dos cuidados baseados em uma escuta integral que vá além da doença e que possa identificar a história de vida e o contexto cultural do usuário tem se evidenciado como uma característica fundamental para a materialização não só da política como também deste seu dispositivo.

Dentro deste contexto, a integralidade tende a contribuir para o fim do reducionismo na atenção a saúde e a colaborar para a efetivação do acesso a todas as tecnologias oferecidas dentro do sistema de saúde, sem qualquer impedimento para os indivíduos, principalmente, por possibilitar a compreensão de que as necessidades de saúde devem ser entendidas como parte de um conjunto de necessidades sociais.

Assim, percebemos que dentro dos valores solidários evidenciados pelo SUS no contexto da reforma sanitária a questão da Integralidade se colocou como um ponto central para a retomada do debate em torno da humanização dos cuidados em saúde. E é na complexidade de materialização da PNH que identificamos no dispositivo do Acolhimento algumas dimensões fundamentais para a total implementação da integralidade nas ações de saúde (Brasil, 2004b).

1.4 ACOLHIMENTO: as faces da integralidade em debate

A integralidade no âmbito do SUS se configura como “um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema” (BRASIL, 1990). No entanto, como vimos à consolidação e a construção da integralidade da assistência à saúde se evidenciou como um grande desafio para a total implementação do SUS.

Na redefinição da proposta de Acolhimento, ganha destaque a busca pelo alargamento dos mecanismos de acesso aos serviços de saúde, e de explorar as possibilidades de novos desenhos micro-políticos no modo cotidiano de realização de certos modelos de atenção à saúde.

Desta forma, o acolhimento passa a ser mediado pelas necessidades de saúde dos usuários de forma a envolver o espaço micro e macro de uma unidade de saúde como uma rede composta por serviços de saúde. No espaço micro ocorre o esforço de toda equipe para captar as necessidades de saúde da população e no macro ocorre a articulação dos serviços que é fundamental para a concretização da integralidade (CECÍLIO, 2001).

No debate com a integralidade, percebemos que o acesso aos serviços de saúde deixa de se constituir simplesmente como um sinônimo de cobertura populacional. Nesse contexto, busca-se a quebra da lógica racionalizadora que toma conta dos serviços de saúde e que prevê apenas a simples satisfação destas necessidades sem ter como prisma o cenário que as produzem.

Desta forma, Franco et al (1999) propõe o Acolhimento como um dispositivo capaz de interrogar os processos intercessores que constroem as relações clínicas das práticas de saúde e que permite escutar ruídos do modo como o trabalho vivo é capturado, conforme certos modelos de assistência, em todo lugar em que há relações clínicas em saúde. E de expor a rede de petição e compromisso que há entre etapas de certas linhas de produção constituídas em certos estabelecimentos de saúde, interrogando as relações de acessibilidade.

Para Carvalho e Campos (2000), o Acolhimento se constitui como um arranjo tecnológico que busca garantir o acesso a todos os que procuram os serviços, de modo que todos sejam escutados pelos profissionais que buscarão a

resolução do caso ou o referenciamento se necessário. A regulação ao acesso por meio da oferta de ações e serviços mais adequados contribui para a satisfação do usuário e assim, a construção de um vínculo entre profissionais/usuários estimulando a autonomia e a cidadania, promovendo a sua participação no processo de produção de saúde.

Esse processo estabelece a abertura dos serviços à demanda espontânea e a responsabilização por todos os casos da região, de modo a adaptar os serviços e técnicas aos aspectos sociais, culturais e econômicos da vida diária da região (Souza et al, 2008.).

Tal perspectiva considera que no trabalho em saúde as necessidades se colocam quanto a ter boas condições de vida, acesso e consumo de toda a tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida, respeito à insubstituível criação de vínculos (a)efetivos entre cada usuário e uma equipe e/ou um profissional e a autonomia no seu modo de levar a vida (Cecílio, 2001). Percebemos que a efetivação da integralidade na PNH, através do dispositivo do Acolhimento buscou sistematizar em sua proposta, principalmente, as questões do acesso, da produção de uma linha de cuidado com responsabilização e construção de vínculos solidários de humanização entre usuários/profissionais, dimensões que abordaremos nessa dimensão.

Com isso, novas maneiras de produzir conhecimento se fizeram necessárias para pensar a educação e o trabalho em saúde, reconhecendo novos atores, novos papéis, novas referências. O conhecimento sobre micro-política no processo de trabalho da saúde abriu o caminho para novas possibilidades de compreensão sobre o complexo processo de transversalidades e atravessamentos no interior das instituições de ensino e dos serviços de saúde na conformação dos modos de educar/formar e trabalhar/cuidar em saúde (Merhy, 1997).

Assim, no estabelecimento do acesso integral percebemos a perspectiva da reorganização e desburocratização dos serviços na equalização da relação oferta-demanda com qualidade e resolutividade. Desta forma, busca-se interrogar a micro-política da organização do serviço de saúde a fim de revelar: as relações ali estabelecidas entre trabalhadores e usuários, os nós críticos do processo de trabalho, o jogo de interesses, poder e os processos decisórios (Franco e Merhy, 2003; Merhy, 1997).

A produção de uma linha de cuidado integral se coloca frente a responsabilização da equipe na produção do projeto do projeto terapêutico como um conjunto de atos assistenciais pensados para resolver determinado problema de saúde do usuário, com base em uma avaliação de risco sob todas as variáveis (clínica, social, econômico, ambiental e afetivo, etc). Assim, o serviço de saúde deve operar suas ações nas necessidades dos usuários, e não mais na simples oferta de serviços, o que geralmente limita o acesso (Franco e Franco, 2010).

Nesse sentido, a construção de vínculos se sustenta na efetivação do ato de cuidar como campo solidário de humanização das relações, onde podem acontecer fluxos de afetos que façam com que o usuário se sinta protegido pelos atos assistenciais através da identificação da sua história de vida e do seu contexto cultural.

Entretanto, no campo da saúde do Brasil, estas reflexões já se colocavam de forma mais intensa desde o final da década de 1980, não só através do Movimento da Reforma Sanitária que naquele momento se fortalecia a partir dos amplos movimentos de redemocratização política, mas também, pelo movimento de mulheres, em torno de pautas de direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico (Deslandes, 2005).

Quanto à atenção à saúde da mulher, a integralidade se coloca como fundamental não só para a total integração entre os serviços de pré-natal, parto e puerpério, mas também para que as mulheres pobres possam desfrutar do seu direito de ter saúde com maior nível de qualidade, tal como está expresso em suas muitas lutas (sejam estas políticas ou não).

Por isso, acreditamos que seja de fundamental importância identificar na construção do movimento de mulheres como ator político a emergência desta questão social, tendo em vista que esta compreensão pode ter tido grandes influencias não só nas políticas específicas desta demanda, mas também na própria construção do SUS e, conseqüentemente da PNH.

CAPÍTULO 2 - A HUMANIZAÇÃO NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

2.1 O MOVIMENTO DE MULHERES

Ao analisarmos o contexto histórico político da atenção à saúde da mulher, percebemos que o conceito em torno de ações humanizantes não é recente, mas articula-se, principalmente na perspectiva dos direitos sexuais e reprodutivos e das críticas ao modelo médico hegemônico. Desta forma, percebemos que a idéia de humanização se consolidava na tentativa de se enfrentar as práticas “desumanizadoras” na consolidação da produção do cuidado da saúde.

Como vimos, no Brasil, estas reflexões vão assumindo maior relevância a partir da década de 1980 sob a difusão do discurso e das denúncias de amplos movimentos sociais, que neste período se consolidaram como importantes atores sociais não só para a redemocratização política, mas, também para a consolidação da saúde como um direito de cidadania no país.

Dentro destes muitos movimentos sociais, vemos que o Movimento de Mulheres se consolidou como um importante protagonista para esta reflexão, tendo em vista que no contexto histórico desta demanda já se acumulavam experiências de negação de direitos que se expressavam, principalmente, na intensa desumanização dos serviços de saúde frente à racionalidade científica (Luz, 1998).

Historicamente, a idéia do sexo tem sido um importante fator de discriminação e exclusão das mulheres. Assim, o estabelecimento do status de cidadania para as mulheres sempre foi negado. Esta naturalização da condição de sexo atribuía à biologia e à anatomia da mulher características que as desqualificavam para a participação na esfera pública (Pitanguy, 1998).

Neste sentido, percebemos as importantes contribuições da segunda onda do feminismo no mundo (anos 1960/1980), que em meio a tantas diásporas nas

formas feministas de organização fazem com que entrem na pauta lutas reconhecidamente feministas, que são consideradas por muitos como de contraposição às lutas mais gerais, como direitos sociais, e democratização⁷.

Este movimento teve grande impacto no movimento de mulheres, que atuava desde os anos 70 na periferia de algumas cidades com o apoio da Igreja de esquerda e de grupos políticos envolvidos na luta pela redemocratização. Contudo, apesar desse movimento mobilizar um número grande de mulheres, a bandeira desta luta apenas se relacionava na conquista de creches, transportes urbanos, melhores condições de vida sem, contudo, incluir outras questões femininas importantes.

Para Rago (2003) o encontro desses dois movimentos, o de mulheres e o feminista, possibilitaram grandes avanços para a ampliação e conquistas de direitos. Além de atingir um número maior de mulheres, pôde proporcionar o debate sobre questões relativas à moral sexual, ao corpo e à saúde para as mulheres pobres que dificilmente seriam enunciadas espontaneamente.

Entretanto, nesse ponto identificamos a importância do reconhecimento dos atores envolvidos nesse processo e das questões sociais por eles levantadas, já que, é através destes movimentos que esta demanda passa a ser reconhecida como um objeto de políticas.

Tal como observado por Góis (1998) o objeto político sempre tende a ser construído através de uma determinada percepção histórica e social, que na realidade o fazem surgir. Para este autor, os modos de percepção sobre determinados grupos podem ser responsáveis por direcionar as ações, a fim de

⁷ Os estudos que se debruçam na análise histórica do movimento de mulheres identificam três ondas definidoras do perfil da luta destas. A primeira onda feminista compreende os primeiros movimentos tem início em fins do século XVIII, com a Revolução Francesa, perpassa o século XIX e adentra as primeiras décadas do século XX. Desde aí, foram se conformando feminismos vinculados a diferentes correntes político-ideológicas: liberal, cristão, socialista, anarquista. Tendo como referência o Ano Internacional da Mulher (1975) e a Década da Mulher (1976-85), promovidos pela Organização das Nações Unidas (ONU) surge a segunda onda feminista. Assim, particularmente a partir desta década, os movimentos feministas elaboraram amplas e profundas teorizações sobre a condição das mulheres e as relações entre mulheres e homens, apresentando propostas de mudanças: tanto em uma feição cultural, de afirmação de valores e de novas mentalidades; quanto em uma feição de intervenção política, mediante legislação e políticas públicas. Ao promoverem um diálogo com outros movimentos sociais (estudantil, sindical, de libertação nacional e pelo Estado de Direito) afirmam suas identidades próprias e questionam as contradições desses movimentos e dos partidos políticos de esquerda, por descuidarem da crítica e do combate à dominação patriarcal e ao sexismo presentes mesmo nas práticas e formações políticas que se reconhecem como democráticas e socialistas (Rodrigues, 2002). A terceira onda começa na década de 1990, quando são repensadas as estratégias do segundo momento. No contexto dessa reavaliação, ganha ênfase a crítica à construção da imagem feminina pelos meios de comunicação em massa.

produzir modos peculiares de formação das políticas públicas. E é sob essa perspectiva que se pode perceber a importante contribuição do movimento de mulheres na construção de políticas humanizadoras da prática de atenção à saúde.

Como objeto histórico e social a mulher se colocou em nossa sociedade através do espaço doméstico, sendo responsável por cumprir o seu papel social de mãe. Ao longo dos anos, esses sentimentos foram sendo alimentados e incorporados pelas estruturas sociais, de forma a consolidar este papel social vistos principalmente na formação da família nuclear. E é nesta conjuntura que o discurso médico serviu como uma forte instituição social para legitimar e perpetuar a figura da mulher como mãe (Freire, 2006).

De acordo com o texto do Grupo Krisis (2003), observamos que a força dessa lógica responsável por centrar a mulher dentro da esfera doméstica foi de extrema importância para sustentar e viabilizar a sociedade do trabalho e também por difundir o preconceito em massa da imagem da mulher dirigida ao irracional e ao emocional, contrária à imagem do homem ligado ao racional e ao autocontrole que ainda hoje se faz presente na sociedade.

A Revolução Industrial proporcionou grandes transformações e revolucionou a sociedade tradicional baseada no costume, porém, como vemos, acredito que essas percepções tiveram o poder de se permear sobre esta nova conjuntura.

De fato, os processos de transformações econômicas, culturais e sociais vindos desse contexto contribuíram fortemente para a mudança dos padrões familiares até então colocados como único responsável pela solidariedade primária. Vemos assim que a mudança do padrão extenso de família para modelos menores individualizantes buscou corresponder às novas necessidades desse momento histórico e exerceu grande influência, especialmente para as mulheres. No entanto, o papel da mulher dentro da família ainda permaneceu fortemente atribuído às formas de gerência da solidariedade, principalmente através da sua vinculação com as dimensões do cuidar (Freitas, 2000).

Sobre isso, Thompson (1998) aponta a cultura como um conjunto de diferentes recursos em que há sempre uma troca entre o escrito e o oral, o dominante e o subordinado sobre uma pressão imperiosa pode assumir a forma de um “sistema”. Para o autor, a invocação confortável da cultura como consenso pode inibir as contradições sociais e culturais existentes em uma sociedade. Dentro desta

concepção, vemos que a tradição oral apresenta o poder de perpetuar o costume em certos ritos e práticas que acabam sendo arraigados às realidades materiais e sociais da vida.

Com isso, podemos observar que a família e a comunidade constituíram-se durante muitos séculos como forma exclusiva de proteção social, sendo os mecanismos de perpetuação do costume e da tradição fundamentais para a sua sobrevivência.

No caso das mulheres, vemos que a lógica da ordem cultural acabou servindo “naturalmente” para que ela aperfeiçoasse as suas “características naturais” em prol de continuar dando conta do gerenciamento da sociabilidade primária poupando em muito as estruturas secundárias que se formavam timidamente, mesmo após a Revolução Industrial (Castel, 1998).

Pierre Bourdieu (1999) se utiliza do conceito de Dominação Masculina para apreender esta incorporação “natural” à figura feminina. Segundo o autor, esses modelos se expressam sob a forma de esquemas inconsciente de percepção e de apreciação às estruturas históricas da ordem masculina. Para ele, corremos sempre o risco de cairmos nesse círculo vicioso se não buscarmos adotar estratégias de reflexão transcendental, já que esta cultura ocidental busca sempre produzir uma idéia de “Natureza” como algo oposto à cultura.

Em geral se considera que tudo o que diz respeito à biologia, à fisiologia corporal, escapa à arbitrariedade da Cultura, sendo igual para qualquer sociedade ou grupo humano. Tem-se, assim, a idéia de que “as coisas são assim porque têm de ser”. Entretanto, como o autor expõe, acreditamos que nenhuma ação humana pode ser explicada sem referência à cultura.

A força do padrão cultural em que a mulher é subalternizada foi sendo incorporado principalmente pelo Estado que reproduziu e usufruiu durante muito tempo dessas formas de organização social, responsáveis por difundir tanto os mecanismos clientelistas e as formas de sociabilidade primárias como bases da proteção social.

Com isso, a figura da mulher (sempre relacionada à esfera doméstica e vinculação do cuidado) se consolidou como responsável central pelos laços de proteção próxima, principalmente através de seu papel materno, que foi sendo incorporada naturalmente tanto pelas estruturais sociais como por esses sujeitos.

Para Costa (2000), as atualizações permanentes desses vínculos acompanharam a montagem das políticas sociais no Brasil sendo um importante ponto de partida para o estudo do formato dos sistemas de proteção social.

De fato, foi da necessidade de assegurar a sobrevivência dos descendentes, principalmente no que diz respeito à necessidade de manutenção da mão de obra para o novo sistema, que se procurou através da incorporação desse discurso maternalista à área científica, na década de 1920, a construção do Maternalismo Científico. As questões das áreas sanitárias, demográficas ou patrióticas foram fundamentais para consolidação da nova ordem industrial essa nova idéia buscou no aperfeiçoamento cultural “natural” do ato cuidado as funções femininas a transformação dessa realidade.

Desta forma, a figura da mãe começou a ser concebida como um ser puro a quem são atribuídos sentimentos nobres de acolhimento, abrigo e cuidado com a sua cria e esta como um ser que se satisfaz total e plenamente com uma relação fusional com ela satisfazendo-a do mesmo modo.

Através das pesquisas realizadas por Freire (2006), que teve por objetivo investigar a difusão da Maternidade Científica, percebemos que a identidade de mãe moderna como novo papel social inseria-se no conjunto mais amplo de propostas de reorganização da sociedade brasileira. Dentro deste contexto, a figura da mulher se colocava como responsável por criar novos cidadãos para o Brasil de forma a contribuir ativamente para o progresso da nação.

A autora busca compreender que apesar da vinculação à natureza feminina este projeto modernizador nacionalista associado à maternidade alcançava caminhos para se ultrapassar a esfera doméstica assumindo a princípio um caráter de missão patriótica, pois, a maternidade se tornava agora um papel social com uma função pública muito importante para o desenvolvimento do país.

Para além disso, a ideologia da maternidade científica aproximava as mulheres do universo racional (“masculino”) da ciência o que deslocava a maternidade da restrita esfera doméstica⁸.

⁸ Como percebemos, por exemplo, que na aproximação com a ciência da nutrição (tornando-as especialistas em alimentação infantil) a ideologia do maternalismo científico além de permitir o deslocamento do âmbito doméstico, abriu novos campos de prática acadêmica, que viriam a se multiplicar posteriormente. No entanto, esse deslocamento é gerado dentro de uma tensão interna, pois, ao mesmo tempo em que se atualizava mantinha o seu caráter essencialista (Freire, 2008).

Para Bock (1991), a maternidade científica funcionou como um eficiente argumento para que os mais distintos movimentos feministas reivindicassem o reconhecimento da maternidade como profissão feminina, além de ser uma condição unificadora entre as mulheres, ou seja, um bem único que deveria ser protegido.

Podemos concluir assim que a construção da maternidade científica não se reduziu, portanto, à mera questão de dominação de gênero, nem representou apenas uma imposição da classe médica sobre as mulheres. Mais que esse processo, foi o resultado da atuação dinâmica e complexa de múltiplos agentes sociais, entre eles as próprias mulheres que, através de estratégias ativas como resistência, seleção, negociação, aliança e parceria aproveitaram o movimento de valorização da função maternal para transformá-la em instrumento de poder feminino (Freire, 2006).

Como Costa (2002) aponta, creio que o reconhecimento político dessas práticas femininas pôde favorecer a desnaturalização de suas ações públicas. Por este meio, a noção de público se estende ao privado (cotidiano/ códigos familiares) expondo a sua indissociabilidade do político.

Na mesma direção, Touraine (2007) identifica que as mulheres constituem um movimento cultural antes que um movimento social, pois para ele, a consciência feminina e mutação social não podem ser separáveis.

De acordo com Castells (1999), podemos compreender que no que diz respeito a atores sociais a identidade é um processo de construção de significados com base em atributos culturais ou num conjunto deles de forma inter-relacionada.

Assim, o autor propõe a diferenciação dos termos de papéis sociais e identidades. Os papéis sociais são definidos pelas normas estruturadas por instituições e organização da sociedade (ser trabalhador, mãe, pai, etc.), ou seja, se encontra no senso comum e não depende de uma adesão a um significado; ao contrário das identidades que constituem fontes de significado para os próprios atores e é um processo coletivo construído por meio de um processo de individualização (Língua, Raça, Etnia, Gênero, Religião).

Com isso, podemos identificar que a identidade é um processo que vem de dentro (matéria prima construída pela história) e pressupõe uma adesão voluntária e está atrelada diretamente à construção de políticas da atualidade.

Talvez seja por isso, que o Movimento Feminista não tenha rompido com essa idéia cultural “natural” prevista no Maternalismo Científico. Pelo contrário, buscou-se utilizar desta proposta para obter a legitimação de seu poder social e o reconhecimento da importância da construção de uma identidade coletiva unificadora.

Para Montenegro (2003), essas tentativas de resistir significam que as mulheres, de maneira isolada ou concomitante, podem adaptar a feminilidade a seus próprios objetivos, resistir a ela por meios sutis, ou mesmo usá-las para evitar conseqüências negativas de sua prescrição. Assim, ao contrariar o senso comum, a suposta passividade das mulheres passa a ser questionada, sendo substituída pela proposição de que as mulheres se empenhariam em uma negociação ativa, e de certa forma velada, para superar os conflitos decorrentes de modelos prevaletentes de feminilidade.

No entanto, percebemos que através das proposições percussoras levantadas sobre cuidado e gênero, as opiniões sobre este tema se dividem entre aqueles que seguem essa linha de pesquisa e aqueles que a questionam. Assim, nos estudos sobre as diferenças entre homens e mulheres o foco das discussões continua sendo no enfatizar ou minimizar tais diferenças.

No campo das produções acadêmicas feministas recentes da psicologia, essas diferenças aparecem sobre duas grandes tendências: a minimalista e a maximalista. A primeira surge no final da década de 60 e concentra suas idéias sobre o tema do direito e da igualdade entre homens e mulheres. A segunda surge na década de 80 e volta a ressaltar as diferenças, sendo que agora, como uma qualidade que engrandece as mulheres (Montenegro, 2003).

Assim, vemos que as especificidades femininas, longe de representarem um obstáculo para o seu desenvolvimento moral, foram responsáveis por gerar a superação de uma Identidade Legitimadora (instituída pelas instituições dominantes da sociedade para racionalizar sua dominação sobre os atores sociais) para a Identidade de Resistência (criadas por atores em posição desvalorizada e estigmatizadas que criam trincheiras de resistência e novos princípios) culminando para a construção de uma Identidade de Projeto (acontece quando esses atores

constroem uma nova identidade capaz de redefinir sua posição na sociedade e transformar a estrutura social)⁹.

De acordo com Picolotto (2007), observamos que essa não é a única concepção presente nas ciências sociais. Na sua busca teórica, o autor faz uma revisão acerca das principais teorias de movimentos sociais, identificando autores-chave contemporâneos das diferentes concepções e apontando as interfaces e as divergências entre estes. Assim, ele considera três modelos de análise de acordo com os seus principais autores e dentre eles observamos o *modelo clássico*, a abordagem “neomarxista” e o “paradigma dos novos movimentos sociais”.

A perspectiva clássica leva em consideração a centralidade do trabalho e o processo de divisão das classes. Assim, o movimento social se caracteriza com as mobilizações de massa por mudança social e Revolução sendo, responsabilidade dos partidos e das vanguardas a tarefa de conduzir as massas à Revolução e posteriormente evoluir os aspectos relativos ao desenvolvimento humano como cultura, consciência, educação, etc.

Contudo, esta forma de concepção foi perdendo forças com a descentralização do trabalho a partir dos anos 1970 e é aí que as novas interpretações dos fenômenos sociais ganham espaço. Foi assim, que os elementos culturais e os processos de identidades se tornaram condicionantes para a compreensão das lutas sociais cotidianas, a formação dos movimentos e principalmente para a construção das Políticas Públicas.

E é na perspectiva da construção de uma Identidade de Projeto que podemos localizar os movimentos feministas e de mulheres, a partir da década de 1980, dentro da concepção dos Novos Movimentos Sociais. Estas correntes evoluem para outra abordagem de Estado Nacional e passam a ter maior envolvimento na elaboração de Políticas Públicas mais efetivas para a promoção dos direitos de todos os cidadãos, e isto, tem forte relevância com a recente incorporação dos movimentos como um potente Ator Social na esfera pública.

Como afirma Ghon (2004), os movimentos sociais têm a capacidade de realizar diagnósticos sobre a realidade social e através da sua atuação em redes

⁹ CASTELLS, M. O Poder da Identidade. Paz e Terra. São Paulo, 1999.

construir ações coletivas de resistência contra a exclusão e propor propostas para a inclusão.

Assim, observamos que desde o início deste milênio, os movimentos sociais vêm cada vez mais atuando dentro do conceito de afirmação identitária e na perspectiva contemporânea de redes, tendo o seu maior fundamento na difusão dos conceitos de “empowerment” e “autonomia”. Trata-se de uma forma bem diferenciada da que existia anteriormente, pois não mais considera o isolado ou afastamento do Estado, mas sim, a busca pela formulação de projetos pensando a incorporação dos interesses do grupo fazendo políticas e capacitando os representantes para os processos de negociações e parcerias com as políticas públicas.

A resistência e a produção de projetos de transformação estrutural dos grupos sociais deste período, no qual podemos destacar o movimento Feminista e o de Mulheres, foram fundamentais para que se pudesse caminhar para alteração do padrão de relacionamento entre o Estado e a Sociedade. Mais ainda: contribui para incorporar a ele o reconhecimento de novas questões sociais e a necessidade de práticas solidárias e democráticas a estas demandas.

Deste modo, percebemos que a entrada das mulheres na saúde como movimento social foi responsável por um questionamento das tradicionais culturas, que levou para a arena política temas antes só considerados na esfera privada, tais como, maternidade, sexualidade, contracepção, aborto, violência contra a mulher, o cuidado com os filhos, enfim, assuntos do cotidiano.

E, assim, suas ações culminaram para a consolidação de uma “ação integral” como efeitos e repercussões de interações positivas entre usuários, profissionais e instituições, que são traduzidas em atitudes, tais como tratamento digno respeitoso, com qualidade, acolhimento e vínculo tal como observamos na construção da PNH, mais especificamente no dispositivo do Acolhimento.

2.2 MULHERES E SAÚDE: A HUMANIZAÇÃO DAS PRÁTICAS

Em meio a identidades partidárias e aspirações autônomas, os movimentos feministas passaram a reivindicar uma orientação política pela qual toda mulher

deveria ter o direito de praticar e gozar de suas relações sexuais sem ter medo de engravidar. E se deseja engravidar, que seja no tempo desejado e o número de vezes que quiser. E quando isso acontecer ela tem o direito de passar pelo processo gestacional (pré-natal, parto e puerpério) sem nenhuma complicação.

Pela importância que a saúde reprodutiva foi assumindo para a dignidade humana, os movimentos previam que a participação do Estado deveria assumir sua responsabilidade sobre os sistemas de saúde que garantam esses direitos. Buscava-se com isso o “controle democrático da reprodução”.

Estas considerações ganhavam forte relevância frente às crescentes taxas de mortalidade materno-infantil, que sempre foram elevadas no país. Alguns autores apontam que a preocupação governamental por esta questão também se colocava pela intensa pressão de organizações internacionais, seja pelo fortalecimento desse debate ou mesmo pelo simples avanço da industrialização, e a necessidade de mão de obra (Tanaka, 1995; Costa, 2002; Freire, 2006).

Assim, já em 1983, o Ministério da Saúde, atendendo às reivindicações do movimento de mulheres, elaborou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), sobretudo, por uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades neste campo.

Mesmo que para algumas militantes da época, isto significasse um enorme perigo de institucionalização dos movimentos feministas (ameaçados de ser absorvidos pelo Estado “pós-autoritário”) outras julgaram que esta proposta poderia resultar em maiores avanços (Rago, 2003).

E assim como em outras partes do ocidente, as principais conquistas sociais das mulheres brasileiras consistiram primeiramente em torno de evidenciar as questões relativas às especificidades femininas, principalmente sobre as suas aptidões maternas para fora de casa, seja no exercício de determinadas profissões consideradas próprias às mulheres, como na área de assistência social ou médica compatível com a “missão altruística” das mulheres e, até mesmo, para o exercício dos direitos políticos devido a esta “moralidade” específica ao sexo feminino.

Com isso, vemos que em termos de políticas públicas, a atenção à saúde da mulher ainda traduzia-se sempre na preocupação com o grupo materno-infantil. Nem mesmo a revisão do programa materno-infantil que levaram à instituição do PAISM

conseguiu romper com esta perspectiva, apesar de proporcionar a mudança do seu enfoque central que estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães, de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social.

Contudo, a base do conceito de "atenção integral", que implicava o rompimento com a visão tradicional acerca desse tema, sobretudo no âmbito da medicina anunciava uma nova e diferenciada abordagem para a prática de saúde e, paralelamente, constituiu-se também na primeira vez em que o Estado brasileiro propôs, oficial e explicitamente a se comprometer com a garantia do direito a saúde, embora de modo parcial (Osis, 1994).

Dessa mesma forma, podemos compreender que os valores atribuídos à lógica do cuidado "feminino" observados principalmente na proteção primária (ou seja, maternais) como a universalidade, equidade e integralidade vão ganhar espaço nas pautas de luta pela Reforma Sanitária no período de redemocratização. A sua consagração através da Constituição de 1988 e conseqüentemente na construção do SUS incorpora tais princípios como objetivo para o reconhecimento do direito a saúde para todos os brasileiros, sejam eles homens/mulheres, trabalhadores/não-trabalhadores, negros/brancos o que significou um grande avanço para a construção da cidadania de forma universal no país.

Porém, podemos observar a presença de uma lógica dicotômica em nossa sociedade, o que nem sempre permite que essa norma se efetive de fato, sendo ainda, apesar da implantação de mecanismos modernos atravessada pela idéia histórico-social que fomenta as desigualdades sociais, contrariando a concepção de universalidade e igualdade, mesmo para as mulheres.

Percebemos assim que a construção das políticas de proteção social no Brasil, ao não se apoiar nas bases do pleno emprego estabelece uma continuidade para esta experiência histórica responsável por assegurar a reprodução de estratos sociais majoritários da população mergulhados em condições de extrema pobreza (Costa, 2000). Sua trajetória se vê moldada por mudanças econômicas e políticas no plano internacional e interno que fazem avançar as idéias neoliberais.

De fato, é esta lógica que ainda tem se efetivado muitas vezes nos mecanismos de assistência à saúde e que tem produzido a desumanização do

sistema público, pois na prática ele tem se estabelecido como um segmento destinado aos mais pobres (Mendes, 2003).

De acordo com Tanaka (1995) e Costa (2002), percebemos que nem mesmo a emergência do PAISM como um campo de unificação das lutas feministas por direitos reprodutivos foi capaz de sufocar o grau de precarização dos serviços de saúde prestados para as usuárias do SUS que, em sua maioria vinham de classes populares.

Neste sentido, observamos um impasse para a sororidade¹⁰ e a irmandade feministas, já que as mulheres se descobriram desiguais (Costa, 2002). E é neste contexto que são identificados os fenômenos da maternidade transferida e de feminilização da pobreza¹¹.

Assim, apesar de as lutas do movimento feminista e de mulheres no PAISM terem contribuído para o reconhecimento da saúde como direito diante do Estado e para o fomento da Integralidade nas práticas de saúde que puderam ser contempladas na operacionalização do SUS, de fato foi percebida a necessidade de se introduzirem novas abordagens e dinâmicas de trabalho que abarcassem a todas as demandas relacionadas à saúde da população (Costa, 2004). Esses esforços não foram capazes de se impor frente a todas as desigualdades históricas e sociais que permeiam e dividem a nossa sociedade, causando novamente diferenciações entre o descrito constitucionalmente e o cenário real.

Nesse sentido, há que se considerar também que o SUS é uma política contra-hegemônica, continuamente ameaçada. Desta forma, o modelo privatista de proteção social de inspiração neoliberal que ganhou forças nas décadas posteriores à implementação do SUS caminhou em acentuar estas desigualdades, destinando aos usuários do SUS real (dentre eles as mulheres pobres) um contexto de segmentação, precarização e desumanização dos serviços públicos de saúde.

¹⁰ Conceito formulado na primeira etapa do movimento feminista e se caracterizou por pensamentos e ações voltados para a problemática de uma ideologia de base comum: "Somos todas irmãs, somos todas iguais, nossos problemas são comuns enquanto mulheres." O termo presumia solidariedade a experiência da maternidade vista como "igual" para todas e se colocou durante muito tempo como forma de fortalecer o movimento de Mulheres quando ainda incipiente (Araujo, 1994).

¹¹ Segundo o Relatório sobre a Situação da População Mundial (2002b) podemos percebermos que o número de mulheres pobres tende a ser superior ao de homens, a carga horária de trabalho das mulheres é maior e que pelo menos metade do seu tempo é disponibilizado em atividades não remuneradas, o que reduz o acesso aos bens sociais (como acesso aos serviços de saúde).

É dentro desta perspectiva que alguns autores, já na década de 1990, identificavam registros abundantes de violência institucional cotidiana, explícita e simbólica nos procedimentos usuais de atenção a saúde de mulheres pobres. Tais práticas reafirmavam a persistência da não-integração dos serviços de pré-natal, parto e puerpério contribuindo para ações desintegradas que submetiam estas mulheres a longas peregrinações e à mendicância por assistência, resultando em significativas conseqüências tais como a persistência das altas taxas de mortalidade (Tanaka, 1995; Costa, 2002).

Soma-se a isso, o agravamento da crise econômica e fiscal do país neste mesmo período que, faz com que o SUS (mesmo no início de sua implementação) torne-se alvo das políticas de ajuste e contenção de gastos, que colocam em jogo seus princípios universalizantes e solidários.

O “modelo” neoliberal, estabelecido como regra a partir de então, buscava na articulação de uma ampla aliança mundial, fundada internamente nas elites urbanas, rurais e nas altas classes, operar importantes mudanças estruturais (de propriedade e poder) para garantir o seu funcionamento levou o país para uma situação de total dependência externa e profunda ilusão política num suposto desenvolvimento nacional.

Este novo modelo acabou por reforçar o domínio das chamadas leis de mercado, do individualismo, da competitividade e do consumismo, sufocando os valores da igualdade, da solidariedade, da soberania nacional, de uma democracia participativa formulados até então pela Constituição Federal de 1988.

Assim, a busca pela construção de uma nova relação Estado-Sociedade esbarrava no caráter segmentário do Estado, seus conteúdos estatizantes (que representavam conquistas para a sociedade civil) e contraditoriamente o privatizante que consistia na abertura do aparelho estatal. Suas ações revelavam um comprometimento com a manutenção desigual da estrutura de classes, uma vez que as suas estratégias privilegiavam as classes burguesas, em detrimento das classes populares (Ouverney, 2005).

Na prática, Castro (2008) acredita que a luta na arena estatal está mediada por interesses divergentes de diversos grupos de poder (Atores) que pode afetar diretamente a formulação e a implementação das políticas públicas estatais.

Desta forma, a participação de demandas histórico-socialmente criminalizadas, sempre tende a ocorrer de forma parcial, pois, mesmo que na lei as estruturas caminhem de forma a disseminar direitos comuns na prática a estrutura se estabelece de forma inversa e segmentada, favorecendo mais as demandas com maior poder político e econômico. Diante deste cenário de precarizações, poucos movimentos sociais mantiveram uma visibilidade política substancial ao longo de toda a década de 1990.

Entretanto, para Gonh (2007) os poucos que permaneceram tornaram-se mais qualificados mediante a abertura dos horizontes globais, como é o caso do movimento das mulheres; o movimento dos homossexuais; o movimento afro-brasileiro; etc. Nesse sentido, podemos localizar inúmeras articulações desses movimentos sociais com organismos internacionais que pressionavam o governo a tomar iniciativas que, de fato, pudessem solucionar os entraves da atenção à saúde no país.

Para além disso, esta mesma autora identifica que o “movimento de mulheres” como sendo algo muito mais numeroso do que o “movimento feminista”, mas quase invisível enquanto movimento de ou das mulheres. A autora aponta que o movimento das mulheres é composto por lutas do movimento feminista e feministas independentes, de movimentos de gênero, ONGs e entidades que compõem partes de seu universo. Desta forma, aponta que a presença majoritária das mulheres em múltiplos movimentos que, principalmente os relacionados a melhores condições de vida e trabalho, reconhecimento de direitos sociais, políticos e culturais, etc.

Com isso, percebemos que o centro do movimento de Humanização do SUS sob diversos aspectos sempre esteve fortemente relacionado à ocorrência de inúmeras políticas de saúde de atenção saúde da mulher, sobretudo na área materno-infantil, aonde a presença das mulheres sempre foi maioria.

Assim, identificamos nesta área de atenção uma extensa produção de políticas e programas humanizadores, mesmo antes da implementação da PNH. Dentre estes, se destacam: a Norma de Atenção Humanizada do Recém Nascido de Baixo Peso (1999-2000) e o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento - PHPN (Brasil, 2000).

Estas ações foram acompanhadas da produção de importantes diretrizes

técnicas tais como: os manuais Parto, Aborto e Peurpério; assistência humanizada a mulher (2001) e o atenção humanizada ao recém nascido de baixo peso - método Mãe Canguru (Brasil, 2002c) - e serviam como exemplo para muitos cursos de capacitação de formadores no país (Deslandes, 2005).

Compreendendo que a não percepção da mulher como sujeito e o desconhecimento e desrespeito aos direitos reprodutivos constituíam o pano de fundo da má assistência, o PHPN¹² se constituiu como uma resposta às necessidades de atenção específica à gestante, ao recém-nascido e à mulher no período pós-parto na perspectiva de fomentar o respeito a esses direitos e a humanização como elementos estruturadores.

A estratégia principal deste programa era assegurar a melhoria e a cobertura do acesso com qualidade e acompanhamento do pré-natal ao peurpério, tanto as gestantes quanto aos recém-nascidos, tendo como lócus a consolidação dos direitos de cidadania (BRASIL, 2000). O PHPN instituiu uma série de medidas, como estabelecimento de critérios mínimos e pagamento de incentivos locais, com o objetivo principal de melhorar a qualidade da assistência.

A criação de um sistema informatizado de informação e acompanhamento, o SISPRENATAL, foi considerada uma medida fundamental do Programa, pois, deveria se constituir como um instrumento capaz de fornecer um conjunto de relatórios e indicadores planejados para monitorar esta atenção e melhorar a gestão dos serviços, principalmente nos municípios (Serruya, 2003).

Tais bases foram importantes para a difusão da necessidade de se humanizar as práticas de saúde no SUS na perspectiva da efetivação de valores solidários para todas as suas demandas como forma de valorização da vida através da consolidação da PNH. Quanto à atenção ao pré-natal e ao peurpério esta experiência tem se consolidado, principalmente, através do estabelecimento do dispositivo do Acolhimento nas ações de atenção básica.

É dentro deste debate que a idéia de Acolhimento vai ganhar espaço nos serviços de atenção básica como meio para fomentar o princípio da integralidade na tentativa de dar solução aos problemas de acesso e produção da linha de cuidado.

¹² Instituído pelo Ministério da Saúde em 1 de junho de 2000 (Portaria 569, publicada no Diário Oficial da União em oito de junho de 2000, na seção 1, página 4.

2.3 A NECESSÁRIA HUMANIZAÇÃO DA ATENÇÃO À SAÚDE DA MULHER E O PRÉ-NATAL

Como vimos o fomento dos movimentos feministas e de mulheres foi fundamental para que se criasse um novo paradigma não só na atenção à saúde da mulher, mas também em todo o sistema de saúde. Contudo, a atenção à saúde da mulher no Brasil, ainda permanece como um desafio para a assistência, principalmente quanto ao estabelecimento da qualidade e da incorporação dos princípios filosóficos da integralidade do cuidado.

Todavia, na consolidação dos direitos reprodutivos percebemos que muitas ações têm se apresentado na busca da mudança desta perspectiva para a efetivação dos direitos reprodutivos tendo as mulheres como protagonistas.

Uma destas mudanças que tem se evidenciado, principalmente, quanto à importância que tem se dado ao indicador Razão de Mortalidade Materna¹³ (RMM), já que agora este índice, junto com o coeficiente de mortalidade infantil, são reconhecidos não só como indicadores das condições de saúde da população, como também eventos que refletem as condições gerais de vida, sendo considerados sínteses da qualidade de vida e do nível de desenvolvimento de uma população (Oliveira et al, 2008). Atualmente, a taxa de mortalidade materna máxima recomendada pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) é de 20 casos a cada 100 mil nascidos vivos.

A morte materna tem se identificado como um evento sentinela da assistência prestada à mulher durante o ciclo gravídico-puerperal, pois, o risco de uma gestante falecer pode ser constatado mesmo antes da própria gestação.

No entanto, geralmente pacientes de baixo nível social, que não são assistidas por um programa de planejamento familiar e/ou pré-natal e, portanto, sem nenhuma assistência médica perdem a oportunidade da detecção, orientação e correção de patologias preexistentes (Boyaciyan, 1998).

Desta forma, a mortalidade materna ainda permanece como uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres, principalmente por ser uma

¹³ De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), a morte materna ocorre durante a gestação ou no período de 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou da localização da gravidez, por qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez, ou por medidas voltadas a ela, porém não por causas acidentais ou incidentais.

tragédia evitável em 92% dos casos, e por ocorrer principalmente nos países em desenvolvimento (Brasil, 2007).

De acordo com estudos apresentados pela Organização Mundial da Saúde (OMS), Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) sobre a mortalidade materna (2003), vemos que a nível mundial esta taxa foi calculada em 400/100.000. Por região, o índice mais elevado verifica-se na África - 830, seguido da Ásia (excluindo o Japão) - 330, Oceania (excluindo a Austrália e a nova Zelândia) – 240 e da América Latina e Caribe - 190. No plano internacional, 13 países em desenvolvimento registraram 70% de todas as mortes maternas.

Assim, estes dados sinalizam uma situação real e preocupante quanto à saúde da mulher, pois refletem a falta de qualidade dos serviços de assistência à gestação, parto e puerpério que atinge, sobretudo, os países em desenvolvimento, onde estão as gestantes mais necessitadas e com maior dificuldade de acesso a assistência de qualidade.

Dentro deste cenário alarmante, em 2000, os dirigentes mundiais chegaram a um acordo no sentido de reduzir em 3/4 a mortalidade materna até 2015, no âmbito dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio 5 (ODM - 5) que visa melhorar a saúde materna.

Desta forma, busca-se acompanhar o processo das mortes maternas de forma sistemática no qual se mencionam as causas. Por este motivo, e para que se possa acompanhar a evolução das tendências é essencial que sejam utilizados indicadores como a percentagem de mulheres cujos partos são assistidos por pessoal de saúde qualificado.

Contudo, os relatórios globais sobre a saúde divulgados anualmente pelos organismos internacionais como o UNICEF e a OMS contêm indicadores que nem sempre coincidem com os publicados oficialmente nos países. Esta situação gera falta de conformidade e desacordos quando as diferenças são importantes, particularmente quando se tratam de indicadores relevantes em nível político como os relacionados os Metas de Desenvolvimento do Milênio (MDM).

No Brasil, em 2006, a taxa de mortalidade materna foi de 55,1; mas devido a sub-notificações estaria próximo de 77,2 óbitos a cada 100 mil nascidos vivos, segundo a estimativa da Rede Interagencial de Informações para a Saúde - RIPSa.

TABELA 1: Número de óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos no Brasil e na Região Sudeste, 2000-2006

	2000		2001		2002		2003		2004		2005		2006	
Brasil	52,4	**	70,9	**	75,9	**	73,0	**	76,1	**	74,7	**	77,2	**
Região Sudeste	49,6	*	47,6	*	49,0	*	43,2	*	45,5	*	43,4	*	50,7	*
Minas Gerais	
Espírito Santo	44,5		24,5		43,6		37,4		65,7		53,4		64,1	
Rio de Janeiro	76,0		71,4		74,1		68,0		69,6		63,2		75,1	
São Paulo	40,1		40,6		40,1		34,2		34,8		35,4		40,8	

Fontes:

MS/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC;
MS/SVS - Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM.

Legenda:

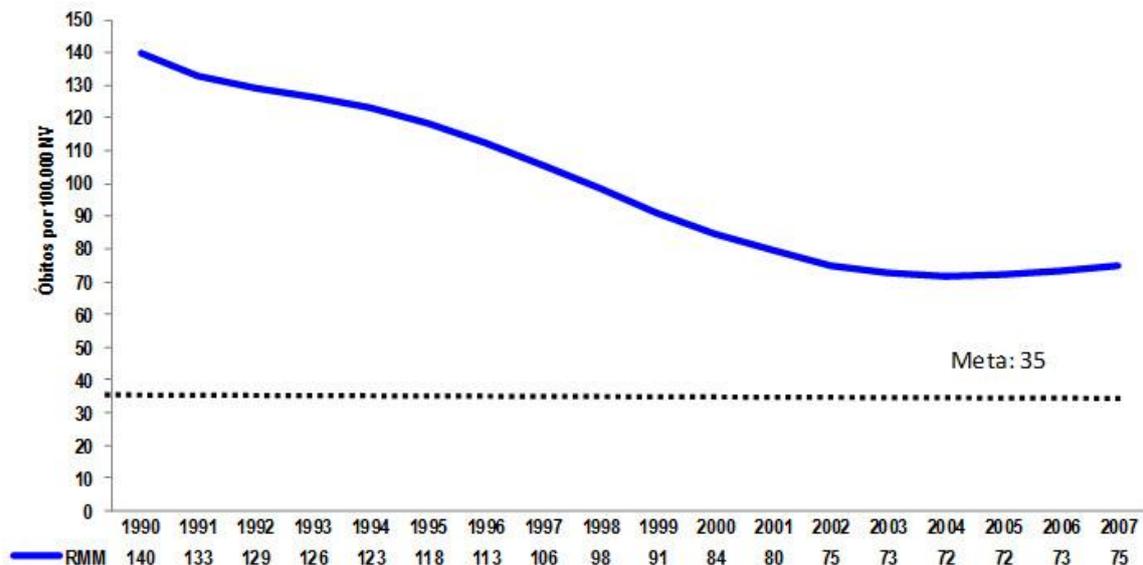
* Razões calculadas considerando apenas com as UF com razões calculadas diretamente.

* Para o Brasil, usou-se o total de óbitos maternos coletados pelo SIM e de nascidos vivos coletados pelo SINASC. A partir de 2001, para o Brasil, este total foi corrigido pelo fator de ajuste (1,4) obtido na Pesquisa sobre a Mortalidade de Mulheres de 10 a 49 anos, em 2002 (Laurenti e col., 2004).

Contudo, dados ajustados revelam uma queda significativa da RMM desde 1990. Neste ano RMM corrigida era 140 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto

que em 2007 declinou para 75 óbitos por 100 mil nascidos vivos, o que representa uma diminuição de aproximadamente a metade.

FIGURA 1: Razão de mortalidade materna (por 100 mil nascidos) ajustada* e meta a se atingida (Meta 5). Brasil, 1990 a 2007.



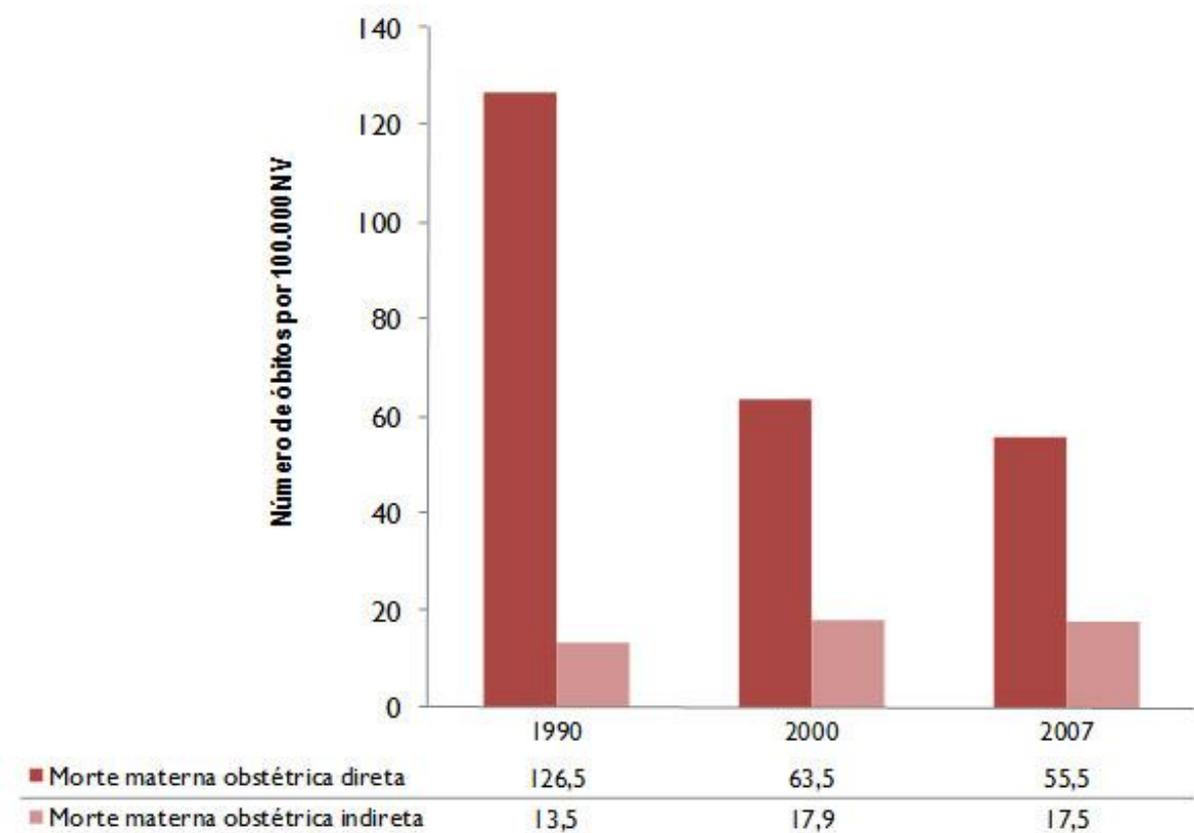
Nota: *A RMM foi ajustada com uma função polinomial grau 6 com $R^2 = 0,947$

Fonte: SIM – CGIAE/DASIS/SVS/MS

Nesta perspectiva a assistência ao pré-natal no âmbito da atenção básica tem se colocado como uma ação prioritária para o acesso e a constatação precoce de doenças no combate a taxas de mortalidade materna, principalmente, no combate de mortes por causas diretas que ocorre por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas¹⁴. A morte materna por causas diretas diminuiu 56%, de 1990 até 2007:

¹⁴ A morte materna obstétrica indireta é aquela resultante de doenças existentes antes da gravidez ou de doenças que se desenvolveram durante a gravidez, não devidas à causas obstétricas diretas, mas que foram agravadas pelos efeitos fisiológicos da gravidez.

FIGURA 2: Razão de mortalidade materna por causas obstétricas diretas e indiretas (por 100 mil nascidos vivos). Brasil, 1990, 2000 e 2007



Fonte: SIM – CGIAE/DASIS/SVS/MS

De fato, a aderência e a ampliação da cobertura dos serviços de atenção básica têm corroborado para um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS, partindo de 1,2 consultas por parto em 1995 para 5,45 consultas por parto em 2005. No entanto, na análise de alguns dados tem se evidenciado o comprometimento da qualidade dessa atenção tais como: a incidência de sífilis congênita, o fato de a hipertensão arterial ainda ser a causa mais freqüente de morte materna no Brasil e o fato de que somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) consegue realizar o elenco mínimo das ações preconizadas. Outra questão crítica que tem surgido na atenção pré-natal é a chamada “alta” do pré-natal, com a falta de acompanhamento ambulatorial no fim da gestação, momento em que é maior a probabilidade de intercorrências obstétricas (Brasil, 2005).

E é na constatação destes dados que atualmente as principais organizações de saúde, apoiadas por instituições de pesquisa, tem buscado através da elaboração de novas propostas a prevenção da mortalidade materna.

Na incorporação de novas estratégias a inclusão de propostas de Humanização na reformulação do processo de trabalho nas Unidades de Saúde da família (USF) tem se apresentado como um importante canal para a redução dos índices de mortalidade materna.

Como podemos identificar, estas intenções igualmente se expressam através da difusão de outros documentos oficiais da área de Saúde da Mulher, como: na Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher – PNAISM (Brasil, 2004c) e no Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (Brasil, 2004d), em que a humanização e a qualidade da atenção a saúde se apresentam como condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos na promoção do auto cuidado.

Nessa perspectiva, a PNH através do dispositivo do Acolhimento vem se colocando como fundamental para uma atenção ao pré-natal de qualidade e humanizado para a saúde da mulher principalmente através da construção da compreensão da pessoa em sua totalidade corpo/mente e considere o ambiente social, econômico, cultural e físico no qual vive; do estabelecimento de novas bases para o relacionamento dos diversos sujeitos envolvido na produção de saúde – profissionais de saúde, usuários(as) e gestores; e da construção de uma cultura de respeito aos direitos humanos, entre os quais estão incluídos os direitos sexuais e os direitos reprodutivos, com a valorização dos aspectos subjetivos envolvidos na atenção (Brasil, 2005).

Hoje, a Atenção Básica se apresenta como um espaço privilegiado para a construção de um SUS humanizado, já que, os espaços da atenção básica favorecem encontros que podem ser produtivos entre os profissionais de saúde e entre estes e a população usuária do SUS. Porém, ao lidar com problemas altamente complexos vindos do cotidiano (que dizem respeito aos modos de viver, sofrer, adoecer e morrer) a ESF vêm se utilizando de poucos equipamentos para dar conta dessas responsabilidades (Brasil, 2006b).

Neste contexto, percebemos que o Acolhimento como diretriz e dispositivo da PNH na Atenção Básica tem se evidenciado, principalmente como veículo fundamental para a operacionalização do princípio da atenção integral em saúde (tal como previsto no SUS e por este movimento) seja no que se refere ao acesso, à produção da linha de cuidado e a construção de vínculos.

Considerando que o Acolhimento tem se apresentado como um dos dispositivos de maior importância na difusão das idéias da PNH para fomentar as idéias de integralidade nos serviços de ESF, principalmente na atenção ao pré-natal, acreditamos que seja de fundamental importância investigar os limites e as possibilidades dessas dimensões quanto a sua implantação em uma USF, especialmente, nos serviços de atenção ao pré-natal em que a sua necessidade se coloca como fundamental para a materialização dos direitos reprodutivos e redução dos índices de mortalidade materna.

CAPÍTULO 3 – ASPECTOS METODOLÓGICOS

3.1 TIPO DE PESQUISA

O estudo aqui proposto exigiu a realização de uma pesquisa de base empírica, através de um estudo de caso único com abordagem qualitativa.

Considerando que, o processo de implantação do Acolhimento constituiu-se como um potente disparador de mudanças na reflexão dos problemas e no processo de trabalho, percebemos que a prática se caracteriza como proposição passível de reformulação no cotidiano de cada serviço, ou seja, cada unidade de saúde tende a construir um campo de experimentação singular. Acreditamos que seja de fundamental importância compreender as variações decorrentes da multiplicidade de atravessamentos desta realidade.

Assim, com o intuito de desvendar as ações institucionais e identificar os conflitos que orientam a implantação do dispositivo do Acolhimento na atenção ao pré-natal nos dedicaremos a realização deste estudo de caso.

Fialho e Neubauer Filho (2008) caracterizam o estudo de caso como um tipo de pesquisa que apresenta como objeto uma unidade que se possa analisar de forma mais aprofundada. Desta forma, visa o exame detalhado de um ambiente, de um local, de um determinado objeto, ou, simplesmente de um sujeito ou de uma situação. Com isso, os mesmos autores o conceituam como um modo de coletar informação específica e detalhada sobre o comportamento de um indivíduo ou grupo de indivíduos em uma determinada situação e durante um período dado de tempo.

Assim, como vimos, a compreensão desta realidade se torna ainda mais necessária quando tomamos a atenção ao pré-natal no Brasil, já que, estas práticas ao longo da história só afirmaram lógicas de desumanização nos serviços sendo responsáveis pela peregrinação de mulheres no sistema e pelo grande número de

mortes por causas evitáveis. Nessa perspectiva, o estudo de caso vale-se da abordagem qualitativa para analisar o contexto, as relações e as percepções do fenômeno estudado.

O princípio que orienta esta metodologia é a crença de que através de uma observação de profundidade fatores previamente não observados poderão ser revelados, desta forma acreditamos que esta abordagem se enquadra com o objetivo de compreendermos as ambigüidade e pluralidade que se colocam para a implantação do Acolhimento nos serviços de atenção ao pré-natal.

Ao contemplar o aspecto qualitativo do objeto consideraremos o sujeito do estudo em determinada condição social como pertencentes a um determinado grupo social ou classe com suas crenças, valores e significado (Minayo, 1994).

Sobre a pesquisa qualitativa, Minayo (1999: 21) coloca que:

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, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Na pesquisa qualitativa, o material utilizado é a palavra, que expressa a fala cotidiana, nos discursos intelectuais, burocráticos, políticos e nas relações afetivas ou técnicas. Neste método, procura-se interpretar o conteúdo das falas, ultrapassando a mensagem e conhecendo significados latentes (Minayo, 1999).

Contudo, esta mesma autora afirma que a abordagem qualitativa não pode pretender o alcance da verdade, com o que é certo ou errado e sim, deve ter como preocupação primeira a compreensão da lógica que permeia a prática que se dá na realidade.

Dentro da complexidade dos processos de avaliação de políticas sociais no Brasil, Lobato (2004) propõe a necessidade de investimento na confecção de avaliações parcimoniosas nos custos e na efetividade, o que demandaria a maior exploração de técnicas qualitativas e a redução dos universos de investigação identificando a necessidade de se chegar mais perto dos indivíduos que estão na ponta da linha para conhecer melhor suas estratégias, modos de vida, expectativas e interações com as políticas.

Santos-Filho (2007) observa que ao contemplar tais objetivos de transformações nos processos de trabalho e na interação, a PNH se estabelece como um objeto a ser tratado de modo qualitativo, através da busca dos significados dessas ações/relações sociais na ótica dos sujeitos/atores do processo.

Desta forma, caminharemos na tentativa de superar a concepção do usuário como apenas receptor dos serviços (cliente/consumidor) ou objeto das políticas, mais irmos ao encontro de uma análise que realmente possa compreendê-lo como proprietário da coisa pública (Coutinho, 2000). Acreditamos que, as práticas e concepções que interessam no estudo da implantação do Acolhimento na atenção básica podem ser examinadas nas experiências narradas e nas formas de narrar destes trabalhadores e usuários.

Neste sentido, acreditamos que a implantação do Acolhimento seja de fundamental importância para a consolidação do direito à saúde através do comprometimento com o princípio da integralidade tal como está colocado nas resoluções do Ministério da Saúde (BRASIL, 2005).

Assim, tomamos como foco para essa análise a experiência do município de Itaboraí (RJ) que segundo pesquisa anterior (Lima, 2008) e dados do Ministério da Saúde, já tem alcançado bons resultados quanto à implementação do Acolhimento na ESF. Contudo, interessa-nos examinar mais especificamente o processo de implantação do dispositivo do Acolhimento no âmbito da Atenção Básica ao pré-natal.

Para isso, buscaremos identificar o histórico da PNH no município e analisar a estrutura e o funcionamento atual considerando as potencialidades e os limites deste dispositivo no programa de atenção a saúde da mulher no pré-natal sob três categorias de análise: acesso, produção da linha da linha de cuidado e construção de vínculo entre as usuárias e os profissionais de saúde tomando a experiência de uma Unidade de Saúde da Família (USF) como lócus da análise.

3.2 LÓCUS DA PESQUISA

O Município de Itaboraí forma juntamente com outros 18 municípios a Região Metropolitana do Estado do Rio de Janeiro. É composto por nove distritos: Itaboraí, Porto das Caixas, Itambí, Sambaetiba, Visconde, Cabuçu, Manilha,

Pachecos e Visconde de Itaboraí. De acordo com o Censo do IBGE (2000) o município apresenta uma população total de 187.479 habitantes, com estimativa para 2009 de 228.996 habitantes, sendo predominante urbana.

De acordo com dados do IBGE (Censos e estimativas, 2009) o município de Itaboraí possui mais da metade do total da sua população de mulheres em idade fértil (10-49 anos) correspondendo a 63,6%.

O município está habilitado na Gestão Plena da Atenção Básica, conforme a Norma Operacional Básica - NOB 01/96 - (Brasil, 1996a) e também aderiu à Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS-SUS 01/2002 – (Brasil, 2002d)¹⁵, que foi responsável por ampliar a responsabilidade do município no âmbito da atenção básica, pela definição do processo de regionalização para a hierarquização dos serviços e o aumento na equidade, instituindo os mecanismos para a efetivação do SUS.

De acordo com os dados do DATASUS (2003) o maior número de unidades do município é referente à Estratégia de Saúde da Família (ESF) sendo 46,3% do total da rede ambulatorial do município.

¹⁵ A NOAS-SUS 01/2002 foi composta por objetivos que pretendem a execução do direito universal, e equânime a serviços e ações para o acesso a proteção e recuperação da saúde, encontrado na Constituição Federal de 1988. A NOB-SUS 01/2002 originou a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, que ficou como um condicionante para a gestão dos sistemas municipais de saúde. Esta Atenção Básica Ampliada abrange as ações referentes à saúde da mulher, à saúde da criança, à saúde bucal; ao controle: da tuberculose, da hipertensão arterial, e da diabetes mellitus; e à eliminação da hanseníase (BRASIL, 2002c).

QUADRO 1 – Rede ambulatorial de Itaboraí (RJ), segundo tipo de unidade. Julho de 2003.

Tipo de Unidade	Unidades	%
Posto de Saúde	4	7,4
Centro de Saúde	1	1,9
Policlínica	1	1,9
Ambulatório de Unidade Hospitalar Geral	6	11,1
Unidade Mista	3	5,6
Pronto Socorro Geral	1	1,9
Clínica Especializada	4	7,4
Centro/ Núcleo de Atenção Psicossocial	1	1,9
Centro/ Núcleo de Reabilitação	1	1,9
Outros Serviços Auxiliares de Diagnose e Terapia	7	13
Unidade de Saúde da Família	25	46,3
Total	54	100

Fonte: DATASUS – SIA/SUS

O alto índice de unidades do ESF em Itaboraí, além de refletir um esforço de crescimento da cobertura populacional, evidencia uma alta demanda do município referente aos serviços de atenção básica. A predominância é de 73,4% dos procedimentos na Atenção básica, ficando a Atenção Especializada com 25,9%, e a Alta Complexidade apenas com 0,8% dos procedimentos (DATASUS, 2006).

QUADRO 2 – Produção ambulatorial do SUS*, Itaboraí (RJ), 2006.

Nível de complexidade	Total de Procedimentos	
	N	%
Atenção básica	2.802.190	73,4
Atenção especializada	987.840	25,9
Alta complexidade	29.769	0,8
Total	3.819.799	100

Fonte: DATASUS – SIA/SUS (*) Quantidade aprovada.

Atualmente 78,1% da população estão cobertas pela ESF (SIAB, 2010) através de um total de 45 equipes de saúde da família que inclui: 45 médicos, 45 enfermeiros, 45 auxiliares de enfermagem e 298 agentes comunitários de saúde.

Observamos neste contexto uma intensa preocupação da PETROBRAS quanto ao desenvolvimento desta região frente à implantação do Complexo Petroquímico do Estado do Rio de Janeiro (COMPERJ), no município.

Desta forma, em consonância com o Pacto Global, a PETROBRAS tem implementado um projeto pioneiro de monitoramento dos impactos de sua atividade industrial sobre os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) na dos municípios envolvidos no Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento do Leste Fluminense¹⁶ (CONLESTE).

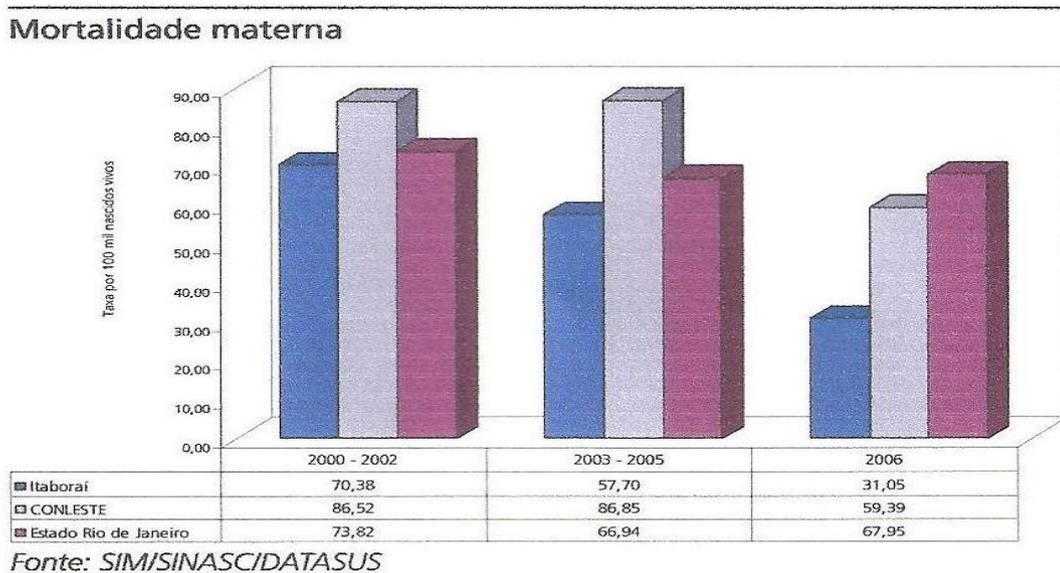
Este projeto tem se realizado através de parceria entre o Centro de Informações do Complexo Petroquímico do Rio de Janeiro (COMPERJ), a Universidade Federal Fluminense (UFF) e o Programa das Nações Unidas para os Assentamentos Humanos (UN-HABITAT), tendo como objetivo a constituição de um banco de dados georeferenciado com informações socioeconômicas e ambientais sobre a região, assim como o desenvolvimento de competências locais e regionais.

E é dentro das metas estabelecidas no ODM5 que visa melhorar a saúde materna que percebemos que o município de Itaboraí tem apresentado uma tendência descendente da taxa de mortalidade materna.

Durante os períodos analisados, o município apresentou taxa de mortalidade materna inferior à taxa do Estado e de toda a região do CONLESTE (2000 a 2002). Entre 2003 e 2005 houve uma nova redução na taxa e em 2006 ocorre um novo decréscimo na taxa municipal, permanecendo abaixo da taxa do Estado e do CONLESTE:

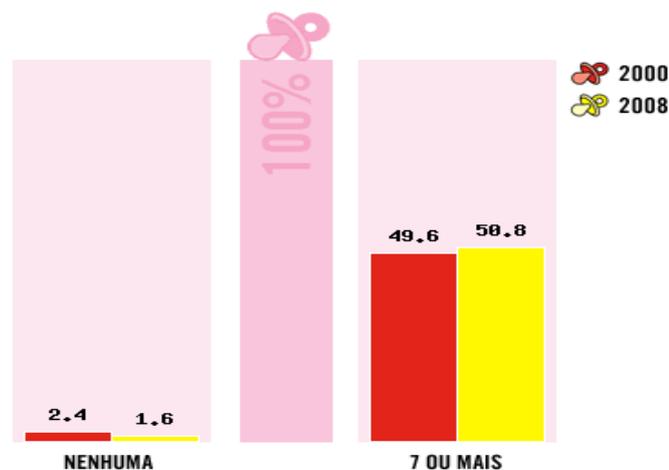
¹⁶ O Consórcio Intermunicipal de Desenvolvimento do Leste Fluminense (CONLESTE), criado em janeiro de 2007 é composto por 11 municípios (Rio Bonito, Maricá, Itaboraí, Magé, Niterói, São Gonçalo, Tanguá, Silva Jardim, Cachoeiras de Macacu, Guapimirim e Casimiro de Abreu) e tem buscado discutir e planejar políticas conjuntas, definidas em 13 projetos prioritários, que incluem temas como saneamento, saúde, habitação, água, lixo, zoneamento urbano e transporte.

FIGURA 3: Taxa de mortalidade materna por 100 mil nascidos vivos. Comparação entre Itaboraí, municípios do CONLESTE e estado do Rio de Janeiro. Brasil, 2000-2006.



A proporção de gestantes sem acompanhamento pré-natal, em 2008, neste município, foi de 1,6%. As gestantes com 7 ou mais consultas foram 50,8%. Em 2007, no Município, 99,8% dos nascidos vivos tiveram seus partos assistidos por profissionais qualificados de saúde:

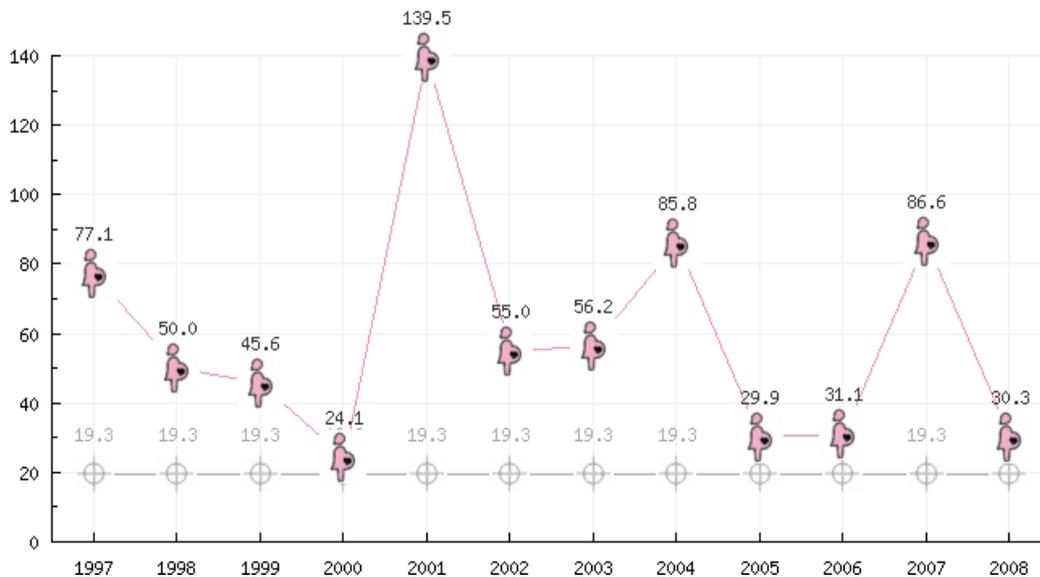
FIGURA 4: Percentual de crianças nascidas vivas por número de consultas pré-natais – Itaboraí, 2008.



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

O número de óbitos no município, de 1997 a 2008, também evidencia uma importante redução da mortalidade materna no município, principalmente a partir de 2001:

FIGURA 5: Taxa de mortalidade materna (a cada 100 mil nascidos vivos) – Itaboraí, 1997- 2008.



Fonte: Ministério da Saúde – DATASUS

Todavia, considerando os riscos de sub-notificações, observamos que o município tem se destacado positivamente na melhoria da atenção à saúde da mulher e nas ações de pré-natal. Desta forma, acreditamos que estes dados estão se evidenciando, principalmente, pela grande adesão ao PSF e ao PHPN. No entanto, há de se evidenciar, mais recentemente, os grandes incentivos que se tem evidenciado na implantação da PNH nas USF (2006/2007) com o foco na mudança do processo de trabalho através do dispositivo do Acolhimento.

Contudo, dados do SISPRENATAL (2009-2010) apontam uma questão preocupante, pois apesar de haver 3.786 gestantes no município, só 1.623 são cadastradas nas unidades de ESF e recebem assistência no pré-natal, que inclui realização de exames laboratoriais (inclusive teste de anti-HIV), vacina anti-tetânica e mínimo de 6 consultas por gestação, com busca ativa da equipes.

Desta forma, percebemos que algumas questões ainda se colocam frente ao tipo de atenção que tem se efetivado no município como: o risco das sub-notificações, o crescente índice de crescimento populacional migratório devido aos investimentos do COMPERJ na região e o alto percentual de mães com idade inferior a 20 anos.

Com isso, no interior do município de Itaboraí optamos por realizar a pesquisa em uma USF. A escolha por esta USF se justifica devido esta ter sido uma das primeiras unidades escolhidas pela gestão municipal para a realização do projeto piloto de implantação do dispositivo do Acolhimento da PNH na atenção básica em 2006, que como vimos em muito tem colaborado para transformações no processo de trabalho com o foco na integralidade (Lima, 2008).

Para, além disso, a unidade que se encontra dividida em duas equipes sob duas áreas de atuação sendo cada uma delas formada por um médico generalista, um enfermeiro, um técnico de enfermagem e seis agentes comunitários está completa e ainda conta com um profissional administrativo e de serviços gerais.

Assim, com o intuito de desvendar as ações institucionais e identificar os conflitos e possibilidades que orientam a implantação do dispositivo do Acolhimento na atenção ao pré-natal nos dedicaremos a realização deste estudo de caso.

3.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Considerando que as categorias de análise aqui adotadas aconteçam prioritariamente a partir da relação profissional/usuários, a escuta tanto dos usuários como dos profissionais envolvidos neste processo se colocou como fundamental para a realização da pesquisa.

Assim, a elaboração deste estudo deu-se a partir da composição da equipe na Unidade que se encontra dividida em duas áreas distintas. Desta forma, buscamos analisar as falas de três profissionais de cada área da unidade. (sendo um destes o responsável direto pela consulta de pré-natal). Ao mesmo tempo, na construção deste processo também sentimos a necessidade de analisarmos as considerações do gestor local para compreendermos melhor a organização atual da atenção à saúde da mulher no município.

Além dos profissionais e gestor, a pesquisa contou com a realização de entrevistas com 6 usuárias do serviço de pré-natal da USF, sendo três, de cada uma das duas áreas de abrangência da unidade. Buscamos entrevistas usuárias maiores de idade que tenham realizado todo o pré-natal nesta USF há menos de um ano. Assim, o primeiro critério de inclusão foi a exigência de já terem alcançado a maioridade¹⁷ e o segundo das usuárias que estejam no período do puerpério ou com filhos até um ano de idade. As entrevistas serão realizadas conforme o roteiro indicado no Apêndice B.

Quanto aos profissionais o primeiro critério para a inclusão foi o maior tempo de trabalho na unidade e o segundo ter tido participação em todas as etapas de implantação do dispositivo de Acolhimento na Unidade. As entrevistas foram realizadas conforme roteiro indicado no Apêndice C. A entrevista com a gestão local também seguiu este roteiro. Foram feitas, no total, 13 entrevistas.

As entrevistas estão identificadas pela letra EP (para os profissionais) e EU (para as usuárias) nos quais será acrescentado o número da entrevista conforme a sequência de realização. É importante ressaltar que ainda foi realizado um teste piloto para verificar a pertinência do instrumento de coleta de dados. Já a entrevista com a gestão do programa de atenção a saúde da mulher não terá evidência de nenhum código de identificação.

Nos quadros abaixo é possível ver a caracterização dos usuários e profissionais selecionados:

¹⁷ De acordo com o Art. 5º da Lei N° 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 do Código Civil Brasileiro, a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil (BRASIL, 2002a).

QUADRO 3 - Caracterização dos participantes no estudo - usuárias

Identificação	Idade	Profissão	Escolaridade	N° filhos	Idade do último filho
EU1	39	Do lar	Fundamental incompleto	3	5 meses
EU2	24	Frentista	Médio incompleto	2	1 mês
EU3	38	Do lar	Fundamental incompleto	5	11 meses
EU4	28	Do lar	Médio completo	4	5 meses
EU5	22	Manicure	Médio incompleto	2	22 dias
EU6	21	Do lar	Médio incompleto	2	11 meses

QUADRO 4 - Caracterização dos participantes no estudo – profissionais

Identificação	Profissão	Tempo de inserção no serviço	Vínculo de trabalho	Carga horária	Outros vínculos de trabalho
EP1	Médico	4 anos	Contratado	40h/s	Sim
EP2	Enfermeiro	3 anos	Estatutário	40h/s	Sim
EP3	Agente de Saúde	8 anos	Estatutário	40h/s	Não
EP4	Agente de Saúde	9 anos	Estatutário	40h/s	Não
EP5	Agente de Saúde	9 anos	Estatutário	40h/s	Não
EP6	Agente de Saúde	9 anos	Estatutário	40h/s	Não

3.4 PROCEDIMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

Para a realização deste trabalho de campo, este projeto de pesquisa foi devidamente encaminhado a Secretaria Municipal de Saúde de Itaboraí (SMS) e ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CEP/HUAP/UFF).

A pesquisa foi realizada por meio de pesquisa bibliográfica, análise de documentos institucionais (incluindo: diários de campo do período de estágio e o Trabalho de Conclusão de Curso - TCC) e entrevistas semi-estruturadas (APÊNDICE B e C) após a aprovação pelo comitê de ética referido acima.

No que se refere aos profissionais de saúde, após a seleção dos profissionais das equipes, foi realizada uma visita institucional, onde os objetivos e procedimentos metodológicos da pesquisa foram apresentados. Após o consentimento dos participantes, agendamos a entrevista em data e local indicados pelos respondentes. Quanto às usuárias, foi feito convite para participação através da indicação dos agentes comunitários. Assim, realizamos visita domiciliar às usuárias selecionadas.

Todas as entrevistas foram realizadas em local e horário pré-determinados pelos entrevistados e, com permissão prévia, foram gravadas para garantir a confiabilidade dos dados coletados, sendo preservado o anonimato e garantida a utilização das informações somente para fins científicos.

Os sujeitos que concordaram na participação da pesquisa receberam informações sobre o interesse, a justificativa, o objetivo e as finalidades do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A), antes da realização da entrevista, seguindo as determinações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, que trata dos aspectos éticos da pesquisa envolvendo seres humanos (BRASIL, 1996b).

Também empregamos outras técnicas e procedimentos de pesquisa, como: levantamento da produção científica relacionada com o tema e observação de campo.

3.5 BENEFÍCIOS ESPERADOS E RISCOS POTENCIAIS

Os benefícios esperados são tanto de ordem acadêmica quanto prática. Do ponto de vista acadêmico, destacam-se:

- Consolidação da linha de pesquisa de Avaliação de políticas do curso de Mestrado em Políticas Sociais da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense;
- Elaboração de relatórios, artigos científicos, dissertações de mestrado e trabalhos de conclusão de curso sobre a temática de estudo;
- Apresentação de trabalhos em congressos e eventos científicos;

Do ponto de vista prático, espera-se que a pesquisa subsidie a tomada de decisões de gestores, conselheiros de políticas públicas e profissionais, apontando nós críticos em torno da implantação do dispositivo do Acolhimento na assistência ao pré-natal.

Quanto aos potenciais riscos da pesquisa, pode-se afirmar que eles estariam associados à perda de cargos comissionados por parte dos gerentes, punições e sanções administrativas a profissionais e riscos de perda de benefícios a beneficiários que emitissem informações e opiniões contrárias à gestão e ao poder público. Todavia, assegura-se que esses riscos serão minimizados (e praticamente nulos) em função da garantia do sigilo e do anonimato dos sujeitos da pesquisa, inclusive com o cuidado de que, na divulgação dos resultados, trechos das falas dos respondentes que tragam algum risco de identificação não serão utilizados.

3.6 O TRABALHO DE CAMPO

Depois de obtida a devida autorização do então Coordenado do PSF do município a proposta apresentada ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal Fluminense (CEP/HUAP/UFF) que foi devidamente aprovada iniciamos a entrada no campo.

No primeiro momento comparecemos a USF para apresentar a proposta da pesquisa aos profissionais selecionados e também analisarmos os prontuários das possíveis usuárias que pudessem estar inseridas no perfil indicado na proposta inicial do projeto¹⁸. Assim, já de início constatamos a impossibilidade de

¹⁸ Buscamos entrevistar as gestantes maiores de idade em atendimento pré-natal na UBS e que já realizaram acompanhamento pré-natal antes da implantação do Acolhimento que estejam principalmente na faixa etária entre 18 e 19 anos. Esta escolha se justifica pelos dados do SIH/SUS

encontrarmos usuárias nesse perfil. Desta forma, redefinimos esta proposta (como agora observada) e encaminhamos para o CEP para devida análise.

Enquanto aguardávamos a autorização para iniciar as entrevistas com as usuárias, nos dedicamos ao agendamento das entrevistas com os profissionais e observação de campo.

O agendamento com os profissionais, embora em alguns casos tenha sido mais demorado em virtude de adequação com o horário de trabalho transcorreu sem maiores dificuldades para a realização da pesquisa.

As observações de campo aconteceram, principalmente, no dia específico que a unidade reserva para o atendimento do pré-natal, aonde também realizamos abordagem inicial com as usuárias na sala de espera, no momento que aguardavam o atendimento.

Foi nesta etapa que constatamos a necessidade de também analisarmos as considerações do gestor local, a fim de compreendermos melhor a organização do programa de atenção a saúde da mulher no município e as atuais mudanças no processo de trabalho até este momento. Deste modo, nos encaminhamos à devida coordenação aonde nos foi concedida as devidas considerações como também, a documentação clínica de atendimento ao pré-natal que é disponibilizada pelo município.

Com a redefinição do perfil de usuárias aprovado, alongamos o prazo da pesquisa estabelecido no cronograma inicial e, novamente nos voltamos a analisar agora os prontuários de pré-natal, de puerpério e puericultura. Assim, sinalizamos as possíveis usuárias dentro do perfil estabelecido pela sua área e micro-área de abrangência e contatados o agente de saúde responsável para que pudesse agendar a visita domiciliar.

A estratégia utilizada nesse contato inicial foi apresentar a proposta da pesquisa, colocando os critérios de seleção dos sujeitos do estudo, e convidar aqueles que enquadravam nos critérios para participar da entrevista. De maneira geral, houve boa aceitação, haja vista que nenhuma usuária se recusou a participar do estudo. Contudo, em alguns casos tivemos que remarcar a entrevista e também

(2010) sobre o percentual de distribuição das internações por gravidez, parto e puerpério por faixa etária que apontam para um alto percentual de usuárias entre 15 a 19 anos (71,7%) assim, o primeiro critério de inclusão será a exigência de já terem alcançado a maioridade e o segundo será das que já realizaram mais de um pré-natal na unidade, dando preferência as usuárias que estiveram no final do ciclo gestacional da última gravidez.

substituímos as que mesmo com agendamento não eram encontradas em sua residência no horário estabelecido.

No geral, o trabalho de campo foi realizado sem maiores dificuldade e todos os profissionais e usuárias entrevistados contribuíram de forma a viabilizar a pesquisa de campo, que foi realizada nos meses de novembro de 2010 a janeiro de 2011.

3.7.0 TRATAMENTO DO MATERIAL

No tratamento e análise dos dados coletados, nos baseamos nas contribuições de análise de conteúdo temática segundo Minayo (1999). Assim, essa fase constituiu as seguintes etapas:

- 1. Ordenação dos dados:** realização do primeiro contato com o material empírico através da transcrição das entrevistas e organização dos diferentes dados encontrados nas entrevistas e na observação. Nesta etapa também dividimos o material de acordo com os grupos encontrados em sub-conjuntos de profissionais e usuárias, afim de, empregarmos uma leitura que busca-se as homogeneidades e diferenciações por comparações e contrastes.
- 2. Classificação dos dados:** procedeu-se à leitura flutuante e exaustiva do material buscando a apreensão de seu conteúdo na relação entre os dados empíricos, objetivos e pressuposto teórico da pesquisa. As falas foram divididas em cores com o intuito de estabelecermos núcleos de sentidos com as seguintes categorias analíticas: histórico da PNH no município (AMARELO), Estrutura e funcionamento (VERDE), acesso (ROSA), produção da linha de cuidado (AZUL). Essa estratégia permitiu compreender melhor as falas dos entrevistados e identificar as falas que corroborassem, complementassem ou discordassem das questões relevantes para a pesquisa.

3. Análise final dos dados: a partir das falas das entrevistas e da observação, bem como da contribuição de alguns autores significantes caminhamos na realização de uma profunda inflexão sobre o material empírico de acordo com as categorias vislumbradas neste estudo. Desta foi possível agruparmos as seguintes categorias e subcategorias vislumbradas neste estudo, a saber:

Categoria 1: Acesso Integral – Subcategorias: captação precoce das gestantes e reorganização e desburocratização do processo de trabalho.

Categoria 2: Produção da linha de cuidado Integral – Subcategorias: projeto terapêutico clínico e construção de vínculos.

Assim, na categoria do acesso levaremos em consideração a perspectiva da captação precoce das gestantes e reorganização dos serviços na desburocratização e equalização da relação oferta-demanda com qualidade e resolutividade.

Quanto à produção da linha do cuidado integral caminharemos em identificar na construção do projeto terapêutico das gestantes sob duas dimensões:

- Primeiro a produção do projeto terapêutico na garantia do acesso a todos os recursos tecnológicos disponíveis na resolução do caso como: Realização do mínimo de consultas estabelecidas pelo ministério da saúde e a realização dos exames clínicos estipulados para a assistência ao pré-natal, as imunizações e prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais.
- Segundo a construção de vínculos e responsabilização na relação profissionais/usuários o ato de cuidar como campo solidário de humanização os fluxos de afetos que façam com que o usuário se sinta protegido pelos atos assistenciais através da identificação da sua história de vida e do seu contexto cultural.

CAPÍTULO 4 – O ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL NO MUNICÍPIO DE ITABORAÍ: principais resultados

Este capítulo apresenta os resultados das informações encontradas no trabalho de campo, realizado em uma Unidade de Saúde da Família (USF) do município de Itaboraí (RJ), que é uma das pioneiras na implantação da diretriz do Acolhimento.

A pesquisa considera que a Integralidade - enquanto um princípio fundamental do SUS e da PNH - também se coloca como veículo fundamental para o alcance da qualidade da atenção da saúde da mulher, principalmente nos últimos anos. Nesta direção, esta investigação se propôs a analisar o Acolhimento na assistência ao serviço do pré-natal em uma USF, tanto do ponto de vista das usuárias quanto dos profissionais de saúde e gestor, a partir da dinâmica do serviço e dos processos de trabalhos. Tomamos dois eixos centrais para analisar esse processo, a saber: o acesso e a produção da linha do cuidado.

4.1 BREVE HISTÓRICO DA PNH EM ITABORAÍ

De acordo com pesquisa anterior (Lima, 2008), percebemos que a necessidade de reformulação do processo de trabalho na atenção básica ocorreu principalmente devido ao movimento de revisão na emergência do Hospital Municipal Leal Júnior, que naquele momento era sufocado pelas demandas que deveriam ser absorvidas pelas USF.

Foi neste momento que se percebeu que os princípios previstos no SUS e no modelo do PSF não estavam sendo aplicados como deveriam ser, apesar das capacitações feitas pela então gestão da Secretaria Municipal de Saúde (2005-2008). Assim, inicialmente no intuito de desafogar a emergência do Hospital

Municipal foi que se aderiu ao trabalho da PNH com base no Acolhimento, na busca pela resolutividade no processo de ampliar, facilitar e qualificar o acesso dos usuários ao sistema de saúde, iniciando um novo fluxo do acesso às unidades.

Os resultados demonstraram que a implantação desse novo fluxo apresentava tanto condições favoráveis quanto desfavoráveis para a consolidação da cultura de Humanização e Acolhimento no PSF. A principal questão girava em torno do acesso às unidades que necessitavam de respostas criativas e resolutivas.

Acolher a demanda espontânea com agenda aberta, racionalizar o fluxo e pressionar respostas nos outros níveis de atenção, acabar com as filas “madrugantes”, reativar as diretrizes da ESF e do SUS, possibilitar o reconhecimento do trabalho multiprofissional, eram alguns dos desafios que se apresentavam para a gestão municipal. Desta forma, percebeu-se que a maneira como o Processo de Trabalho estava organizado reduzia a capacidade de respostas pelas equipes de saúde, gerando angústia e desestímulo (Lima, 2008).

Diante deste quadro, a opção da então gestão municipal foi reorganizar o Processo de Trabalho em saúde, incluindo a idéia de humanização no atendimento, acolhendo a todos com o norte da classificação de risco e da prática da escuta ativa, direcionando-o para um acesso que caminhe não apenas para o aumento da cobertura, mas que se conecte com a integralidade e resolutividade das necessidades apresentadas.

Assim, em 2006 a Gestão Municipal convocou uma equipe multidisciplinar para realizar um projeto piloto de implantação do Acolhimento em uma determinada USF. O período de experiência durou de agosto de 2006 a abril de 2007. Ao longo dos oito meses de experiência, a equipe de supervisão elaborou um documento de avaliação, no qual se evidenciaram as principais dificuldades e os resultados obtidos ao longo deste período.

O início do processo de supervisão do projeto de Acolhimento contemplou etapas de discussão e reuniões com as equipes, capacitação inicial, definição de rotinas e fluxo (Porta de Entrada). Também ocorreu a presença maior de supervisores na unidade que acompanhavam as equipes e realizavam o Acolhimento junto com as mesmas (Lima, 2008).

A prioridade do projeto era incentivar, motivar e sensibilizar as equipes para aderirem ao novo processo de trabalho, de modo a direcioná-lo para um acesso integral dos usuários, dando resolutividade às necessidades apresentadas.

Segundo depoimentos de alguns entrevistados, a situação apresentada no início deste processo não era muito favorável ou estimulante ao trabalho. A equipe de profissionais se apresentava insatisfeita e desmotivada e desacreditava na nova proposta. Constantemente reclamavam do excesso de supervisores, pois achavam que eles, além de vigiá-los, atrapalhavam o processo de trabalho.

Os principais relatos referentes às condições desfavoráveis para a realização do Acolhimento aconteciam no processo e reorganização do trabalho devido à rotina estabelecida, à demanda excessiva e ao espaço físico. Os profissionais se queixavam de ter que trabalhar mais e reclamavam que a Equipe de Supervisão aumentava o trabalho. A supervisão não era vista pelos profissionais como integrante do processo de trabalho. Além disso, observou-se a falta de vínculo com a comunidade local e certa culpabilização deles pelo fracasso do processo de trabalho.

Após oito meses de trabalho, contudo, observou-se que o Acolhimento resolutivo funcionou, possibilitando melhor escuta e atendimento de todos, sem espera para a marcação de consultas. Também se observou um maior esforço para o reconhecimento dos recursos do município (encaminhamentos resolutivos), melhora na organização do processo de trabalho (reflexão sobre o processo de trabalho e conduta profissional), racionalização do fluxo na unidade (diminuição de pessoas circulando desorientadas pela unidade e diminuição do tempo de espera), fim das filas “madrugantes”, direcionamento dos agentes de saúde como participantes do processo de trabalho e não como responsáveis por definir quem é ou não absorvido (ou seja, responsável pela triagem).

Houve a definição de prioridade para as situações de risco e urgência (principalmente para mulheres, crianças e idosos), flexibilidade da rotina e atendimentos, cumprimento dos horários por parte das equipes e maior entrosamento com a equipe de supervisão.

As dificuldades que permaneceram após este processo se caracterizaram pela dificuldade de relacionamento entre as equipes (que ainda gerava conflitos) e a forte cultura do poder médico que dificultava a aceitação de outros saberes,

culminando com atitudes antiéticas e desrespeitosas. Observou-se ainda que o vínculo com a comunidade ainda necessitava da criação de um canal de comunicação e a necessidade de “desmame” do Supervisor, de forma que os profissionais tivessem iniciativa e compromisso, mesmo sem a presença do Supervisor. Porém, de acordo com as entrevistas realizadas para elaboração do TCC, observamos que a mudança na estrutura profissional das equipes à época colaborou muito para a melhora deste quadro.

A experiência gerou algumas metas e idéias por parte dos supervisores que foram discutidas pela supervisão conjunta, tais como: a elaboração de uma pesquisa focal (para avaliação sob a ótica dos usuários) para se documentar essa experiência, a elaboração de processos de educação em saúde e um levantamento quantitativo e qualitativo do fluxo para identificar as entradas e saídas.

Assim, após este período de experiência, a Secretaria Municipal de Saúde formulou em maio de 2007 e em 2008 a I e a II Oficina de Humanização na Atenção Básica¹⁹ com o objetivo de encarar o desafio de implantar a PNH em todas as USF do Município.

De acordo com os dados obtidos até aquele momento, foi possível observar um forte comprometimento da Gestão da SMS do período para que, de fato, o processo de Humanização e Acolhimento fosse implantado em todo o município, mesmo com as dificuldades estruturais aqui já apontadas. Contudo, a recente transição do governo municipal (2009-2012) tem evidenciado um intenso retrocesso desse projeto, tendo efeitos diretos na estrutura e funcionamento dos serviços de atenção à saúde da mulher. Tal fato tem se evidenciado, principalmente, pela constante troca dos cargos de gestão, seja na própria coordenação da SMS, seja na coordenação dos programas²⁰.

¹⁹ I Oficina de Humanização na Atenção Básica: Acesso para todos – HUMANIZASUS – ITABORAÍ. Sub-secretaria de saúde e atenção básica (Maio de 2007 e Julho de 2008).

²⁰ Num período de apenas dois anos, a SMS de Itaboraí contou com quatro secretários municipais diferentes.

4.2 ESTRUTURA E FUNCIONAMENTO DO PROGRAMA DE ATENÇÃO A SAÚDE DA MULHER E O PRÉ-NATAL

O Programa de Saúde da Mulher do município de Itaboraí se estrutura através de uma coordenação centralizada sob cinco pontos de atendimento sendo: Unidades Básicas de Saúde, Unidades de Saúde da Família, Ambulatório Central na sede da SMS (dois ambulatórios com quatro médicos), Policlínica de Manilha (atendimento de três médicos: uma que atende especificamente adolescente mais dois médicos atendendo ginecologia) e Policlínica do Hospital Municipal (atendimento a sub-especialidades: mastologista, patologia cervical, pré natal de alto risco, programa DST-AIDS e colocação de DIU).

As unidades de atenção básica atendem à população adstrita com base territorial. As demandas que são consideradas fora de área são geralmente atendidas nos ambulatórios da SMS e agora também estão sendo redistribuídas, em termo de espaço físico, para a policlínica de Manilha, que já atende aos distritos ao seu redor.

Quanto ao pré-natal, informações do gestor entrevistado indicam que o maior fluxo de demanda aparece referente às USF. Contudo, dados do SISPRENATAL (2009-2010) indicam que havia no biênio 2009-2010, 3.786 gestantes no município, das quais apenas 1.623 (43%) cadastradas nas USF.

De acordo com a coordenação atual, apreendemos que este dado pode ser uma conseqüência do desligamento de médicos nas USF, fato que ocasionou um grande referenciamento para o atendimento no Ambulatório Central da SMS:

“Esse ano, particularmente nesse ano e no outro, a gente teve uma baixa muito grande de médicos nas unidades de saúde. Então, geralmente esse pessoal foi referenciado pra cá. Quando chegou aqui a nossa agenda explodiu, porque a gente só tinha uma médica pra fazer atendimento de baixo risco é uma médica na policlínica para o alto-risco. Apenas uma pra atender todo o município mais os fora de área. Ai fez um "bum", ai ficamos solicitando. Nesse período de abril até outubro tivemos ouvidoria nesse sentido que as pessoas chegavam aqui e levavam muito tempo. Eram agendadas mais levavam dois meses para ser agendada. Estamos solucionando esse problema agora junto com a gestão” (Gestor).

Outro problema se coloca frente ao não cumprimento da carga-horária por parte dos profissionais, em especial médicos, e ao descompromisso com os encaminhamentos realizados para os diferentes níveis de complexidade do sistema

de saúde. Para o gestor entrevistado, o funcionamento adequado da ESF tende a reduzir a demanda para os atendimentos especializados:

“No PSF os médicos têm que cumprir carga horária. Não tem jeito. Tem que manter a carga horária e o treinamento deles para o pré-natal de baixo risco. Dá conta perfeitamente. Se o médico cumprir a carga horária dele junto com a enfermagem, dá conta. Não tenho a mínima dúvida disso. Se os PSF funcionarem direitinho, a gente diminui esse fluxo daqui. O fluxo de pré-natal de baixo risco daqui é alto porque os PSF não estão funcionando direito. Tem muito encaminhamento que não tinha que estar aqui. Pré-natal de alto risco... se a adolescente não tem nenhum problema de saúde, ela pode ser atendida na unidade dela. Eles usam dessa desculpa pra encaminhar” (Gestor).

A construção do COMPERJ na região e a falta de atenção ao pré-natal e ao parto também têm colocado como questão para as USF um constante crescimento das suas demandas, principalmente nas unidades mais próximas ao centro, sobrecarregando as unidades.

“A gente tem um custo. A gente trabalha em cima de estatísticas e de previsões. Esse negócio do COMPERJ aqui trouxe para o nosso município muito gente de fora. Muito, muito (...) já tem unidade que você vê que tem 4.300 pessoas (...) acho que deveria ser 1500 pessoas. Você vê aqui que tem unidades com cinco mil e poucas pessoas. Quer ver 5.345 pessoas e tem uma aqui com mil e pouca que deveria trabalhar melhor, deveria. Que ainda tem condições disso” (Gestor).

“A gente tem um agravante são as nossas fronteiras. A paciente que é do vizinho só procura o pré-natal com quatro meses, com cinco ela descobre que não está fazendo o pré-natal adequado ela pega o endereço da mãe daqui e chega pra gente sem nada com quase oito pra nove meses e dá o endereço daqui (...) isso acaba rolando. Ela tem o neném nessa maternidade aqui é mais organizada do que a do vizinho. Por exemplo: Tanguá não tem maternidade” (Gestor).

Entretanto, de acordo com a gestora do programa de atenção a saúde da mulher que participou ativamente deste processo no governo anterior e que agora retornou ao cargo, podemos perceber que estas dificuldades não são relativas só à falta de comprometimento dos profissionais ou ao aumento da demanda, mas principalmente à quebra do processo de trabalho que se consolidou através da proposta da PNH no município com a implantação do Acolhimento nas USF:

“Eu acho que foi uma quebra de um trabalho que havia sido construído arduamente, feito em quatro anos. Com a mudança de gestão, todo este trabalho parou e houve uma mudança a cada tantos meses do secretário de saúde. É como se você quisesse arrumar uma casa durante dois meses você chama uma pessoa depois outra pessoa. Então quando você começa a arrumar uma casa e toma pé do que esta acontecendo do que você vai fazer, muda. A administração pública dentro da área de saúde é uma coisa muito lenta. você não consegue planejar uma coisa pra você ver daqui a dois meses, três meses. Não adianta no mínimo seis meses a um ano. Então você tem que ir desenvolvendo os seus trabalhos, vendo no que você vai investir, ver as estatísticas. Por isso que, essa coisa que de dois anos pra cá que ta quebrada. Não se consegue engrenar um trabalho legal. Não to criticando cada um, mas o próprio sistema fracionou e foi caindo, caindo, caindo. Então não se tem a cobrança, não se tem mais estatística, os salários não conseguem manter bons profissionais. É isso tudo. São “m” razões” (Gestor).

Um aspecto considerado bem sucedido pelo gestor na experiência pioneira do acolhimento foi a supervisão técnica. Ainda que no início essa supervisão fosse recebida com resistência pelos profissionais inseridos nas USF, sua implantação possibilitou ganhos na qualidade da atenção prestada e o estabelecimento de um canal de diálogo entre gestor e profissionais. No entanto, nos três últimos anos, o trabalho da supervisão sofreu um retrocesso, com a redução do número de profissionais envolvidos. Sobre isso, a fala do gestor abaixo é emblemática:

“Dá pra ver uma queda vertiginosa. Existia na supervisão umas 30 a 40 pessoas fazendo supervisão. Todos os dias. A briga era por causa de carro. Por que um queria ir para direita e outro para a esquerda. Então a gente tinha briga (risos). Tinha dias que a gente saía de Kombi, o cara saía distribuindo a gente nos postos e voltava correndo. Eu acho que a supervisão hoje tem quatro pessoas: enfermeira, duas agentes e agora eu acho que contrataram uma enfermeira e um médico. Tem umas sete pessoas” (Gestor).

Sobre a continuidade da proposta da PNH e Acolhimento nas unidades percebemos que questões de ordem estrutural – baixos salários, falta de profissionais, péssimas condições de trabalho – foram apontadas como limites ao avanço da proposta de humanização:

“Esse trabalho está sendo desconstruído! A gente passou quatro anos ralando muito pra chegar aonde chegou. Brigando, reclamando de salário. Hoje você faz oficina só vai agente de saúde, enfermeiro. Quando vai. As pessoas estão muito desmotivadas. São mais de 10 anos que não tem aumento. A gente fica porque a gente é maluca. Eu to aqui há 17 anos, eu gosto do município, da população. (...) A gente acaba se apaixonando pelo município. Agora estamos tentando ver se a secretária nova que ta entrando agora pelo menos escuta a gente, escutando a gente já fica menos preocupada” (Gestor).

Assim, percebemos que o Acolhimento como proposta de trabalho tem se evidenciado para a gestão local do programa de atenção a saúde da mulher do município como uma proposta fundamental para a estrutura e funcionamento do pré-natal nas USF. No entanto, essa preocupação não encontrou eco na própria gestão municipal.

4.3 CONTEXTUALIZAÇÃO DO SERVIÇO DE PRÉ-NATAL NAS USF²¹

As USF buscam oferecer atendimento contínuo por profissional generalista nas áreas de Saúde da Mulher (pré-natal de baixo risco, prevenção de câncer ginecológico, planejamento familiar), Saúde da criança (acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, atenção às doenças comuns na infância), Saúde do Idoso, Programa de Controle da Tuberculose, Hanseníase, DST/AIDS, acompanhamento de doenças crônicas como hipertensão arterial e diabetes.

Desta foram, são realizadas consultas médicas ou de enfermagem, além de procedimentos coletivos, consultas em visita domiciliar, vacinação e curativos. Também são realizadas na unidade (em dia específico) a coleta de exames laboratoriais e encaminhamentos de referência e contra-referência para outras especialidades médicas e exames.

Especificamente quanto ao serviço de pré-natal nas USF, a assistência às usuárias inclui a realização de exames laboratoriais (inclusive teste de anti-HIV), vacinas e mínimo de 6 consultas por gestação, com busca ativa da equipes.

Nas USF, o acesso aos serviços do pré-natal se dá tanto através da busca ativa dos agentes comunitários (captação precoce) quanto pela demanda espontânea das usuárias. A primeira consulta (quando já confirmada a gravidez) costuma ser realizada pela enfermagem tão logo as usuárias chegam à unidade. Neste momento a enfermeira já faz o pedido de todos os exames e marca a próxima consulta.

Nesse sentido, as vacinas e exames de sangue são coletados na própria unidade e os resultados são entregues na unidade ou pelos agentes comunitários e

²¹ Estas informações foram obtidas através das seguintes fontes: i) Entrevista com o gestor e profissionais da USF pesquisada; ii) anotações do caderno de campo.

a ultra-sonografia é realizada no Hospital Municipal, por pedido de referência e contra-referência.

No primeiro e segundo trimestre de gestação, é agendada, em média, uma consulta por mês. Já a partir do terceiro trimestre, as consultas são agendadas por semana, até o final do período gestacional.

Apesar de não haver nenhum encaminhamento específico para a realização do parto, as usuárias são orientadas pela própria equipe da USF a procurar este atendimento na única maternidade pública do município, que se localiza no Hospital Municipal Leal Júnior.

Sobre o planejamento familiar, embora as orientações sejam feitas durante as consultas e haja distribuição de anticoncepcionais e preservativos na unidade, as gestantes são normalmente direcionadas no final do ciclo gestacional ou no puerpério à coordenação do programa de atenção à saúde da mulher, que realiza as reuniões e encaminhamentos para anticoncepcionais, cirurgias de laqueadura e vasectomia e a colocação do DIU.

Nesta caracterização, buscamos observar no processo de trabalho de uma dada USF que se destacou na elaboração da implantação do Acolhimento (Lima, 2008), as continuidades e retrocessos desse processo na atenção ao pré-natal.

De fato, esta USF demonstrou que a implantação do Acolhimento pode contribuir para melhorar e estruturar um processo de trabalho mais adequado para os profissionais, de forma a beneficiar os usuários, através da promoção de mudanças na prática do cuidar que busque o fortalecimento das relações solidárias à efetivação dos princípios do SUS. Percebemos que a estratégia de reorganização do processo de trabalho dentro da diretriz do Acolhimento permitiu o aproveitamento das possibilidades de se trabalhar com a idéia de se produzir o cuidado nas práticas de saúde.

Assim, considerando os bons resultados do município frente à redução da mortalidade materna, mas também as dificuldades atuais da implantação do Acolhimento nas USF, procuramos identificar os limites e as possibilidades para uma atenção integral as usuárias dos serviços do pré-natal através da percepção de usuárias e profissionais desta USF sob duas categorias de análise que ao longo deste estudo consideramos fundamentais: acesso e produção da linha de cuidado.

4.4 ACESSO INTEGRAL

Apesar de o acesso aos serviços de saúde poder ser conceituado como a ampliação da cobertura populacional – item que, de fato, é um dos elementos para a construção do acesso (Lobato, 2000) – esse indicador não é, por si só, suficiente para indicar que o acesso tenha se ampliado apenas com o aumento do número de unidades de saúde, ainda que sejam unidades de saúde da família.

Considerando o Acolhimento enquanto diretriz operacional da PNH, percebemos que o acesso se coloca frente à inversão da lógica de organização e do funcionamento do serviço de forma a ser organizado centrado nas necessidades do usuário (Franco et al, 1999). Portanto, entendemos que a reformulação das práticas de saúde se coloca como uma das principais transformações para que haja um acesso com integralidade que realmente se comprometa com a resolutividade das ações.

Assim, identificamos na organização do processo de trabalho da USF estudada sob as orientações do dispositivo do Acolhimento alguns modos de fazer que podem colaborar para a efetivação da integralidade nas práticas de saúde desta USF, principalmente para a atenção ao pré-natal.

Pois é nessa construção coletiva que assume a singularidade de cada equipe, diferentemente de uma técnica que define objetivo e os caminhos. O dispositivo do acolhimento propõe o surgimento de questionamentos que busque na construção coletiva o fim das formas de trabalho individuais responsáveis por fragmentar as práticas em saúde (Brasil, 2004).

Desta forma, na pesquisa consideraremos a captação precoce da gestação e a reorganização e desburocratização do processo de trabalho.

4.4.1 CAPTAÇÃO PRECOCE DA GESTAÇÃO

Percebemos que o acesso facilitado aos serviços é fundamental para o atendimento na constatação precoce da gravidez. Assim, apesar de os agentes de saúde serem os responsáveis por detectar a gestação e fazer o encaminhamento ao serviço muitas das gestantes já procuram espontaneamente a unidade para dar

início ao pré-natal.

“tem muitas que elas mesmas vêm. Elas já conhecem o nosso trabalho e elas vêm logo no início. (...) Às vezes não é o primeiro filho. Ai não procura a gente, elas vêm em a gente descobre aqui porque depois a gente tem que fazer o acompanhamento” (EP 3).

“Hoje eu vejo que tem uma consciência maior da questão da necessidade e da importância desse pré-natal do que antigamente. Elas já sabem que tem que ter um acompanhamento e que elas têm esse acompanhamento aqui. Isso é importante. Elas sabem que o posto promove esse tipo de serviço, que ele oferece isso. Então, atualmente é muito difícil uma gestante aqui levar a gravidez inteira sem ter tido acompanhamento. Quando a gente pega assim uma gestação mais avançada a iniciar o pré-natal é porque veio de outra região ou não foi lá. Ou então não teve atendimento lá. Ou ela saiu desse lugar para terminar aqui pra ter o parto. Mas é muito difícil ter uma gravidez aqui no caso dessa comunidade que não fez o pré-natal. Até mesmo porque assim, um vizinho fala o outro. O próprio vizinho chama o agente e fala: o fulano não ta fazendo o pré-natal não já ta com barrigão e não ta fazendo o pré-natal. E a família fica em cima. De modo geral, elas procuram sim”. (EP 2).

A busca ativa enquanto um mecanismo central do processo de trabalho das equipes de saúde da família contribui para a detecção precoce da gestante e início do pré-natal ainda nos primeiros meses da gestação.

Contudo, considerando que o aceso precoce é essencial para o acompanhamento das intercorrências da gravidez, identificamos que esta mesma rapidez não acontece em relação às gestantes adolescentes e solteiras, que normalmente são as que mais demoram para iniciar o pré-natal.

“As adolescentes é assim, elas ficam escondendo. Tem algumas que quando vem já estão com 4 meses, 3 meses. Mais elas vem aqui. É muito difícil elas procurarem o agente. As vezes a gente até pergunta mais elas negam. Quando elas vêm que não está dando mesmo para esconder. Ai elas vem e falam com as enfermeiras e fazem os exames” (EP 4).

“(…) tem casos que a gente é que tem que descobrir detectar nas nossas visitas porque tem muitas adolescentes que elas escondem a gravidez. Isso tem muito. Então fica difícil. E tem pessoas que a gente só vai descobrir assim com quatro, cinco meses e até mais. Porque às vezes são meninas novas que se apertam então, às vezes, nem a família sabe. Nas visitas que a gente ta sempre procurando, conversando, perguntando. (...) E ai chega uma hora que elas não conseguem mais esconder ai elas se abrem com a gente. (...) Elas se abrem com a gente até mais que com a família. Ai vem dizem que precisam se tratar e fazer o pré-natal. Ai a gente traz, logo marca uma consulta, logo é pedido o exame de sangue que elas têm prioridade e ai rapidinho começa. (...) as mais velhas já vêm direto... (EP 3).

Nesse ponto observamos que o princípio da sororidade e irmandade entre as mulheres ainda se constitui como um impasse para a consolidação dos direitos reprodutivos. Como coloca Costa (2002):

“Agora, porém, as lutas feministas por direitos reprodutivos, quando estendem o direito de controle da concepção a todas as mulheres, redefinem o ideal do igualitarismo. Um novo patamar de consciência de gênero aparece nas lutas por direitos reprodutivos, direitos iguais para mulheres desiguais”.

Assim, percebemos que podem existir diferenças no processo entre as próprias mulheres, mesmo que elas estejam inseridas na mesma faixa de renda, por isso, nas relações de gênero também devem ser consideradas outras percepções como: estado civil, cor, faixa etária, etc. (Costa, 2002).

“Quando são casadas mesmo que não querem elas falam, não tem problema nenhum. Agora, solteiras e jovencinhas são essas que costumam começar mais tarde o pré-natal. (...) Por esconder da família, por esconder de todo mundo e delas mesmas por, às vezes, nem elas aceitam que estão grávidas então até a ficha cair já passou um tempo” (EP 5).

Desta forma, identificamos que esses esforços não foram capazes de se impor frente a todas as desigualdades históricas e sociais da gestação ao qual estão suscetíveis tanto as mulheres solteiras e as adolescentes. E são essas diferenciações que expressam e dividem a nossa sociedade que causam descompassos entre o descrito constitucionalmente e o cenário real (Mendes, 2003).

“O problema vem desde casa. Desde a adolescência. A falta de orientação dentro de casa. Muitas delas acabam repetindo o que viu. A mãe engravidou cedo então acha que é normal a filha engravidar. Ai vai ter aquela criança e vai passar a mesma coisa. Que é uma coisa natural. Eles não têm aquele incentivo de como é importante ela estudar, ter uma profissão. Isso é o que a gente vê muito deficiente aqui. Aquela consciência de crescer de ter uma profissão, de se engajar na sociedade. De ter um espaço na sociedade. A gente vê a limitação mesmo que vem da família. Porque assim, até muitas delas estudam fazem o primeiro grau mais quando ta pra terminar não termina. Ai não acha importante acabar o primeiro grau e emendar no segundo. Falta a consciência mesmo da importância da escolaridade da profissão. Porque as que trabalham e que tem estudo a gente vê que não tem esse problema de ter muitos filhos, tem profissão. Quem realmente trabalha a gente não vê com muitas gestações e bem diferente a mentalidade, a forma de lidar com a vida é bem diferente” (EP 2).

“As que agente tem mais intimidade, principalmente as que são mais velhas comentam, mas as novinhas não costumam falar muito não agente percebe ou porque a mãe comenta. Mas tem umas que a mãe trabalha direto e aí quando a barriga já tá grandinha ou quando a gente vê a ficha de pré-natal aqui. Elas não comentam não. Nem todas comentam não... Sei lá, eu acho que elas não têm noção da importância que é o nosso acompanhamento ou vergonha aí no começo não fala pra ninguém. Essa que eu peguei de 14 anos, principalmente. Eu soube por que veio um papel da secretaria com o nome das gestantes, aí eu vi o nome dela, foi no começo do pré-natal. Foi que eu soube” (EP 5).

Considerando que os dados do SIH/SUS (2010) sobre o percentual de distribuição das internações por gravidez, parto e puerpério por faixa etária no município evidenciam um alto percentual de usuárias entre 15 a 19 anos (71,7%), o Acolhimento como diretriz tem sido uma preocupação atual e recorrente da gestão local não só como instrumento para a captação precoce, mas também para a produção de uma linha de cuidado integral:

“(...) quando a gente abre o número de pré-natal a gente ganha 10 reais. Quando a gente faz o mínimo de consultas a gente ganha mais 80 e com o puerpério tudo dá 90 reais. A gente recebe isso do estado se a gente cumprir todos esses protocolos. Isso aqui é o básico para a gestante. O número de consultas e o número de exames básicos. (...) O que a gente recebe por ano deveria ser recebido por mês. E este dinheiro seria investido nessas coisas. Você comprar mais ultra-som. Mas isso é muito difícil. Gerenciar isso em todas as unidades é muito difícil. Você tem 120 dias pra gerar o primeiro número, ou seja, se ela já passou de 3 meses já perdeu. O estímulo é esse. Correr atrás começar no primeiro trimestre fazer sete consultas incluindo a última do puerpério e fazer o mínimo de exames que ela tem que fazer” (Gestão).

4.4.2 REORGANIZAÇÃO E DESBUROCRATIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO

O treinamento e capacitação dos profissionais de saúde para a implantação do dispositivo do Acolhimento se destacou na perspectiva de interrogar a micro-política da organização do serviço, a fim de revelar as relações ali estabelecidas entre os profissionais e usuários, os nós críticos, os jogos de interesse e os processos decisórios (Franco e Merhy, 2003).

“No caso quem tá entrando além de ter as capacitações promovidas pela secretaria municipal de saúde. Que sempre tem e eles procuram saber da gente quais as nossas dificuldades, o que a gente sabe melhor, o que ainda tá deficiente eles procuram capacitar. Eu tive essas capacitações e a outra enfermeira também. E a gente aqui também procura passar tudo como funciona aqui: a dinâmica de atendimento, as necessidades da comunidade, as especificidades dessa comunidade (porque cada uma é de um jeito, cada uma tem a sua necessidade). Até mesmo comparando um bairro com o outro é muito claro que uma lida com o posto de uma maneira e a outra tem as suas características. Se eu sair daqui e for trabalhar na outra comunidade, com certeza, vai ter muita coisa diferente. E a gente tem que trabalhar de acordo com a comunidade que a gente tá inserido. Tem que ver a maneira deles de ser e a gente se adequar também a isso e eles a gente. É uma troca” (EP 2).

Considerando que a Integralidade nas práticas entre profissionais e usuários na saúde se coloca primeiramente frente a uma visão mais abrangente das doenças a partir das necessidades não ligadas diretamente a ela (Mattos, 2001), na reorganização do processo de trabalho percebemos que a integralidade primeiramente se colocou frente ao reconhecimento das necessidades socioculturais dessa demanda:

“Sempre a gente procura aqui fazer o acolhimento de acordo com a necessidade de cada um. E é um trabalho contínuo, porque se não, a gente não consegue levar adiante. É fundamental a questão da Humanização, fundamental” (EP 2).

Assim, na reorganização do processo de trabalho no pré-natal desta USF, percebemos que o Acolhimento destaca a integralidade principalmente sob dois pontos: o primeiro por não restringir o acesso ao pré-natal apenas à equipe da qual a usuária é referenciada e o segundo por proporcionar de acordo com as necessidades locais um dia específico para o atendimento do pré-natal e prioridade do acesso.

No primeiro ponto observamos a realização de um trabalho multidisciplinar que permite que tanto a enfermeira como a médica que é especialista obstétrica atendam as usuárias das duas áreas independentemente da adstrição determinada.

Desta forma, observamos um acordo entre os médicos das duas áreas e a realização de um trabalho multidisciplinar entre a médica e a enfermeira:

“O médico dá suporte a doutora nas visitas domiciliares e ela faz a parte de ginecologista e pré-natal” (EP 3).

“(...) só duas pessoas fazem o pré-natal aqui. Sou eu ou a enfermeira. O médico da área 12 não faz o pré-natal” (EP 1).

“As gestantes aqui gostam de fazer com mulher. Então ele não faz e fica tudo por conta da médica e comigo. Independente se é área 11 ou 12 fica sempre com a gente” (EP 2).

“Todas elas sempre passam pela médica. Um mês médica, no outro enfermeira. Ou dois enfermeira, dois médica. A médica também vê essa paciente não fica só com a enfermeira não. Se for um caso mais específico é sempre com o médico, se ele não puder resolver é encaminhado pro médico especialista lá em cima (EP 5).

Quanto ao segundo ponto, observamos não só a desburocratização do acesso frente à escolha de um dia específico na semana para o atendimento do pré-natal, mas também a priorização do atendimento às gestantes, independentemente deste dia:

“(...) na mesma hora que ela chega. Tanto o pedido do BETA HCG como a procura da enfermeira para abrir o prontuário é em qualquer dia. A consulta é que vai ser marcada após elas receberem os exames e a ultra-sonografia. Comigo é todas as segundas-feiras” (EP 1).

“Elas já chegam aqui e já saem com uma meia consulta com a solicitação de todos os exames. Que como são exames que não são muito rápidos, o resultado, a gente tem que ter esse comprometimento de fazer o pedido o mais rápido possível. Quanto mais demorar mais dificulta as coisas. Então elas têm um atendimento bem rápido. Dependendo do dia no mesmo dia ou no dia seguinte. Tem um dia aqui específico para o atendimento a gestante, que no caso é hoje segunda-feira. Então é o dia que elas fazem os exames laboratoriais, vem para a consulta, tira dúvida. Existe um dia específico que a segunda. Tanto com a médica como com a enfermeira. Mas nada impede que a gente faça outro dia. Eu tenho gestante também que eu atendo durante a semana que fala que não pode ser atendida na segunda. Então se ela não pode não é por isso que ela não vai ser atendida. Existe um dia pra gente se organizar no nosso trabalho, mas se ela vier no outro dia pedir um exame tudo a gente sempre atende” (EP 2).

“Geralmente as segundas-feiras é a consulta. Mas quando chegam no meio de semana procurando a unidade a própria enfermeira se encarrega de dar um jeito de pelo menos fazer o pedido de exame. É a primeira coisa que faz. Chegando esse exame e confirmando a gravidez já na próxima segunda elas já entram. Mesmo que não esteja marcado, agendado a consulta ela vai ser atendida. As consultas são agendas depois da primeira consulta. Mas na primeira não, chegou o exame, ou antes, do exame chegar elas são acolhidas. Até pra fazer esse primeiro pedido de exame. Ai quando esse primeiro pedido de exame chega a gente já informa e elas vêm logo naquela segunda-feira... Nós temos conseguido realizar a consulta de todo mundo no dia que é agendado. Todas elas são encaixadas cada segunda-feira é um grupo com espaço de um mês. Geralmente é por volta de 15, 16 pessoas que são atendidas” (EP 3).

“Geralmente o dia do pré-natal é marcado. Os dias são marcados então elas já sabem o dia que a doutora atende e o dia da enfermeira. E quando elas estiverem passando mal é só elas virem. Elas são atendidas se estiverem passando mal ou com alguma duvida (...) não precisa esperar o dia da marcação” (EP 4).

Nesse sentido, o atendimento ao pré-natal aparece de maneira diferenciada dos outros tipos de atendimento na USF, tanto no acesso às consultas quanto na realização dos exames de sangue, que é feito por um laboratório na própria unidade:

“Aqui não tem dificuldade nenhuma. Absolutamente nenhuma. Se não fez é porque realmente não quis. Aqui a hora que elas chegam não precisa pegar número. A hora que chegou, é pré-natal ai eu peço os exames na hora. Eu e a outra enfermeira, na hora. Não tem espera” (EP 2).

“Normalmente a primeira consulta não é agendada. Segunda feira de manha vem. O primeiro contato vai ser com a enfermeira ali a enfermeira vai conversar, faz o pedido dos exames iniciais que são os exames de sangue... essa consulta já é de imediato... O laboratório aqui é até as 8:30 no máximo, então se a gestante chegar aqui 9, 10 horas ela não vai fazer o exame já de imediato, mas a gestante com o laboratório ela tem prioridade. Na segunda-feira ela veio, a enfermeira fez o pedido, na outra segunda-feira ela já vem colher o material. Não é igual a pessoa que vem na consulta de clinica médica que faz o pedido dos exames de sangue e vai agendar lá na frente ai de repente é só pra daqui a dois meses. Pra esse ano eu acho que já não tem mais vaga (...) Mas a gestante não chegou hoje na segunda-feira ela já vem. É bem mais rápido” (EP 6).

“(...) Diabéticos, hipertensos, essa coisa assim não tem tanta prioridade quanto tem no pré-natal. Pré-natal a prioridade é máxima. Ninguém fica esperando muito tempo pra marcar. Às vezes vem à enfermeira atende até mesmo sem marcar já tem um primeiro atendimento, ai já passa alguns exames pra poder adiantar até marcar a consulta pra próxima semana. Mas ai já vem feito os exames, bem rápido. Às vezes não tem vaga na segunda, mas quando é pré-natal não tem isso. Sempre tem prioridade” (EP 5).

De fato, a facilidade no acesso também foi compartilhada pelas usuárias que entrevistamos:

“No mesmo dia que eu fui lá ela começou a marcar o exame. (...) Pediu logo o exame, foi a enfermeira. (...) Eu fui falei com o menino lá da frente, o agente. Marquei lá no mesmo dia” (EU 2).

“O pré-natal foi bom. Mas pra outros serviços é mais devagar. (...) Ai demora bastante. Exame pra ele demora mais do que no pré-natal eu tive que levar no particular” (EU 1).

Para a enfermeira, esta diferenciação se justifica não só pela maneira como o pré-natal está organizado, mas também pela grande demanda da Unidade aos

serviços da clínica médica.

“Clínica médica é mais complicado porque é uma área muito grande. Tem atendimento mais não dá pra atender a comunidade inteira na mesma hora. Não tem condições até porque aqui em NC é uma área que deveria ter até mais de um posto de saúde. Cada área aqui é composta de mais de 1200 famílias cada família são 8 10 pessoas. Ai se for colocar isso na ponta do lápis é impossível um posto conseguir prestar esse atendimento com tanta rapidez pra tanta gente. Mais a gestante aqui qualquer hora que ela quiser elas vão ser atendidas. Pode até não ser assim: você chegou eu vou te consultar, às vezes sim. Mas, por exemplo: hoje é o dia da puericultura então eu vou pedir seus exames e você vai vir amanhã ou depois de amanhã. Se não tem atendimento é porque elas não quiseram ter. Mas é muito difícil também. A gente tem uma boa organização com essa questão”. (EP 2).

A organização do processo de trabalho através do Acolhimento, tal como observada no trabalho de campo, também se desenvolve ao longo das demais consultas, envolvendo todos os profissionais da unidade:

“Elas passam na recepção, depois passam na pré-consulta que é pra ver o peso e a pressão essas coisas assim e depois para a enfermagem. (...) É toda vez é assim: recepção pra pegar o prontuário, depois o prontuário é levado para as meninas da pré-consulta pra ver a pressão e o peso depois é passado para a enfermagem” (EP 5).

“Elas passam pela pré consulta. São pesadas e a fazem a aferição da pressão pra ver se esta tudo bem (...) antes elas vão à recepção e pegam a carteirinha e ali está escrito a data do agendamento ai a recepcionista separa as carteirinhas delas por ordem de chegada pra poder pegar o prontuário pra na hora do atendimento. Ela coloca por ordem de chegada e deixa com a doutora a carteirinha junto com o prontuário” (EP3).

“(…) Foi fácil, ótimo. Todos eles me atenderam bem. Eu fiz essa primeira consulta com a enfermeira e depois demorou um mês pra eu passar pela médica. (...) Já tava com os exames. Demorou uns 15, 20 dias. Fui lá buscar por que a menina da recepção me avisou” (EU 2).

Hoje, a Unidade conta com uma sala de recepção, dois consultórios, uma sala de curativos, um almoxarifado, uma sala de vacinas e uma enfermaria. Nesse processo, a reforma de ampliação no espaço físico da Unidade no ano de 2005 tem favorecido esses encontros.

“Nosso espaço aumentou bastante. A gente era acostumado a vim trabalhar com uma sala pequena com um corredorzinho e agora tem esse espaço grande. Pode não ser o espaço perfeito, mas com relação à gestante não. Tem sala de enfermagem que ela é atendida lá. Quando o médico não tá aí elas atendem na sala do médico. Nunca vi reclamar do espaço aqui não. (...) Antigamente na outra unidade pequena reclamavam porque o espaço era zero. Era um monte de gente em um espaçinho pequeno. (...) Era estressante para todo mundo agora as pessoas se espalham. A gente não tinha nem cozinha” (EP 5).

Deste modo, de acordo com os agentes de saúde, podemos apreender que o acesso facilitado ao pré-natal faz com que usuárias que não utilizavam o posto busquem atendimento ou até mesmo que as próprias usuárias indiquem o atendimento do pré-natal a gestantes que são fora de área.

“Tem uma gestante que ela teve a primeira filha dela e fez todo particular, agora a filha dela não tem nem um ano e ela já está grávida de novo então ela se interessou em fazer por aqui. Hoje eu estive com ela e ela falou pra mim: “ontem eu estive lá e fui muito bem atendida, até melhor atendida de quando eu fiz o meu pré-natal particular” (EP 6).

“Eu vejo até pessoas que não são daqui. Elas mesmas multiplicam informações, que é bom. E acaba pessoas que não são aqui da área, nem do bairro vem buscar atendimento aqui. Às vezes a enfermeira aconselha a pessoa procurar o atendimento mais próximo delas. Mas elas às vezes querem ficar aqui. O atendimento é muito bom pra gestante. E elas sabem que aqui tem prioridade, aí elas correm para cá” (EP 3).

Desta forma, percebemos que o Acolhimento enquanto dispositivo prático tem evidenciado a integralidade não só pela necessidade da reorganização do processo de trabalho, mas também na necessidade de classificação dos riscos. Nesse sentido, acredito que nas práticas de atenção básica, ele tem sintetizado a proposta dos direitos reprodutivos há muito reivindicado pelos movimentos de feministas e de mulheres na saúde (Costa, 2004).

Nesta perspectiva, como vimos, o Acolhimento no acesso integral à assistência ao pré-natal busca promover a constatação precoce de doenças no combate a taxas de mortalidade materna, principalmente, no combate de mortes por causas diretas que ocorrem por complicações obstétricas na gravidez, parto e puerpério, devido a intervenções, omissões, tratamento incorreto ou a uma cadeia de eventos resultantes de qualquer dessas causas.

4.5 PRODUÇÃO DA LINHA DE CUIDADO INTEGRAL: projeto terapêutico clínico e construção de vínculos na atenção ao pré-natal

A assistência integral ao pré-natal permanece como um grande desafio, na medida em que é necessário combinar todas as dimensões do ciclo gestacional para a prevenção de agravos e consolidar os direitos reprodutivos.

Nesse âmbito, procuramos investigar a qualidade da diretriz do Acolhimento na formação de uma linha de cuidado integral que, de fato, pudesse proporcionar à gestante não só a produção de um projeto terapêutico, como também um conjunto de atos assistenciais baseados no risco clínico, sob todas as variáveis (social, econômico, ambiental e afetivo, etc.). Trata-se de processo de trabalho que se paute na construção de respostas às necessidades dos usuários, com base no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde (Franco e Franco, 2010)

4.5.1 PROJETO TERAPÊUTICO DA GESTANTE E CONTINUIDADE DO CUIDADO

De acordo com CECÍLIO (2001), a integralidade não depende apenas do *espaço singular* dos serviços, mas de uma articulação entre o espaço micro e o macro para ser alcançada, ou seja, de uma articulação entre serviços e ações setoriais e intersetoriais.

Assim, tendo o projeto terapêutico como o fio condutor para o fluxo da linha do cuidado integral, este processo deve ser capaz de garantir o acesso seguro às tecnologias necessárias à assistência. Assim, na construção do projeto terapêutico clínico do pré-natal consideramos como variável de análise a realização do mínimo de consultas, procedimentos clínicos (vacinas e exames) e a realização de encaminhamento a outros serviços.

- Realização do Mínimo de Consultas

Apesar de aderência e a ampliação aos serviços de atenção básica terem proporcionado o aumento do número de consultas de pré-natal no Brasil

percebemos que este número ainda não representava o ideal mínimo de 6 consultas. De fato, somente pequena parcela das gestantes inscritas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) conseguia realizar o elenco mínimo das ações preconizadas (Brasil, 2005).

Assim, considerando a efetividade do Acolhimento na reorganização do processo de trabalho e no acesso precoce à Unidade, identificamos que a unanimidade das usuárias entrevistadas afirmou que realizaram mais de seis consultas durante a realização do pré-natal na Unidade.

Desta forma, identificamos que até mesmo uma usuária que relatou ter iniciado o pré-natal com 6 meses realizou mais do total previsto de consultas:

“Eu já estava com 6 meses (...) Eu fiz umas 7 ou 8 consultas, mesmo com 6 meses (...) Com 6 é de mês em mês. Quando já tá com 7 meses tem que ir toda semana. Ai eu tava lá toda semana e fiquei até os 9 meses, até nascer” (EU 6).

A reorganização do fluxo no pré-natal (que possibilitou a criação de grupos de atendimento (sendo aproximadamente 15 por semana) também permitiu que a própria equipe responsável pela realização do pré-natal percebesse as faltas recorrentes que são notificadas ao agente de saúde responsável:

“Quando desaparece o agente de saúde é comunicado: “procura saber o que esta acontecendo”, “vai na casa de fulano”. Por que às vezes elas mudam, ai agente vai corre. Se mudou a gente traz os relatórios e exclui do programa. E ai pra onde ela vai ela procura outra unidade” (EP 3).

“É difícil elas faltarem. Quando eu vejo que está faltando muito, quando as enfermeiras falam comigo. Que são elas que sabem. Ai eu pergunto, às vezes acontece de sair e ir para outro médico, ai elas não voltam mais aqui. Ai eu vou procurar saber”. (EP 4)

- Procedimentos Clínicos (vacinas e exames)

Em relação aos procedimentos clínicos, a facilidade se apresentou mais evidente quanto aos serviços que são realizados na própria Unidade como é o caso da aplicação das vacinas e exames de sangue. Desta forma, a realização da ultrasonografia que é feita por referência e contra-referência foi identificada como uma das maiores preocupações na continuidade do cuidado clínico.

“Às vezes agente pede a ultra, ai não vem. A gente avisa pro agente de saúde levar na casa delas. Ai elas vem na outra consulta e dizem: “doutora, ainda não recebi o papel”. Ai a gente explica: “não é porque o agente comunitário não levou, é porque a secretaria de saúde não marcou ainda a sua ultra-sonografia”. Entendeu. Então isso ainda é uma das coisas que a gente ainda tem mais dificuldade. É a dificuldade da marcação da ultra-sonografia obstétrica, que é fora daqui” (EP 1).

“A ultra-sonografia que foi uma coisa horrível! Por que quando veio o pedido e a autorização eu já tava quase ganhando o neném, bati num mês e no outro já tava ganhando” (EU 4).

Assim, quanto às vacinas percebemos que não existiu em nenhuma das falas tanto dos profissionais como das usuárias problemas relacionados à falta deste material na unidade. Esta facilidade também se apresentou tanto na coleta como no resultado dos exames de sangue não só pela priorização do atendimento a gestante pelo laboratório que vai a Unidade todas as segundas-feiras, mas também por um convênio de pesquisa realizado em 2008 pela então gestão do programa de saúde da mulher com o Laboratório Vital Brasil²², denominado Pro-Mãe.

“O exame que a gente fazia no pré-natal ele levava em torno de dois a três meses pra apontar o resultado, então tem um projeto que a gente começou em 2008 que é uma coleta de sangue por um cartão igual ao teste do pesinho. Você fura o dedinho, não precisa grandes técnicas de colher este sangue. Existe um de mandar e voltar isso pelo correio que não funcionou muito bem. Agora a gente ta tendo uma pessoa que vai. (...) Um boy que vai ao vital Brasil que leva e pega. E ta levando em torno de duas semanas. (...) A gente teve esta proposta há três anos de ajudar eles a fazer uma proposta de implantar e rastrear os exames do laboratório com os deles para ver se estes laudos estavam sendo fieis. E ai a gente participou desta pesquisa durante três meses. À medida que a gente demonstrou o interesse de implantar no resto do município já há um ano que a gente implantou nos postos que tem o pré-natal” (Gestor).

Desta forma, os exames do laboratório local ficaram mais rápidos, pois os exames mais complexos como o de sífilis e o de HIV ficariam por conta do Laboratório Vital Brasil.

²² O Instituto Vital Brasil é uma instituição vinculada à Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro, com sede no município de Niterói. O Instituto Vital Brasil é um dos laboratórios oficiais existentes no Brasil. Atende a todo o setor público, com a produção de medicamentos, produtos biológicos, quimioterápicos e imunobiológicos de uso humano. Realiza estudos e pesquisas no campo farmacêutico, biológico, econômico e social. Serviços que vão dos diagnósticos laboratoriais e epidemiológicos a programas de controle de doenças que ameacem a saúde pública do Estado do Rio de Janeiro.

“(...) os mais importantes que é sífilis, HIV que você necessita ter imediatamente esses são mais rápidos. Fezes e urina tá indo pelo laboratório” (Gestor).

Contudo, em relação à ultra-sonografia observamos que o município, por possuir poucos aparelhos desse tipo limitou um procedimento por mulher, que foi estabelecida pela coordenação da seguinte forma:

“Elas podem pedir todos os exames. Mas ultra-som teoricamente elas só conseguem realizar um só. Nesse município e pelo o que eu vejo em quase todos. Se for fazer ultra-som particular no mínimo são quatro. Aqui a gente só consegue fazer uma. Mas tem pacientes que conseguem fazer três, quatro, cinco. Eu não sei como, porque conhece sicrano conhece beltrano. Têm muitas que fazem particular também. (...) Há três anos a gente chegou a um acordo que ia pedir com 25. Porque 25 você vê má formação, a não ser que tenha sangramento. A gente teve que escolher. Então a gente decidiu que seria mais ou menos isso com seis pra sete meses. Se tiver alguma doença aí a gente abre mão de fazer outra. Mas eu acho que de modo geral a gente consegue distribuir direitinho” (Gestor).

Assim, percebemos que existe uma alta demanda do município para esse procedimento, o que acaba limitando o acesso das usuárias no período determinado pela coordenação, apesar de todas as usuárias terem relatado que tiveram este encaminhamento resolvido antes de completar os nove meses. Porém, grande parte das entrevistadas deu preferência à realização particular.

“A ultra ela até me encaminhou pro lugar, mas eu não fui lá porque me falaram que demora muito o pedido, tem que ir lá marcar e depois que manda pro posto avisando o dia que tem que fazer. Aí as ultras eu não fiz nenhuma ali fiz tudo particular. (...) Ela mesma falou pra mim que demorava. A menina que fazia comigo também falou que demorava à beça. Aí eu nem cheguei pra marcar não” (EU 3).

“Todos os exames chegaram certos, na data certa. Só a ultra que não. Tentei, mas como já estava com 6 meses não dava pra esperar aí eu preferi pagar. (...) Foi até marcado, mas quando chegou eu já tinha pago aí eu nem bati. Demorou uns dois meses quase. Esse eu não realizei” (EU 6).

A falta de qualidade desse exame e a desumanização da assistência – caracterizadas pela longa espera e frieza ou rudeza no tratamento dispensado pelos profissionais – foram motivos apontados pelas usuárias para priorizar a realização do exame por seus próprios meios, apesar de toda a priorização do atendimento à gestante:

“A ultra que bate pelo posto no hospital leal Junior é horrível. O médico não fala nada, não pode entrar ninguém. Só você entra. Ai ele não fala se é menino, se é menina. Não fala o peso, não fala nada. É só um papel feio simples, marcado tudo direitinho e só. (...) Entrou bateu não demora nem 10 minutos na sala lá. (...) Na particular ele fica, fala tudo direitinho: “essa aqui é a cabeça...”. Tudo direitinho. (...) Lá é horrível. São várias pessoas, mas ai eles separam quem é gestante e quem não é. Tem prioridade. Mas é lotado. Leva umas 4, 5 horas quando o médico chega cedo na hora marcada. (...) Eles até perguntam o sexo, se sabe ou se não sabe. Mas é daquele jeito ignorante. (EU 6).

“Consegui fazer todos os exames, foi tudo rápido. Fiz todos os exames ali. Mas a ultra eu fiz particular porque a ultra-sonografia é bem melhor do que essa de graça, bem melhor. (...) Eu fiz uma na policlínica, uma só e não gostei não, deu alterações na gravidez coisa que não tinha. Pra fazer a ultra lá foi rápido demorou mesmo no dia fiquei lá de manhã e a tarde toda. Muita gente, muita gente mesmo. Fiquei lá de manhã e a tarde toda. Muita mulher, homem tudo misturado” (EU 2).

- Encaminhamentos clínicos

Percebemos que o encaminhamento das gestantes a outras especialidades médicas, apesar de demorado, também costuma a ser mais rápido do que o da clínica médica:

“Encaminhamento com a nutricionista não acontece muito não. Ainda bem, porque não são rápidos” (EP 5).

“(...) quando é uma gestante, eles costumam colocar na ficha de encaminhamento de referencia e contra-referencia que é urgente colocam que é gestante então eles costumam dar uma atenção mais rápida. Quando é um encaminhamento de clinica médica digamos uma pessoa que faz um encaminhamento para ortopedia demora muito mais, às vezes, demora de dois a três meses pra chegar. (...) Eu peguei esses dia um encaminhamento de gestante para o gastro e foi rápido mandou em uma semana na outra semana já tava de volta. Já veio marcado e agendado rapidinho” (EP 6).

Quanto ao encaminhamento aos serviços de planejamento familiar e parto, percebemos que as usuárias conseguem acessar estas redes de serviços com certa facilidade.

O planejamento familiar é realizado na coordenação do programa, responsável pelos encaminhamentos para anticoncepcionais, cirurgias de laqueadura e vasectomia e a colocação do DIU, após as usuárias assistirem a duas reuniões sobre todos os métodos com assistentes sociais do programa. O encaminhamento ao planejamento familiar é feito durante a própria gestação ou mesmo no período da puericultura pelas enfermeiras.

“Durante a gestação a gente já encaminha para o planejamento. Se a pessoa vai colocar o DIU se vai usar uma pílula. Mas essa gestante dar continuidade depois que nasce a criança, fazer um planejamento após o parto, isso que é difícil pra gente porque em pouco tempo a gente vê que engravida de novo. A gente faz aqui através da orientação individual, a gente faz palestra, mas o acompanhamento mesmo, o planejamento é lá na secretaria que eles agendam as palestras com consultas médicas e vê qual a real necessidade mesmo. O que é mais indicado mesmo para essa mulher” (EP 2).

Contudo, de acordo com estes profissionais, a falta de estímulo das usuárias à realização de um planejamento familiar tem sido uma das maiores preocupações em relação à atenção pré-natal.

“Nossa grande preocupação aqui hoje não é a questão de a gestante não estar fazendo o pré-natal porque elas fazem. Elas vêm todo mês elas vem. É muito difícil uma gestante faltar um mês uma consulta. Quando não vem agendada vem na semana seguinte ou no Maximo duas semanas depois. O nosso grande problema, vamos dizer assim, é a questão do planejamento familiar. É aquela adolescente que vem faz o pré-natal e no ano seguinte já esta grávida de novo. E a gente encaminha para o planejamento. Aqui tem métodos contraceptivos a gente fala, mas a questão do planejamento familiar é o grande problema aqui. Sempre assim, as meninas aqui têm a primeira gestação, hoje em dia aqui a gente pega 14, 15 anos. Quando chega à faixa etária de 19 a 20 já é segunda, às vezes terceira gestação. Com trinta anos já tem um monte de filhos. E é complicado a gente fazer um trabalho de planejamento, é muito difícil” (EP 2).

A centralização do planejamento familiar na coordenação e a dificuldade da realização da laqueadura (devido à grande demanda para um reduzido número de médicos) aparecem como um importante complicador para o crescimento da demanda do pré-natal. Deste modo, percebemos que apenas uma das usuárias entrevistadas relatou que a gravidez havia sido planejada.

“(…) o problema ta sendo de 2008 pra frente. Já chegamos a descentralizar. Porque o planejamento familiar é todo feito aqui. Nós chegamos a cinco unidades treinar eles pra fazer o pré-natal na unidade. Só mandar pra gente: laqueadura, vasectomia e DIU. O resto todo ia ficar com eles. Isso ampliaria o número. Hoje tá centralizado só aqui” (Gestor).

“Ela falou se eu fosse por ali eu ia pro hospital, mas como eu paguei ela falou que eu podia ter ido para o hospital e depois de 3, 6 meses esperar para operar. Eu que não quis achei que ia demorar muito ai não me interessei não” (EU 3).

Em relação ao parto, mesmo que grande parte das usuárias que entrevistamos tenha tido acesso ao Hospital Municipal sem maiores dificuldades,

não poderíamos deixar de destacar a fala de algumas usuárias sobre a precariedade e desumanização do atendimento do pré-parto e na enfermaria:

“Eu fiquei na enfermaria, mesmo antes do pré-parto eu fiquei numa sala da enfermaria. Eu fiquei lá na esperança de eu melhorar pra vir embora. Ai ia o médico lá de manha ouvir a gente, ver o coração e dava o toque. Ai falava que não tava na hora, mas também não dava alta. Ai fui ficando na enfermaria mesmo. ai na quarta feira que ele foi falar pra mim que deu o toque e tava começando a dilatar. Ai eu falei: “então eu vou ficar aqui mais um tempão até dilatar tudo que tem pra dilatar! Vou ficar aqui?”. Ai ele passou pro médico de plantão, ai passou 10 minutos e o médico veio. Ai o médico me deu um toque lá, violento que eu quase morri! Chegou até sangrar e tudo, nem sei se machucou alguma coisa... Ai que ele foi e falou que eu precisava operar. Ai que eu fui para a sala do pré-parto”. (...) ele falou que tinha que fazer esse exame, que tinha que ser assim mesmo. e eu quase morri eu senti... Parecia que ele tinha enfiado o braço todo. E eu sentindo contração, era pior ainda... e eu gritando, mandando ele parar e ele falava que não podia porque tinha que fazer o exame... Assim que ele tirou o dedo começou a sangrar. Esse momento foi horrível. (...) no pré-parto de madrugada eles dormem mesmo. (...) nem gritando. Se gritar ai mais que eles te deixam lá. Ai eu fiquei lá quietinha... Falei com a médica do plantão ai a médica: “espera lá que agente tá ocupado!”. Ai eu quase morrendo comecei a chorar, ai a menina foi e chamou a enfermeira. Ai ela chamou a médica pra me atender. ai falou que ainda não tava na hora... ai eu tive que voltar e ficar esperando de novo. (...) fiquei cinco dias direto... Só fui saber que era cesárea na hora. Foi horrível. (...) você fica lá, até porque é lá no finalzinho ai só atende se você gritar bastante” (EU 5).

“Ali foi bom, no hospital que foi ruim. Demorou muito, teve problema. Eu perdi muita água fiquei lá 20 horas. Fiquei na enfermaria sozinha. (...) Depois que o neném nasceu foi ótimo. Durante esse tempo foi péssimo, o pré-parto. Enfermeiro ruim, médico ruim. O que fez o meu parto me tratou bem. Da maternidade foi tranquilo. (...) Do posto foi bom, do pré-parto foi péssimo dou nota zero. Me trataram mal. (...)Eles falam de tudo né: “ano que vem vai a todo mundo aqui de novo”, da fora. O pré-parto é péssimo. (...) do pré-natal foi bom.foi uma experiência melhor, por ser público eu esperava que fosse pior...” (EU 2).

Nesse ponto apreendemos que só a simples prestação do serviço especializado não significa que realmente exista uma assistência integral à saúde. Assim, um cuidado integral pleno só se realiza se estiver baseado no ato acolhedor do profissional de saúde, no estabelecimento de vínculo e na responsabilização diante do seu problema de saúde.

Desta forma Merhy (1998) destaca que os usuários, em geral, não reclamam da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos serviços em torno de si do seu problema. Desta forma, os usuários, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados.

4.5.2 RELAÇÃO PROFISSIONAIS USUÁRIOS: responsabilização e construção de vínculos na atenção ao pré-natal

O estabelecimento de vínculos entre usuários e profissionais se coloca como um atributo fundamental à garantia de um cuidado integral. Com isso, compreendemos que o Acolhimento se coloca também num modo de operar os processos de trabalho em saúde com uma escuta qualificada e aberta às diferenças, de forma a estabelecer vínculos e garantir a resolutividade implicando no protagonismo dos sujeitos envolvidos nos processos de produção de saúde. (Documento base PNH, 2004).

Assim, na atenção ao pré-natal identificamos que estas propostas se colocam na construção de vínculos e responsabilização, sobretudo na relação profissionais/usuários, como o ato de cuidar, como campo solidário de humanização por onde são estabelecidos os fluxos de afetos que façam com que o usuário se sinta protegido pelos atos assistenciais, através da identificação da sua história de vida e do seu contexto cultural.

Merhy (1998) apreende as relações estabelecidas entre os profissionais e usuários no campo das tecnologias leves como um campo de expectativas e produções que criam intersubjetividade e momentos de falas, escutas e interpretações. É nesta produção de uma acolhida das intenções que ocorrem momentos de cumplicidade, nos quais há a produção de uma responsabilização; e momentos de confiabilidade e esperança, nos quais se produzem relações de vínculo.

Para o autor, qualquer abordagem de um trabalhador de saúde, independente do papel que desempenha, como produtor de atos de saúde é sempre um operador do cuidado, isto é, sempre atua clinicamente, e como tal deveria ser capacitado, pelo menos, para atuar no terreno específico das tecnologias leves.

Considerando a reorganização do processo de trabalho na Unidade pesquisada, percebemos que a formação de vínculo tende a começar desde o momento de agendamento da consulta de pré-natal com a mesma médica e enfermeira: independente da área adstrita, as usuárias sempre serão atendidas pelos mesmos profissionais. No entanto, nesses encontros identificamos que nem sempre essa vinculação é garantia de formação de vínculos com as usuárias.

Assim, através de observação participante no serviço de saúde, bem como através do contato com as usuárias e profissionais por meio das entrevistas, foi possível perceber constantes distinções no tipo de atenção prestada pela enfermeira e pela médica.

“(...) Não é nada corrido. Inclusive já foi organizada a segunda-feira só pra isso. Então como é dada essa prioridade de um dia especial só pra gestantes então a coisa funciona no tempo necessário sem pressa... Mas com a enfermagem, no caso mais a enfermagem que já passa a coisa pra média mais mastigado. A médica no caso finaliza esse trabalho todo. Mais de conversar e mais com a enfermagem. Quando chega pra ela a maioria das coisas já foram resolvidas já houve aquela conscientização, a enfermagem tenta conscientizar e informar tudo direitinho, aí a médica finaliza. Aí já é uma coisa mais rápida” (EP 3).

“Com a médica é uma coisa muito mais básica. Você vê, ela atendeu 17 pessoas, acredito que não teve muito tempo pra falar de outras preocupações. Mas quando é com a enfermeira ela marca bem menos pré-natal, acho que cinco no máximo seis, costuma demorar com cada uma. Eu já vi demorar bastante, então eu acredito que elas falam sobre diversos assuntos. Com a enfermeira eu acredito que sim que elas têm essa oportunidade. Acho que é até por isso que elas gostam tanto da enfermeira. A parte médica é mais a parte médica mesmo que é rápida. Faz o que tiver de fazer faz e passa para a próxima” (EP 5).

Estas falas demonstram, contraditoriamente, que o atendimento médico restringe-se a valorizar apenas o que está relacionado às questões orgânicas e objetivas. Quanto a isso, a gestora local, que é médica, aponta que:

“o médico não tem esse treinamento. Não faz parte do nosso currículo acolher o paciente. É errado. A enfermeira tem mais isso. Administração e Acolhimento já fazem parte do currículo delas. E a gente não é só doença, doença, doença. A gente só vê doença na faculdade. Agora que tá mudando um pouquinho o currículo mais eu já perguntei a uma pessoa que tá no meio da faculdade agora. Aí eu perguntei: já mudou o currículo? E ela me disse que ainda tem muita coisa que ainda tá só no papel. Tá melhorando um pouquinho mais ainda é muito complicado” (Gestor).

Nesse sentido, as próprias usuárias consideraram as diferenças entre o atendimento desses profissionais:

“Uma sabe mais que a outra... Só a enfermeira conversa mais que a doutora, a doutora é mais rápida. A consulta demorava uns 5,6,7 minutos foi rápido (...) A consulta com a médica é rápido. (...) A enfermeira pergunta mais coisa é mais atenciosa” (EU 2).

“A médica não falava muito, a enfermeira eu tinha mais intimidade. Eu gostei muito dela de conversar. Ela ficava um bom tempo conversando com a gente. A doutora corre mais, parece né... Não sei se é porque ela já é considerada doutora né. Mas ela é bem mais rápida; rapidinho ela atende. Ela atende mais rápido do que a enfermeira... Acho que não leva nem 20 minutos, nem 10... A enfermeira brinca com a gente. A enfermeira é mais devagar” (EU 1).

Para além desses depoimentos, na fala da médica também foi possível perceber claramente o desenvolvimento de uma assistência voltada para uma visão biológica e burocrática. Portanto, no processo de cuidado integral, a construção de vínculos das usuárias com a médica fica comprometida, principalmente, pela falta de tempo para ouvir as necessidades demandadas pelos usuários e de não ver o indivíduo na sua subjetividade.

A ótica médica ainda se coloca também apenas na valorização de procedimentos clínicos, como consequência do modelo médico-hegemônico, estando ausente a perspectiva de um trabalho que valorize o aspecto relacional.

“Em relação ao pré-natal elas se abrem muito com as enfermeiras. Eu acho que até mais a enfermeira do que a médica. (...) agora que ela (Enfermeira) falou que a doutora esta atendendo mais vezes, não era assim agora que ela ta dando uma atenção maior. Era mais a enfermeira agora que ela falou que é mais a médica. Por isso que elas gostam mais das enfermeiras, as gestantes. Elas amam as enfermeiras. Eu acho que ali elas viram pacientes no divã. (...) Com a médica eu não sei, mas com enfermeira o pré-natal costuma a demorar bastante. (...) Elas são muito atenciosas (EP 5).

Vale à pena ressaltar que a diferença entre o tempo de consulta da médica e da enfermeira ficou evidente durante o trabalho de observação na Unidade, onde observamos que a médica chegou a atender uma usuária por apenas 4 minutos enquanto as consultas com a enfermeira duravam em média de 20 a 30 minutos. Desta forma, percebemos que em um dia a médica chegou a atender em média 15 pessoas em apenas 01h30min minutos.

Entretanto, nas falas dos profissionais entrevistados, em nenhum momento a postura da médica foi questionada abertamente. E entres as usuárias, percebemos que, apesar de esta ser uma queixa constante, elas tinham “medo” de questionar o que era dito ou feito por este profissional. Algumas delas relataram que saiam da consulta com a médica e logo após iam tirar as dúvidas ou reclamar com a enfermeira.

Para a médica, a falta de tempo se justifica pelo número elevado de usuários assistidos diariamente o que, de certa forma, coloca limites aos profissionais de saúde na produção do cuidado integral.

“Se a gente pudesse ter mais tempo seria ideal. Mas no serviço público é difícil porque a demanda é muito grande. Tem muito agente aqui que já ultrapassou o número de cadastrados pra cada médico, pra cada agente comunitário. Na verdade tinha que ter mais médicos, mais agentes comunitários pra poder assim fazer um atendimento excelente. Mas isso não é só aqui, todo lugar a gente sabe que existe” (EP1).

Além disso, há que se evidenciar também que a médica, que é contratada, possui outros vínculos trabalhistas e raramente cumpre a carga-horária prevista pela ESF. Portanto, os encontros com a enfermeira (estatutária) costumam ser mais freqüentes e isso pode ser percebido nos depoimentos das usuárias:

“(...) é diferente que a médica quando eu ia, ela só tava atendendo na parte da manhã então era mais corrido, era uma coisa mais rápida. Não tinha tempo pra dar atenção. Era muita gente pra atender e ela acabava dali e ia pra outro consultório. A enfermeira sempre encontra. A médica só ta ali nos dias de consulta dela mesmo... Ela é rápida, bem mais rápida mesmo” (EU 3).

“(...) quem atende é a enfermeira. A doutora nunca ta, a realidade é que é muito difícil encontrar ela lá, e quando ta ela nunca pode atender, chega tarde sai cedo, nunca pode atender, tudo é a enfermeira, a enfermeira vai e se a criança ta passando mal não passa um remédio, num te passa nada, muito mal te passa uma dipirona, é horrível, muito ruim” (EU 4).

“Da médica quando eu tive que tirar os pontos eu fui ali e ela não quis. Tive dificuldade, com a médica. Porque ela disse que tinha que ser marcado e eu não podia esperar. Já tinha passado do tempo de tirar. Ai eu tive que sair daqui e ir para o plano de saúde. Ela não fez. Ela falou que ela não podia, porque tinha que ser marcado que era tudo com hora marcada... Ai as enfermeiras viram que já tinha passado da hora de tirar os meus pontos e ai médica falou que não podia porque tinha que ver isso direitinho, mas tinha que marcar. Ai mandou ir num dia, ai no dia que eu fui lá ela não estava já tinha ido embora. Ai mandou ir em outro e já tinha ido embora. Ai por ultimo eu tive que ir no particular, lá fora... Foi uma confusão doida. Já tinha passado os dias. E como eu tinha feito a primeira cesárea, o ponto agarrou na outra. Tava agarrado... Eu sofri à bessa, eles puxaram o meu ponto lá no particular, porque não tinha outro jeito... E eu tentei antes fazer aqui e não consegui. As enfermeiras eu até entendo porque elas não são médicas e não podia botar a mão aqui, mas a médica nem se quer olhou. Nem falou: “é isso... procura isso”. Não me deu orientação nenhuma... Nem cheguei pra conversar. Minha mãe que foi lá e falou... Ai que ela disse: “manda vir aqui”. Ai eu fui no dia e ela não estava fui no outro ela também não estava. Ai que resolvi pagar lá fora, porque eu não podia ficar. Já tinha 15 dias” (EU 6)

Para a gestão local, a fixação dos profissionais médicos tem sido um ponto crítico na maior parte das Unidades:

“O crítico nas unidades é que você não tem médico todo dia e nem sempre é a enfermagem que tem que fazer as coisas. E ela acaba deixando de fazer o que ela tem que fazer que é a parte burocrática (a gente precisa de estatística pra viver). Só que enquanto ela tá atendendo tudo que o médico tinha que fazer ela acaba abrindo mão do que ela deveria fazer que é administrar a unidade. Ai você vê: faltando remédio, não tem pedido para material de preventivo. Aquela coisa. Ela não dá conta do recado por que ela tá atendendo o paciente que o médico devia de atender. A gente cansa de ver unidades aí que ele só tem duas manhãs para atender. Ele atende 10, 15 e vai embora. É impossível se tocar um programa desse com duas manhãs de atendimento. Não tem como, nem que ele empurre tudo pra enfermagem fazer. Não dá, tem coisas que só o médico. (...) A ficha da mulher eu acho que deveria ser atendida pela primeira vez médico, preenche toda a história clínica, histórica ginecológica, história obstétrica dela, exame físico. A partir dali você pode um pré-natal dividir com a enfermagem. A enfermagem faz um mês você faz outro pra não ficar muito sobrecarregado, principalmente, pré-natal de baixo risco. Que qualquer coisa o médico tá ali: “tô com uma dúvida? Vê aqui se o fundo de útero não cresceu. Esse é o trabalho de um programa ideal. Hoje não é o que a gente vê” (Gestão).

De fato, esse encontro também se mostrou mais evidente nas consultas de pré-natal. Deste modo, identificamos que a maior parte das usuárias entrevistadas realizou todo o pré-natal ou a maior parte das consultas com a enfermeira. Todavia, nessa realidade, observamos a existência de uma possibilidade de suporte para refletir e dialogar sobre aspectos relacionados a questões que tangem às necessidades das usuárias. Nos depoimentos das usuárias, também é possível confirmar essa abordagem:

“(...) a enfermeira é muito atenciosa, sou mais fazer com ela do que com a Doutora. (...) com a médica acho que fiz umas 3 vezes só, as outras foi tudo com a enfermeira, mais sempre gostei mais de fazer com a enfermeira do que com a médica, a enfermeira sempre perguntava mais como a gente tava?, se tava acontecendo alguma coisa? Já a doutora não ela chegava lá já tava tudo marcado já, ela não perguntava... tinha gente que não gostava não, com ela era muito rápido... nem 10 min. (...) ela anotava o dia da semana e depois eu ia lá. É tipo assim a conta que ela fez lá na ultra aí última tipo em maio aí vê até o dia que a gente está aí fazia a conta lá na coisa lá, botava 8 semanas e a barriga 38 cm. (...) só ouvia um pouquinho o coração, e já tinha marcado mesmo né, falava que tava tudo bem” (EU 5).

“(...) foi a enfermeira. Só fiz com ela. Eu tive preferência de fazer com ela, só com ela... (...) porque eu achava ela melhor... Não porque eu conhecia, eu passei a conhecer. (...) É uma pessoa que a gente pode sentar, pode conversar...” (EU 6)

“(...) eu podia ir lá. Podia ligar porque ela (enfermeira) me deu o número do celular dela... Se eu tivesse alguma dúvida eu podia ir lá no posto procurar ela qualquer dia... Ligar eu nunca liguei, mas eu cheguei a ir sim sem ser dia de consulta.(...) Era mais que 5 minutos, ê! muito mais... Ela dava a maior atenção. Acabava de me examinar e ficava conversando, perguntava como que eu tava, como estava me sentindo” (EU 3).

Com isso, o trabalho da enfermagem se apresentou mais presente, tanto na responsabilização clínica como na construção de vínculos com as usuárias.

“Elas Sabem que se chegar aqui vai ter apoio. Chega aqui: “enfermeira a minha ultra-sonografia não chegou”. Na mesma hora eu vou solicito outra já volta urgente. Chega rápido a elas, elas sabem que elas podem contar com o posto. “Enfermeira meu sulfato ferroso acabou”, ai a gente vai lá e providencia rapidinho e a secretaria manda. Assim, elas sabem que não vão ficar sem atendimento, sem uma orientação, sem um respaldo. Elas sabem que podem contar com a unidade” (EP 2).

Observa-se também maior sensibilidade desse profissional através da percepção dos problemas da área de abrangência da Unidade bem como daqueles de origem sanitária e social que são determinantes para o processo saúde-doença.

“Eu sempre procuro o serviço social para me dar uma orientação. Quando eu vejo que é um problema de psicologia a gente encaminha para o CAPs. Quando é um problema social eu ligo para o serviço social ou vou lá para eles me darem uma luz. (...) eu acho que demora um pouco. Até pela questão de eles agendarem a visita. Eles trabalham muito assim na questão de ir à casa da pessoa. Então muitas vezes não dá pra ser: “ah to precisando que você vá amanhã”. Não dá. Mas na medida do possível eu acho que eles tentam” (EP 2).

Através dos depoimentos tanto dos profissionais, quanto das usuárias, identificou-se que o processo de trabalho desenvolvido pela enfermagem permite conhecer as condições de vida da população e assim, identificar e contribuir para a garantia do atendimento às necessidades de saúde das usuárias.

“Pelo menos os pré-natais que eu faço eu sempre dou abertura para elas. Até vou puxando as coisas para elas falarem. Eu falo mais eu também busco essa troca delas. Para não ficarem acuadas” (EP 2).

Nessa direção, concordamos com Campos (1994, apud Mascarenhas, 2003) quando o autor argumenta que a relação profissional-paciente adequada prevê a condição do vínculo como uma relação terapêutica (na exigência da assunção do paciente à condição de sujeito que fala, deseja e julga) e que a necessidade de

responsabilização como forma resolutiva de intervenção em saúde passa, inevitavelmente, pelo “acolher” e “vincular”, pois sem esses dispositivos não se conseguem responsabilizar e nem garantir o cuidado integral. No caso em estudo, entendemos que apenas a responsabilização da enfermagem tem contribuído para o estabelecimento de vínculo. E é em função disso que percebemos que esses atributos articulados podem evidenciar a construção de vínculo na atenção ao pré-natal.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

À luz dos princípios do SUS, a humanização tem se colocado como um importante vetor para a Integralidade da saúde, tal como evidenciado pelo movimento de reforma sanitária. Contudo, percebemos que apesar dos avanços obtidos desde a consolidação constitucional a efetivação deste princípio no sistema de saúde, esta ainda se coloca como um grande desafio frente à constante desumanização das práticas de saúde.

É neste contexto que o debate em torno da PNH adquiriu uma visibilidade política importante, principalmente por ter assumido a responsabilidade de consolidar os princípios do SUS nas práticas de saúde. Assim, apreendemos na proposta do dispositivo do Acolhimento que a consolidação da humanização se destaca como um princípio fundamental para a integralidade nos cuidados em saúde.

Nesse sentido, no debate da redefinição da proposta de acolhimento a integralidade passa a ser concebida a partir da necessidade de saúde dos usuários que realmente busquem na responsabilização profissional/usuários ações de integralidade. A partir desta constatação, compreendemos o acesso e a produção da linha do cuidado, como ferramentas de avaliação operacional suficientes para permitir o cumprimento do objetivo deste estudo, qual seja: buscar na percepção dos usuários e daqueles responsáveis por cuidados primários, um olhar mais amplo para algumas características fundamentais da integralidade nos serviços de saúde.

No resgate da trajetória do movimento de mulheres e feministas, identificamos que esta participação foi fundamental, principalmente na atenção materno-infantil, para fomentar os valores em torno da humanização e integralidade dos cuidados nas políticas públicas, sejam estas de saúde ou não. Contudo, na materialidade real destes aspectos constitucionais na atenção à saúde da mulher, também se evidenciam as históricas contradições culturais e sociais que, ao longo

das décadas posteriores, nem mesmo com a criação do PAISM ou ainda do SUS conseguiram superar. Destaco aqui a não consolidação dos direitos reprodutivos ou mesmo as constatações de ações de extrema desumanização das práticas de saúde que se apresentavam, sobretudo no âmbito do pré-natal, parto e puerpério (Tanaka, 1995).

E é dentro deste contexto que novamente se colocam em pauta as denúncias e articulações dos movimentos de mulheres e feministas, especialmente frente aos crescentes números de mortalidade materno-infantil. Desta forma, a integralidade passou a ser evidenciada através dos valores de Humanização - mesmo antes da construção da própria PNH - com inúmeros projetos e programas nos quais se destaca a PHPN. Neste aspecto, com a formulação da PNH o dispositivo do Acolhimento se consolida como veículo fundamental para fomentar a integralidade na atenção ao pré-natal no combate a mortes por causas diretas ou/e evitáveis.

Com isso, buscamos analisar a qualidade da atenção ao pré-natal, sob a percepção de usuárias e trabalhadores da rede de atenção básica do município de Itaboraí, após a implantação do dispositivo de Acolhimento da PNH nas práticas de saúde, enfocando as dimensões de acesso e produção da linha de cuidado.

Nesse sentido, observamos que o trabalho realizado na USF pesquisada tem alcançado alguns dos objetivos propostos no dispositivo do Acolhimento. De acordo com as entrevistas ao gestor atual do programa de atenção à saúde da mulher e aos trabalhadores, percebemos que o sucesso desta iniciativa no município se deu em grande parte, pelo forte comprometimento da gestão municipal anterior que investiu muito, através da realização de capacitações profissionais e supervisão, para que este processo fosse implantado.

Entretanto, podemos destacar a descontinuidade desta proposta na gestão atual, principalmente pela desconstrução da equipe de supervisão. Na gestão anterior, esta equipe se colocava como um instrumento fundamental não só para a fiscalização, mas também para motivação e continuidade do acolhimento no processo de trabalho das equipes de saúde.

No que se refere à dimensão do acesso, identificamos que a capacitação precoce tem se constituído como um desafio à integralidade para a equipe, notadamente frente à atenção das gestantes solteiras e menores de idade. De

acordo com as falas, estes grupos são os que mais demoram a procurar o primeiro atendimento, sendo este realizado em muitos casos só no segundo semestre da gestação.

Contudo, por realizar busca ativa, era de se esperar que as equipes de saúde da família conseguissem realizar a captação precoce da totalidade (ou quase) de gestantes de sua área de abrangência. Todavia, os profissionais relatam que esta tem sido uma tarefa difícil para a equipe, haja vista que essas gestantes escondem a gestação até mesmo dos próprios agentes de saúde. Considerando o grande número de gestantes adolescentes que encontramos durante a realização do trabalho de campo (fato que nos forçou à redefinição dos sujeitos da pesquisa), acreditamos que uma análise mais específica sob a percepção deste grupo se faz necessária.

A reorganização e desburocratização do processo de trabalho nas ações foram aspectos que se mostraram passíveis de mudança efetivas com a utilização da diretriz do Acolhimento, uma vez que esta proporcionou um novo fluxo do acesso das gestantes na USF. Os resultados demonstram que o novo Processo de Trabalho apresentou condições mais favoráveis para os trabalhadores e usuárias, que agora contam com um dia específico para a realização das consultas. Também podemos observar um comprometimento maior das equipes com esta proposta e com as gestantes.

Apesar da mudança no Processo de trabalho se refletir nas falas de grande parte das usuárias e dos profissionais entrevistados, percebemos que esta mesma transformação não tem se efetivado da mesma forma para outros serviços e grupos populacionais, nem mesmo os considerados de risco como diabéticos, hipertensos, etc.

Na produção da linha do cuidado percebemos que o acesso a outras tecnologias de saúde também ocorre com maior facilidade para as gestantes. Entretanto, na realização dos procedimentos fora da USF, a assistência à saúde da gestante ainda se configura como um quadro crítico que impede a total integralidade das ações. Estes dados aparecem relacionados principalmente aos procedimentos da ultra-sonografia e do parto no Hospital Municipal, sobre os quais se evidenciaram falas de precarização dos serviços e desumanização dos profissionais.

Tendo em vista que os investimentos municipais, de acordo com a diretriz normativa, se concentram maciçamente para os níveis básicos de atenção, percebemos que pode haver um menor investimento na humanização da Atenção especializada e de Alta Complexidade, implicando em um perfil não apenas de baixa densidade tecnológica dura, mas também de tecnologias leves que expressam a qualidade desses serviços (Merhy, 1998).

Nesse sentido, um fator a se considerar se coloca na própria relação profissionais/usuárias quanto à responsabilização e à construção de vínculos, na qual apreendemos diferentes percepções entre o atendimento médico e da enfermagem. Nessa perspectiva o tempo aparece como um fator delimitador para esta percepção, seja na fala das usuárias como dos próprios profissionais. Assim, enquanto o atendimento da enfermeira apresentou um olhar mais amplo para algumas características fundamentais da qualidade dos serviços de saúde, o atendimento médico se mostrou centrado no simples procedimento clínico sem nenhuma possibilidade de responsabilização ou construção de vínculos com as usuárias.

Em contraposição ao processo de trabalho na perspectiva da integralidade do cuidado, o processo de trabalho médico ainda é operado com traços do modelo hegemônico, valorizando os atos produtores de saúde enquanto procedimentos, desconsiderando-se muitas vezes as necessidades de saúde da população (Merhy & Franco, 2003).

Nesta mesma direção, é preciso destacar que o poder médico ainda se consolida nos processos de trabalho em saúde, já que a ação médica, apesar de evidenciada pelos demais profissionais e duramente criticada pelas usuárias, em nenhum momento foi confrontada ou questionada. Nesse ponto, percebemos que ainda existe em grande parte das falas o respeito à figura do médico que em muito se transforma em medo de questionar a suas ações.

Portanto, tomando a integralidade como parâmetro de análise do acolhimento na atenção ao pré-natal nas dimensões abordadas neste estudo, é possível inferir que apesar dos avanços, ainda há um longo caminho a se percorrer até que a oferta de ações e serviços de saúde seja realmente compatível com as previstas constitucionalmente, de modo a suprir a todas as necessidades de saúde das usuárias, expressas através da garantia dos direitos reprodutivos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAÚJO, M. J. O de. AS REFLEXÕES NO MOVIMENTO FEMINISTA. CADERNOS DE PESQUISA NÚMERO 2 – JULHO, 1994.

BENEVIDES, R; PASSOS, E. Humanização na saúde: um novo modismo? Interface – Comunicação, Saúde, Educação 2005 mar/ago.; 9 (17): 389-406.

BOCK, G. Pobreza feminina, maternidade e direitos das mães na ascensão dos Estados-providência (1890-1950). In: Duby, Georges; Perrot, Michelle (Dir.). História das mulheres no Ocidente. Porto: Afrontamento. p.435-477. 1991.

BOYACIYAN, K. Mortalidade Materna na Cidade de São Paulo de 1993 a 1995. RBGO - v. 20, nº 1, 13-18, 1998.

BOURDIEU, P. Capítulo I: Uma imagem ampliada. In: A Dominação Masculina. Tradução Maria Helena Khuner, Rio de Janeiro. Bertrand Brasil, 1999.

BUENO, W. S & MERHY, E. E. Os equívocos da NOB 96: uma proposta em sintonia com os projetos neoliberalizantes? Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/temas/NOB96/NOB96crit.htm>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Lei nº 8.080 de 19/09/1990. Diário Oficial da União. Brasília, 20/09/1990.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 2.203/96. Institui a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde, NOB – SUS 01/96. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996. Aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. **Informe epidemiológico do SUS**, Brasília, ano V, n. 2, Abr./Jun. 1996b. Suplemento 3.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Programa de humanização no pré-natal e nascimento. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

_____. Lei nº. 10.406 de 10/01/2002. Institui o Código Civil. 2002a.

_____. IBGE. Relatório sobre a Situação da População Mundial. Disponível em: www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/03122002relatorio_onu.shtm. Comunicação social, 03/12/2002b.

_____. Atenção humanizada ao recém-nascido de baixo peso – Método Mãe Canguru. Ministério da Saúde. Brasília, 2002c.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gabinete do Ministro. Portaria n.º 373/02. Institui a Norma Operacional de Assistência à Saúde do Sistema Único de Saúde, NOAS – SUS 01/2002. Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

_____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Humaniza SUS: Política Nacional de Humanização - Documento Base para Gestores e Trabalhadores do SUS. Brasília: Ministério da Saúde; 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Cartilha da PNH: Acolhimento com classificação de risco. Brasília, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. (Versão aprovada na reunião da Comissão Intergestores TRIPARTITE realizada em 18/03/04). 2004d.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Básica. Brasília, 2006.

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

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM/MS 399 de 22 de fevereiro de 2006. **Diário Oficial da União**, 2006b.

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

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. O HumanizaSUS na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política

Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRAVO, M. I. S. A Política de Saúde no Governo Lula: algumas reflexões. In: Revista INSCRITA n.9. Brasília: CFESS, 2004.

CAMPOS, G. W. S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o Método da Roda.** São Paulo: Hucitec; 2000.

_____. & CUNHA, G. T. MÉTODO PAIDÉIA PARA CO-GESTÃO DE COLETIVOS ORGANIZADOS PARA O TRABALHO. *ORG & DEMO*, Marília, v.11, n.1, p. 31-46, jan./jun., 2010.

_____. & CARVALHO, S. R. Modelos de atenção à saúde: a organização de Equipes de Referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16(2): 507-515, abr-jun, 2000.

CAMPOS, F. & BELISÁRIO, S. A. O Programa de Saúde da Família e os desafios para a formação profissional e a educação continuada. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. São Paulo, n. 9. p. 133-142, 2001.

CAMPOS, J. da S. et al. ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA EM SAÚDE: O PASSO PARA INTEGRALIDADE. Anais Seminário Nacional de diretrizes para a enfermagem na atenção básica de saúde, 2008. Disponível em: http://www.abeneventos.com.br/SENABS/cd_anais/pdf/id74r0.pdf.

CARVALHO, S. R; CAMPOS, G. W. S. Modelos de atenção à saúde: a organização de equipes de referência na rede básica da Secretaria Municipal de Saúde de Betim, Minas Gerais. *Caderno de Saúde Pública*. 2000.

CASTEL, R. Introdução e Capítulo I. In: *Metamorfoses da questão social*. Petrópolis, Editora Vozes, 1998.

CASTELLS, M. *O Poder da Identidade*. Paz e Terra. São Paulo, 1999.

CASTRO, M. H. G. de. Políticas públicas: conceitos e conexões com a realidade brasileira. In CANELA, Guilherme (org.). *Políticas públicas sociais e os desafios para o jornalismo*. SP, Cortez, 2008.

CASSATE, J. C; CORRÊA, A, K. Humanização do atendimento em Saúde: conhecimento veiculado na literatura brasileira de enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* 2005; 5 (14): 105-11.

CECÍLIO, L. C. de O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. (Orgs.). *Os Sentidos da Integralidade na Atenção e no Cuidado à Saúde*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. p. 113-126.

COSTA, A. M. Atenção Integral à Saúde das Mulheres: quo vadis? Uma avaliação da integralidade na Atenção à Saúde das Mulheres no Brasil [tese doutorado]. Brasília (DF): Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília; 2004.

COSTA, S. G. Sociedade salarial: contribuições de Robert Castel e o caso brasileiro. In: Serviço Social e Sociedade. Número: 63 – Ano: 2000.

_____. Proteção social, maternidade transferida e lutas pela saúde reprodutiva. Universidade Federal Fluminense. Estudos Feministas, 2002.

COSTA, N R. Inovação Política, Distributivismo e Crise: a Política de Saúde nos anos 80 e 90. Dados – Revista de Ciências Sociais. Rio de Janeiro: IUPERJ, col. 39, n. 3, p. 479-511, 1996.

_____. Política Social e Ajuste Macroeconômico. Cad. de Saúde Pública, Rio de Janeiro vol.18, p. S13-S21, 2002.

COUTINHO, M. V. Administração pública voltada para o cidadão: quadro teórico-conceitual. Revista do Serviço Público, 51(3): 41-74, 2000.

DESLANDES, S. F. **Análise do discurso oficial sobre a humanização da assistência hospitalar.** Ciência & Saúde Coletiva, 9(1): 7-14, 2004.

_____. **A ótica de gestores sobre a humanização da assistência nas maternidades municipais do Rio de Janeiro.** Ciência saúde coletiva. Vol.10, n.3, pp. 615-626, 2005.

_____. Humanização: revisitando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: HUMANIZAÇÃO DOS CUIDADOS EM SAÚDE: CONCEITOS, DILEMAS E PRÁTICAS. Deslandes, Suely Ferreira (organizadora). Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.

FIALHO, José Tarciso & NEUBAUER FILHO, Airton. **VIII Congresso Nacional de Educação da PUCPR (EDUCERE). Anais, 2008. Disponível em: http://www.pucpr.br/eventos/educere/educere2008/anais/pdf/644_503.pdf. acesso: 30/04/2011.**

FLEURY, S. A QUESTÃO DEMOCRÁTICA NA SAÚDE. Fleury, Sônia (org.), Saúde e Democracia: a Luta do Cebes. São Paulo. Editora Lemos, 1997.

_____. "Novas bases para a retomada da Seguridade Social", Revista Praia Vermelha: Estudos de Política e Teoria Social, 9 Julho. 2003.

_____. Fleury, Sônia org. Reforma Sanitária: Em busca de uma Teoria. 3 edição. São Paulo, Ed. Cortez. 2006.

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 [online]. 1999, vol.15, n.2, pp. 345-353. ISSN 0102-311X.

_____. FRANCO, Camilla Maia. **LINHAS DO CUIDADO INTEGRAL: UMA PROPOSTA DE ORGANIZAÇÃO DA REDE DE SAÚDE.** Disponível em: www.professores.uff.br/.../linha-cuidado-integral-conceito-como-fazer.pdf. ACESSO EM: 22/10/10.

FREIRE, M. M. L. Mulheres, Mães e Médicos: discurso maternalista em revistas femininas (Rio de Janeiro e São Paulo, década de 1920). Tese de doutorado em história de ciência da saúde. Casa Oswaldo Cruz. FIOCRUZ, 2006.

_____. “Ser mãe é uma ciência”: mulheres, médicos e a construção da maternidade científica na década de 1920. História, Ciências, Saúde. Manguinhos, vol.15. Rio de Janeiro, 2008.

FREITAS, R. C. de S. Famílias em Transformação: uma realidade atual. Texto didático, 2000.

GÓIS, J. B. H. A conservadorização do discurso Anti-AIDS nos Estados Unidos”. Revista Serviço Social e Sociedade, n. 58, 1998.

GOHN, M. G. M. Sociedade Civil no Brasil: Movimentos sociais e ONGs. Nômadias (Santafé de Bogotá), Universidad Central de Bogotá, n. 20, p. 140-151, 2004.

_____. Mulheres: Atrizes dos Movimentos Sociais- relações político-culturais e debate teórico no processo democrático. Política & Sociedade, v. 6, p. 41-70, 2007.

GRUPO KRISIS. Capítulos 5 a 7; 10 a 12. In GRUPO KRISIS. **Manifesto contra o trabalho.** São Paulo, Conrad, 2003.

LIMA, S. L. Humanizando a Atenção Básica em Saúde: a experiência do Saúde da Família em Itaboraí (RJ). Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado à Universidade Federal Fluminense (UFF) em 08/12/2008.

LOBATO, C. V. L. Avaliação de políticas sociais: notas sobre alguns limites e possíveis desafios. Trabalho, Educação e Saúde, 2(1): 239-265, 2004.

_____. Reforma sanitária e reorganização do sistema de serviços de saúde: efeitos sobre a cobertura e a utilização de serviços. (Tese de Doutorado). ENSP, 2000.

LUZ, M. T. Medicina e racionalidade científica no ensino médico contemporâneo. In: PITANGUY, J (ORG). CADERNOS CEPIA 4: Saber médico, corpo e sociedade. Curso ministrado na Faculdade de Medicina da UFRJ, 1998.

MARIANO, I. **POLÍTICAS SOCIAIS NO BRASIL: FOCALIZAÇÃO VERSUS UNIVERSALIZAÇÃO.** Disponível em: <http://pt.shvoong.com/social-sciences/1636162-focalização-universalização/2007>.

MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliando a implementação da atenção básica em saúde no município de Niterói, RJ:** Estudos de caso em

unidade básica de saúde e módulo do programa médico de família. 181f. Tese (Doutorado em Ciências). Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2003.

MATTOS, R. A. de. Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: Pinheiro, R. e Mattos, R. A. de. (Orgs.). Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2001. P. 39-64.

MENDES, E V. Reflexões sobre a NOAS SUS 01/02. 1ª Seminário para construção de consensos: organização, gestão e financiamento do SUS. BRASILIA. CONASS, 2003.

_____. O SUS que temos e o SUS que queremos: uma agenda. Revista Mineira de Saúde Pública, número 4, ano 3 (2004).

_____. O Sistema único de Saúde: um processo social em construção. In: MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. pg. 57-96.

MENEZES, Ana Maria Ferreira. ESGOTAMENTO DO PADRÃO DE FINANCIAMENTO DO DESENVOLVIMENTO NO BRASIL E ANÁLISE DE ALTERNATIVAS. II ENCONTRO DE ECONOMIA BAIANA – SET./2006. Disponível em: http://www.mesteco.ufba.br/scripts/arquivos/at_finde_02.pdf.

MERHY, E. E. A Perda da Dimensão Cuidadora na Produção de Saúde - Uma discussão do Modelo Assistencial e da Intervenção no seu Modo de Trabalhar a Assistência. In: Campos, C.R.; Malta, D.C.; Reis, A.T.; Santos, A.F. e Merhy, E.E. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte. Reescrevendo o Público. São Paulo: Xamã Editora, 1998.

_____. & ONOCKO, R. (Orgs.). Agir em saúde, um desafio para o público. HUCITEC, SÃO PAULO, 1997.

_____. & FRANCO, T. O uso de ferramentas analisadoras dos serviços de saúde: O caso do Serviço Social do Hospital de Clínicas da UNICAMP. In: MERHY et al; O trabalho em Saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano; HUCITEC, São Paulo, 2003.

_____. QUEIROZ, M. S. Saúde pública, rede básica e o sistema de saúde brasileiro. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, n. 9 v. 2. 177-184, Abr/jun, 1993.

MONTENEGRO, T. Diferenças de gênero e desenvolvimento moral das mulheres. Estudos Feministas. Florianópolis, 2003.

MINAYO, M.C. de S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 6.ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco, 1999.

_____. (Org.) Pesquisa social: teoria, método e criatividade. 14. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

OLIVEIRA, J. A. Reformas e reformismo: "democracia progressiva" e políticas sociais (ou "para uma teoria política da reforma sanitária"). Cad. Saúde Pública [online]. 1987, vol.3, n.4, pp. 360-387. ISSN 0102-311X.

OLIVEIRA, R.B, MELO E.C, KNUPP V.M. Perfil dos óbitos infantis no Município do Rio de Janeiro segundo peso ao nascer, no ano de 2002. Esc Anna Nery Rev Enfermagem 2008 mar; 12 (1): 25 – 9.

OSIS, M. J. D. Atenção Integral à Saúde da Mulher, o Conceito e o Programa: História de uma Intervenção. Dissertação de Mestrado, Campinas: Departamento de Antropologia Social, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Estadual de Campinas, 1994.

OUVERNEY, A. M. Em busca dos princípios do SUS: uma análise da estratégia de regionalização da saúde no Brasil à luz da literatura internacional de administração pública sobre redes. 2005. Dissertação (Mestrado) – EBAPE/FGV, Rio de Janeiro, 2005.

PICOLOTTO, E. L. Movimentos sociais: abordagens clássicas e contemporâneas. In: Revista CSOnline: Revista eletrônica de Ciências Sociais. Publicado em Nov. 2007. Disponível em: http://www.csonline.ufjf.br/artigos/arquivos/edicao2/artigos/CSO2_Everton.pdf.

PITANGUY, J. Cidadania, Direitos e Liberdade. In: PITANGUY, J (ORG). CADERNOS CEPIA 4: Saber médico, corpo e sociedade. Curso ministrado na Faculdade de Medicina da UFRJ, 1998.

PUCCINI, P. T. & CECÍLIO L. C. O. HUMANIZAÇÃO E O DIREITO À SAÚDE. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(5):1342-1353, set-out, 2004.

RAGO, M. Os feminismos no Brasil: dos “anos de chumbo” à era global. Labrys, estudos feministas número 3, janeiro/ julho 2003.

RODRIGUES, A. **Práticas Sociais, Modelos de Sociedade e Questões Éticas: Perspectivas Feministas.** In: SUSIN, Luiz Carlos. Terra prometida: Movimento social, engajamento cristão e teologia, 2002.

SANTOS, W. G. Razões da desordem. Rio de Janeiro. Rocco, 1993.

SANTOS-FILHO. S. B. Perspectivas da avaliação na Política Nacional de Humanização em Saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Ciência & Saúde Coletiva, 12(4):999-1010, 2007.

SERRUYA, S. J. A Experiência do programa de humanização no pré-natal e nascimento (PHPN) do Ministério da Saúde no Brasil. Campinas, 2003.

SOUZA, E. C. F. et al. ACESSO E ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO BÁSICA. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 24 Sup 1:S100-S110, 2008.

TANAKA, A. C. A. Maternidade: dilema entre nascimento e morte. EDITORA HUCITEC. ABRASCO, 1995.

THOMPSON, E. P. Introdução. In: _____. Customs in common. London, Penguin, 1993 (trad. port.: Costumes em comum: estudo sobre a cultura popular tradicional, São Paulo, Companhia da Letras, 1998).

TOURAINE, ALAIN. O Mundo das Mulheres. Editora Vozes, 2007.

VASCONCELOS, A. M. A prática do Serviço Social: cotidiano, formação e alternativas na área de saúde. 4 ed. São Paulo. Cortez, 2007.

YIN, R.K. **Estudo de caso**. Planejamento e métodos. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2005.

APÊNDICE A

Título do Projeto: **“ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: um olhar para a atenção básica em saúde da família no município de Itaboraí – RJ”**.

Pesquisador Responsável: Suzana Lopes de Lima. Email: suzanalima10@hotmail.com.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Mônica de Castro Maia Senna. Email: monicasenna@globo.com.

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: Universidade Federal Fluminense (UFF).

Telefones para contato: (21) 36393665 / (21) 86453111

Nome do voluntário: _____ Idade: _____ R.G _____

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O(A) Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa **“ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: um olhar para a atenção básica de saúde da família do município de Itaboraí (RJ)”**, de responsabilidade do pesquisador Suzana Lopes de Lima.

A pesquisa que tem por objetivo compreender através da sua percepção sobre as potencialidades e os limites da implantação do dispositivo do Acolhimento da PNH na assistência ao pré-natal frente ao estabelecimento do acesso, produção da linha de cuidado e construção de vínculo que está sendo oferecido na UBS de Nova Cidade. Esse estudo está sendo realizado para que eu receba o título de Mestre em Políticas Sociais da Universidade Federal Fluminense (UFF). Ele é de minha responsabilidade, Suzana Lopes de Lima, Assistente Social, e da Dra. Mônica de Castro Maia Senna, professora da Escola de Serviço Social – UFF.

Para conhecer sua percepção sobre este tema você será entrevistado (a) e responderá questões sobre o que pensa dessa assistência. As respostas serão gravadas, se assim for permitido, para ser o mais fiel a elas, estando à sua disposição para ouvi-la, se assim o desejar. Diante da possibilidade de você se sentir constrangido (a) ao responder as perguntas, a entrevista será realizada em local reservado e a sua participação não acarretará a você nenhum prejuízo de qualquer natureza.

Sua colaboração é voluntária e o seu nome não será revelado. Firmo o compromisso de que as respostas serão utilizadas apenas para fins deste estudo e os resultados serão publicados em artigos e congressos.

O risco de constrangimento descrito acima é de pequena gravidade diante das garantias descritas e é aceitável porque se espera que esta pesquisa possa contribuir para melhorar a assistência prestada às mulheres, durante a gravidez além de considerar que vocês são fundamentais também no planejamento do atendimento.

Você deve saber que antes de dar seu consentimento para participar desta pesquisa, que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da UFF (CEP/UFF).

Em qualquer fase da pesquisa, você poderá fazer perguntas, caso tenha dúvidas, e retirar o seu consentimento, além de não permitir a posterior utilização de suas respostas, sem nenhum ônus ou prejuízo.

Se estiver de acordo e as declarações forem satisfatórias, favor assinar o presente termo, dando seu consentimento para a participação da pesquisa em questão, em duas vias, ficando uma em seu poder.

Atenciosamente, Suzana Lopes de Lima.

Eu, _____, RG. nº _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Itaboraí, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura da usuária ou
profissional de saúde

Testemunha

APÊNDICE B

ROTEIRO DE ENTREVISTA (USUÁRIAS)

Data: ____/____/____

No da Entrevista: _____

Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Código da Entrevistada: _____

Equipe de Saúde da Família (Área): _____

BLOCO I - IDENTIFICAÇÃO

Quantos filhos você têm?

Há quanto tempo você realizou o último pré-natal? Ele foi todo realizado aqui nesta UBS?

Quando você descobriu que estava grávida? (se mais de um filho: Quando você descobriu que estava grávida pela última vez? Foi planejado/desejado/aceito? Ficou satisfeita?

Como você considera o apoio recebido por sua família? E o apoio recebido do pai do bebê?

Qual é a sua idade? Onde nasceu?

Você frequenta a escola? Se sim, qual o curso que frequenta? Se não, por quê?

Atualmente você está trabalhando? Se sim, em que atividade?

Qual o seu estado civil? Você vive em companhia de cônjuge ou companheiro? Se sim, atualmente ele está trabalhando?

Há quantos anos você mora neste bairro?

BLOCO II – ACESSO

Onde frequentemente você busca assistência à saúde?

Qual a distância de sua casa até a unidade de saúde?

Com quantas semanas/meses você iniciou o pré-natal?

Como foi o seu acesso a esta Unidade para o pré-natal (já frequentava o serviço, visita domiciliar do agente comunitário, encaminhamento, etc.)? Como se deu este percurso até o atendimento? Teve alguma dificuldade?

Você pode escolher fazer o seu pré-natal nesta UBS?

Foi fácil receber atenção dos funcionários na unidade de saúde?

Qual foi o tempo de espera entre o agendamento e a primeira consulta?

Ao chegar a UBS na primeira consulta você passou por alguma outra ação ou pessoa antes da consulta? Qual? Quem?

Quanto tempo você esperou para ser atendida no dia da consulta?

Você foi orientada sobre os serviços disponíveis na unidade? Por quem?

Você acha que a UBS estava adequada para o seu atendimento?

BLOCO III – PRODUÇÃO DA LINHA DO CUIDADO

Você acha que foi bem recebida na unidade?

Você possui algum registro de atendimento? Qual?

Quantas consultas você realizou?

Qual foi o profissional(ais) que realizou o seu pré-natal?

Conseguiu realizar todos os exames e mostrar os resultados ao profissional responsável pelo seu pré-natal?

Quais foram os exames que você já realizou? Eles demoravam a chegar? Teve acesso a todos?

Quais vacinas tomou? Como ficou sabendo?

Teve alguma orientação sobre alimentação? O que achou disso?

Nas suas dúvidas, você pode procurar/ligar/falar com o médico ou enfermeiro na UBS?

O médico e/ou enfermeiro te fez perguntas sobre outros problemas de saúde que você tem?

Você acha que eles lhe ofereciam tempo suficiente para falar sobre suas preocupações ou problemas?

No final já havia alguma definição da maternidade ou hospital aonde você iria ter o bebê? Se sim, qual? Você recebeu alguma orientação sobre como iria acontecer o trabalho de parto?

Você viveu alguma situação em seu pré-natal que considerou injusta/que a revoltou? Você ficou satisfeita com o atendimento?

BLOCO IV – CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS

Foi sempre o mesmo profissional (ais) que lhe atenderam?

Você sabe o nome deles? Poderia me dizer o nome do seu agente comunitário de saúde e do profissional (ais) que realizam o seu pré-natal? Você gosta deles?

Você se sentia confortável para falar com eles (ou algum deles) sobre suas preocupações ou problemas?

Você se sentia orientada sobre seus problemas (sejam eles de saúde ou não)? Normalmente eles eram resolvidos? As soluções apresentadas aos seus problemas eram acordadas com você?

Seus problemas eram resolvidos ou encaminhados adequadamente para outro profissional (especialistas, assistentes sociais, etc.)?

Você se sentiu acompanhada em seus problemas por estes profissionais? Você acha que eles conhecem bem sua família?

Você faltou a alguma consulta? Se sim, foi contatada pela UBS para saber o que houve?

A partir de seus problemas, o serviço de saúde montou alguma atividade para te atender?

Você já foi ajudada pessoalmente pela equipe (ou algum destes profissionais)?

Houve sugestão do tipo de parto? Você foi estimulada a realizar parto normal? O que achou disso?

Você acha que o pré-natal que você fez te preparou para o parto? O que você sentia em relação ao parto? Tinha medo?

Você participou de alguma atividade para as gestantes? Algum grupo em que pode compartilhar este e outros assuntos com as outras gestantes?

Como foi esta experiência para você? O que você gostaria que fosse diferente nesse acompanhamento? Por quê?

APÊNDICE C

ROTEIRO DE ENTREVISTA (PROFISSIONAIS)

Data: ____/____/____

No da Entrevista: _____

Horário de Início: _____ Horário de Término: _____

Código do Entrevistado (a): _____

Equipe de Saúde da Família (Área): _____

BLOCO I – IDENTIFICAÇÃO

Há quanto tempo já trabalha na UBS?

Você mora na comunidade ou próximo? Se sim, quanto tempo?

Participou das oficinas de Humanização da UBS?

Qual é o seu vínculo trabalhista?

BLOCO II – ACESSO

Como acontece o acesso das gestantes a esta UBS para o pré-natal? (já freqüentava o serviço, visita domiciliar do agente comunitário, encaminhamento, etc.)?

Você acha que a distância geográfica entre a unidade e a moradia das usuárias dificulta o atendimento?

É fácil para elas obterem atendimento?

Ao chegar a UBS na primeira consulta elas passam por alguma outra ação ou pessoa antes da consulta? Qual? Quem?

Qual é o tempo de espera entre o agendamento e a consulta?

Existe alguma flexibilidade quanto a conceder atendimentos fora do agendamento?

Quais são os serviços disponíveis na UBS para as gestantes?

Você acha que a UBS está adequada para este tipo de atendimento?

BLOCO III – PRODUÇÃO DA LINHA DO CUIDADO

Você acha que a unidade atende bem as gestantes? Você considera o atendimento desta unidade satisfatório?

Quais são os registros que a gestante possui? Em média quantas consultas de pré-natal são realizadas?

Geralmente as gestantes conseguem realizar e mostrar os resultados de todos os exames do seu pré-natal?

Quais são os exames realizados nesta UBS? Quanto aos que não são realizados quais são os procedimentos? Eles demoram a chegar?

E quanto as vacinas?

Existe alguma orientação sobre alimentação?

Você se certifica de que o paciente entendeu todas as suas recomendações?

Você procura saber se o paciente tem realmente condições (culturais e/ou financeiras) de seguir suas orientações?

A usuária já discordou dessas orientações em algum momento? Ou aconteceu algum conflito?

Você acha que o tempo oferecido na consulta é suficiente para o paciente falar sobre outras preocupações ou problemas, relacionados ou não, a gestação?

No final da gestação já existe alguma definição da maternidade ou hospital onde será realizado o parto? Se sim, qual? Elas recebem alguma orientação sobre como irá acontecer o trabalho de parto?

Você está satisfeito com o seu atendimento oferecido as gestantes?

BLOCO IV – CONSTRUÇÃO DE VÍNCULOS

As gestantes sabem o seu nome?

Existe uma preocupação em agendar os pacientes para os mesmos médicos e/ou enfermeiros que os atenderam pela primeira vez?

É permitida a presença de acompanhantes durante as consultas?

Você acha que as gestantes se sentem ouvidas em seus problemas?

Você acha que elas se sentem confortáveis para falar com você sobre suas preocupações ou problemas?

Você faz algo para tentar resolver esses problemas (sejam eles de saúde ou não)? Normalmente estes problemas são resolvidos ou encaminhados para outros profissionais (especialistas médicos, assistentes sociais, etc.)? As soluções apresentadas são acordadas com elas?

Você acha que conhece bem a família das gestantes?

Quando a gestante falta a uma consulta agendada ela é contatada para saber o motivo?

A partir dos problemas das gestantes, o serviço de saúde montou alguma atividade para melhorar o atendimento?

Você ou a equipe da UBS já ajudaram pessoalmente a alguma delas?

Existe alguma atividade para as gestantes? Algum grupo? Elas participam?

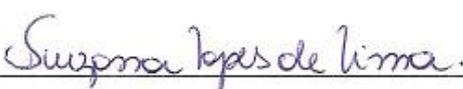
ANEXO A

UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE
ESCOLA DE SERVIÇO SOCIAL
DEPARTAMENTO DE SERVIÇO SOCIAL

DECLARAÇÃO

Declaro para os devidos fins que os resultados da pesquisa intitulada provisoriamente “**ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: um olhar para a atenção básica de saúde da família do município de Itaboraí (RJ)**”, por mim realizada será divulgado na forma de relatórios e artigos científicos, independente se forem favoráveis ou não. Os dados obtidos através de entrevistas receberão identificação através de letras do alfabeto e o material coletado será arquivado pelo prazo de cinco anos, quando então será incinerado.

Itaboraí, 10 de setembro de 2010.



Suzana Lopes de Lima

ANEXO B

TERMO DE AUTORIZAÇÃO

Itaboraí, Setembro de 2010.

Ilmo (a): Dr. Olney Ourives
 Cargo: Coordenador PSF

Solicito sua autorização para a realização da pesquisa intitulada provisoriamente "ACOLHIMENTO E ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL: um olhar para a atenção básica de saúde da família do município de Itaboraí (RJ)", em desenvolvimento no curso de Mestrado em Políticas Sociais da Universidade Federal Fluminense (UFF), como parte integrante das exigências para a aquisição do grau de Mestre em Políticas Sociais, de autoria de Suzana Lopes de Lima, orientada pela Profª. Dra. Mônica de Castro Maia Senna.

O estudo tem como objetivo identificar e analisar através da percepção de usuária e profissionais de atenção básica as potencialidades e os limites e da implantação do dispositivo do Acolhimento da PNH na assistência ao pré-natal frente ao estabelecimento do acesso, produção da linha de cuidado e construção de vínculo. Trata-se de um estudo de caso na UBS do bairro de Nova Cidade do município de Itaboraí (RJ) com abordagem qualitativa, em que a coleta de dados será realizada por meio de entrevistas com usuárias e profissionais da USB de Nova Cidade, que serão convidados a participar.

Em face do exposto, necessito da autorização de V. S para realizar o estudo proposta na USB de Nova Cidade, e, posteriormente, apresentá-lo ao Departamento do Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social da Escola de Serviço Social da Universidade Federal Fluminense – PEPGPS/ESS/UFF e ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal Fluminense – CEP/UFF. Na oportunidade, solicito também a autorização para divulgar a identificação do referida UBS.

Desde já, firmo o compromisso do uso restrito dos dados e informações para a pesquisa e divulgação dos seus resultados através de trabalhos técnico-científicos, preservando o anonimato dos sujeitos da pesquisa, colocando, ainda, à disposição da instituição os resultados do mesmo.

Certo com contar com a autorização de V. S, coloco-me a disposição para quaisquer esclarecimentos.

Atenciosamente, Suzana Lopes de Lima.

Identificação: 21845990-7
 Endereço: Rua Hilda Araújo, nº 2533, Nova Cidade, Itaboraí.
 Telefones: (21) 36393665 / (21) 86453111
 Email: suzanalima10@hotmail.com
 Orientadora: Profª. Dra. Mônica de Castro Maia Senna.
 Telefone CEP/UFF: (21) 26299189 - Email: etica@vm.uff.br

De acordo:

Nome: OLNEY OURIVES Assinatura: Dr. Olney Ourives
 Identificação: MED100 Cargo: Coordenador PSF
 Instituição: SEC SAÚDE ITABORAÍ - RJ

Itaboraí, 14/09/2010.

ANEXO C

DOS DE SAÚDE - SERVIDOR

Página 1 de 2



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS				FR - 370539	
Projeto de Pesquisa Acolhimento e Atenção ao pré-natal: um olhar para a atenção básica de saúde da família do município de Itaboraí					
Área de Conhecimento 6.00 - Ciências Sociais Aplicadas - 6.10 - Serviço Social				Grupo Grupo III	Nível
Área(s) Temática(s) Especial(s)				Fase Não se Aplica	
Unitermos Integralidade, Humanização, Acolhimento, Saúde da Mulher, Pré-natal					
Sujeitos na Pesquisa					
Nº de Sujeitos no Centro 12	Total Brasil 12	Nº de Sujeitos Total 12	Grupos Especiais Pessoas numa relação de dependência como presidiários, militares, alunos, funcionários, etc		
Placebo NÃO	Medicamentos HIV / AIDS NÃO	Wash-out NÃO	Sem Tratamento Específico NÃO	Banco de Materiais Biológicos NÃO	
Pesquisador Responsável					
Pesquisador Responsável suzana lopes de lima		CPF 117.599.747-14	Identidade 21845990-7		
Área de Especialização POLÍTICAS SOCIAIS		Mayor Titulação ASSISTENTE SOCIAL	Nacionalidade BRASILEIRA		
Endereço RUA HILDA ARAUJO LOTE: 2533		Bairro NOVA CIDADE	Cidade ITABORAÍ - RJ		
Código Postal 24800-000	Telefone 21 85453111 / 21 38393665	Fax	Email suzanalima10@hotmail.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.					
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. <u>Suzana Lopes de Lima</u>					
Data: <u>09 / 09 / 2010</u> Assinatura					
Instituição Onde Será Realizado					
Nome Prefeitura Municipal de Itaboraí		CNPJ 28.741.080/0001-55	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Secretaria Municipal de Saúde		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Av. Prof. Alvaro de Carvalho Junior		Bairro Centro	Cidade Itaboraí - RJ		
Código Postal 24800000	Telefone 25351399	Fax 26351399	Email ita.saude@vhop.com		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição se compromete para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.					
Nome: <u>Dr. Olney Ourtives</u> Médico - CRM/RJ 05385-1 Superior SMO					
Data: <u>09/09/2010</u> Assinatura					
Vinculada					
Nome Universidade Federal Fluminense - RJ		CNPJ 09.523.315/0001-99	Nacional/Internacional Nacional		
Unidade/Orgão Escola de Serviço Social		Participação Estrangeira NÃO	Projeto Multicêntrico NÃO		
Endereço Rua Marquês do Paraná, 303		Bairro Centro	Cidade Niterói - RJ		
Código Postal 240303210	Telefone (21) 25299169	Fax (21) 25299017	Email www.uff.br		
Termo de Compromisso					
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.					
Nome: <u>JOÃO ROSCO HORACIO</u> Assinatura					
Data: <u>09 / 09 / 2010</u>					

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 09/09/2010. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

ANEXO D



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - Coordenador Geral
Representante Comunidade Científica

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos
Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal
Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias
Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva
Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal
Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

José Carlos Carraro Eduardo
Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A. Senna
Instituto de Saúde da Comunidade

Sérvio Túlio / Rogério Dultra
Faculdade de Direito

Ana Paula Black Veiga
Hospital Universitário Antônio Pedro

Rosângela Arrabal Thomaz
Faculdade de Medicina

José Plácido / Lígia Lobato
Representantes da Comunidade Usuária

Tereza C. A. Graça / Theresa C.L. Coutinho
Faculdade de Odontologia

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias
Faculdade de Farmácia

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira
Faculdade de Nutrição

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos
Faculdade de Enfermagem

Dilvani Oliveira Santos / Luiz G. Gawryszewski
Faculdade de Biologia

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima
Escola de Serviço Social

Luís Antônio C. Ribeiro / Gilvan Hansen
Instituto de Ciências Sociais - Depto Filosofia

Josemberg M. Andrade / Elton H. Matsushima
Instituto de Ciências Sociais - Depto Psicologia

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca
Instituto de Matemática

CEP CMM/HUAP nº 247/2010

CAAE nº : 4791.0.000.258-10

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP
A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre a documentação referente ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto:

“Acolhimento e Atenção ao pré-natal: um olhar para a atenção básica de saúde da família do município de Itaboraí.”

Pesquisador(a) Responsável:
Suzana Lopes de Lima

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):
Mônica de Castro Maia Senna

Data: 01/10/2010

Parecer: *Aprovado*

Atenciosamente,


Prof. Herbert Praxedes
Coordenador

ANEXO E



UNIVERSIDADE FEDERAL FLUMINENSE

Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro

Herbert Praxedes - **Coordenador Geral***Representante Comunidade Científica*

Alair Augusto Santos / Maria Lúcia Santos

Faculdade de Medicina - Depto Radiologia

Maria Nazareth C. Pinto / Alberto Esteves Gemal

Faculdade de Medicina - Depto Cirurgia

Renato Augusto M. Sá / Selma Maria A. Sias

Faculdade de Medicina - Depto Materno Infantil

Regina Helena S. Peralta / Andréa Alice da Silva

Faculdade de Medicina - Depto Patologia

Mauro Diniz Moreira / Sérgio Setúbal

Faculdade de Medicina - Depto Medicina Clínica

José Carlos Carraro Eduardo

Faculdade de Medicina - Repr. Colegiado

Carlos Dimas M. Ribeiro/Marcos Antônio A.Senna

Instituto de Saúde da Comunidade

Sérvio Túlio / Rogério Dultra

Faculdade de Direito

Ana Paula Black Veiga

Hospital Universitário Antônio Pedro

Rosângela Arrabal Thomaz

Faculdade de Medicina

José Plácido / Lígia Lobato

Representantes da Comunidade Usuária

Tereza C. /s. Graça / Theresa C.L. Coutinho

Faculdade de Odontologia

Thelma B. Machado / Sabrina C. Elias

Faculdade de Farmácia

Denise Mafra / Daniele M. Ferreira

Faculdade de Nutrição

Valdecyr Herdy Alves / Luiz dos Santos

Faculdade de Enfermagem

Dilvani Oliviera Santos / Luiz G. Gawryszewski

Faculdade de Biologia

Tatiana Rangel Reis / Sulamita B. de Lima

Escola de Serviço Social

Luís Antônio C. Ribeiro / Gilvan Hansen

Instituto de Ciências Sociais - Depto Filosofia

Joseberg M. Andrade / Elton H. Matsushima

Instituto de Ciências Sociais - Depto Psicologia

Licínio E. Silva / Ana Beatriz M. Fonseca

*Instituto de Matemática*CEP CMM/HUAP nº 247/2010

CAAE nº : 4791.0.000.258-10

Do: Coordenador do CEP CMM/HUAP

A(o) Sr.(a) Pesquisador(a):

Assunto: Parecer sobre Projeto de Pesquisa

Sr.(a) Pesquisador(a)

Informo a V.Sª. que o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro, constituído nos termos da Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e devidamente registrado na Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, recebeu, analisou e emitiu parecer sobre **ADENDO** ao protocolo de pesquisa e seu respectivo Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme abaixo discriminado:

Título do Projeto: 

“Acolhimento e Atenção ao pré-natal: um olhar para a atenção básica de saúde da família do município de Itaboraí.”

Pesquisador(a) Responsável:

Suzana Lopes de Lima

Pesquisadores(as) Colaboradores(as):

Mônica de Castro Maia Senna**Data: 17/12/2010****Parecer: Aprovado o adendo em anexo.**

Atenciosamente,


Prof. Herbert Praxedes
 Coordenador

Renato A. Moreira de Sá
 CRM 52.51933-2

PROJETO: CEP CMM/HUAP n° 247/2010

CAAE n°: 47910000258-10

Itaboraí, 24 de novembro de 2010

Ao: Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Medicina / Hospital Universitário Antônio Pedro.

Em virtude de dificuldades em encontrar os usuários sujeitos da pesquisa com o perfil previsto no projeto originalmente encaminhado a esse comitê, venho informar a necessidade de ampliação dos critérios de inclusão dos usuários, a saber:

Texto do projeto original: Buscaremos entrevistar as gestantes maiores de idade em atendimento pré-natal na UBS e que já realizaram acompanhamento pré-natal antes da implantação do Acolhimento que estejam na faixa etária entre 18 e 19 anos. Esta escolha se justifica pelos dados do SIH/SUS (2010) sobre o percentual de distribuição das internações por gravidez, parto e puerpério por faixa etária que apontam para um alto percentual de usuárias entre 15 a 19 anos (71,7%) assim, o primeiro critério de inclusão será a exigência de já terem alcançado a maioridade¹ e o segundo será das que já realizaram mais de um pré-natal na unidade, dando preferência as usuárias que estiveram no final do ciclo gestacional da última gravidez.

Proposta de reformulação: Buscaremos entrevistar as gestantes maiores de idade que tenham realizado todo o pré-natal na UBS e que estejam preferencialmente na faixa etária entre 18 e 19 anos. Esta escolha se justifica pelos dados do SIH/SUS (2010) sobre o percentual de distribuição das internações por gravidez, parto e puerpério por faixa etária que apontam para um alto percentual de usuárias entre 15 a 19 anos (71,7%) assim, o primeiro critério de inclusão será a exigência de já terem alcançado a maioridade² e o segundo será das que já realizaram mais de um pré-natal na unidade, dando preferência as usuárias que atualmente estejam no período do puerpério ou com filhos até um ano de idade.

Desde já agradeço,

Suzana Lopes de Lima.

¹ De acordo com o Art. 5º da Lei Nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 do Código Civil Brasileiro, a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil (BRASIL, 2002).

² De acordo com o Art. 5º da Lei Nº 10.406 de 10 de Janeiro de 2002 do Código Civil Brasileiro, a menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil (BRASIL, 2002).

ANEXO F



MINISTÉRIO DA SAÚDE
PROGRAMA DE HUMANIZAÇÃO NO PRÉ-NATAL E NASCIMENTO
COMPONENTE I - INCENTIVO À ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde	2. Código do Estabelecimento no CNES
3. Nome do Município	4. Código do Município no IBGE
5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE

IDENTIFICAÇÃO DA GESTANTE

7. Número da Gestação no SISPRENATAL		8. Gestante acompanhada pelo PSF	
		Código da Área	Microárea
9. Nome da Gestante		10. Data de Nascimento	
11. Nome da Mãe da Gestante		12. Raça/Cor	
13. Endereço Residencial			
Número	Complemento	Bairro	
Município		CEP	Telefone

Preencher com apenas um dos seguintes documentos

14. Nº do Cartão SUS		15. Nº do CPF	
16. Certidão de Nascimento ou Casamento			
Nome do Cartório		Livro	Folha
17. Identidade			
Número		Órgão Emissor	
18. Carteira de Trabalho			
Número		Série	UF
19. Data da 1ª Consulta de Pré-natal		20. Data da Última Menstruação	
21. Assinatura e Carimbo do responsável pela primeira consulta de Pré-natal		22. Código Brasileiro Ocupacional (CBO) do responsável pela primeira consulta de Pré-natal	

* Preencher no campo 22 o CBO do profissional responsável pela primeira consulta, conforme tabela:
223905 - Enfermeira; 223116 - Médico do PSF/Comunitário; 223545 - Enfermeira Obstetra;
223115 - Clínica Geral; 2235C1 - Enfermeira do PSF;
223132 - Ginecologia/Obstetrícia; 2235C2 - Enfermeira do PACS;

* No campo 12 a raça/cor, conforme tabela:
1 - Branca; 4 - Parda;
2 - Preta; 5 - Indígena.
3 - Amarela;

ANEXO G

1. Nome do Estabelecimento Assistencial de Saúde		2. Código do Estabelecimento no CNES				
3. Nome do Município			4. Código do Município no IBGE	5. Sigla da UF	6. Código da UF no IBGE	

Nº	Número da Gestação no Sisprenatal	Nome da Gestante	Consulta Pré-natal	ABO Rh	VDRL	Urina	Glicemia	Hb	Ht	Hiv	Hbs Ag	IgM Toxo	Vacina Anti-tetânica			RG	Consulta Puerperal	TP
													1ª Dose	2ª Dose	Reforço			
01																		
02																		
03																		
04																		
05																		
06																		
07																		
08																		
09																		
10																		
11																		
12																		
13																		
14																		
15																		
16																		
17																		
18																		
19																		
20																		

Nome e matrícula do responsável pelo preenchimento:

* Preencher as quadriculas "Consulta Pré-natal e Consulta Puerperal" com o código brasileiro ocupacional (CBO):
 223505 - Enfermeira; 223116 - Médico do PSF/Comunitário; 223545 - Enfermeira Obstetra;
 223115 - Clínica Geral; 2235C1 - Enfermeira do PSF;
 223132 - Ginecologia/Obstetria; 2235C2 - Enfermeira do PACS;

* No caso dos exames, assinalar com "X" quando o resultado do exame for analisado pelo médico ou enfermeira que realizou a consulta naquele dia.
 * No caso da vacina anti-tetânica, assinalar com "X" de acordo com o Cartão de Imunização da Gestante.

* Risco Gestacional, conforme a tabela:
 BR - Baixo Risco;
 AR - Alto Risco.

* Tipo do Parto, conforme a tabela:
 PH - Parto Hospitalar;
 PD - Parto Domiciliar.

ANEXO H

Curva de peso/idade gestacional

ALUMENTO DE PESO MATEIRNO

AMENORRÉIA (SEMANAS)

Curva altura uterina/idade gestacional

ALTURA UTERINA (CM)

SEMANAS DE GESTAÇÃO

Exames	Data	Resultado	Orientação/Conduta
Hb-Ht			
Glicemia de Jejum			
VDRL			
Urina (rotina)			
Anti HIV			
ABO-RH			
Coombs Indireto			

Exames	Data	Resultado	Orientação/Conduta
Ultra-sonografia			
Peso Fetal			
Placenta			
Líquido			

CARTÃO DA GESTANTE

Nome: _____

Endereço: _____

Município: _____

Prontuário: _____

AGENDAMENTO			
Data	Hora	Nome do Profissional	Sala

*Você precisa fazer no mínimo 6 consultas.
É um direito seu.*

IDADE ANOS MENOR DE 15 MAIOR DE 35	Nº DE HISTÓRIA CLÍNICA	ALFABETIZADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	ESTUDOS <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> PRIMÁRIO <input type="checkbox"/> SECUNDÁRIO <input type="checkbox"/> UNIVERSITÁRIO	ANOS COMPLETOS	ESTADO CIVIL/UNIÃO CASAD. <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLT. <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>
ANTECEDENTES	PESSOAIS	OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)		ALGUM RN PESOU MENOS DE 2.500g <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	
FAMILIARES	INFECÇÃO URINÁRIA DIABETES HIPERT. ART. GEMELARES OUTROS	INFERTILIDADE DIABETES HIPERT. CRÔNICA CIRURG. PÉLV. UTERINA OUTROS	GESTAS ABORTOS PARTO NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS	VAGINAIS CESÁREAS	NASC. VIVOS NASC. MORTOS VIVEM MORRERAM 1ª SEMANA MORRERAM APÓS 1ª SEMANA
GRAVIDEZ ATUAL	ESTATURA DUM DPP	DIAS MÊS ANO	DÚVIDAS ANTITÉTANICA PRÉVIA ANTITÉTANICA ATUAL MÊS GESTA	HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ GRUPO Rh SENSIB. DIAS	TRANSF. DIA MÊS ANO LOCAL:
PESO ANTERIOR kg.	EX. CLÍNICO NORMAL	EX. DAS MAMAS NORMAL	EX. ODONTOL. NORMAL	PÉLVIS NORMAL	PAPANICOLAOU NORMAL
	EX. CLÍNICO CERVIX	V.D.R.L.	FUMA	Nº de cigarros dia	
CONSULTA N- 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10	DATA				

SEMANAS DE AMERORRÉIA	
PESO (kg)	
PRESSÃO ARTERIAL MÁX. (mmHg)	
ALTURA UTERINA (cm) APRESENTAÇÃO	
BCF / MOV. FETAL	
ASS. DO PROFISSIONAL	

PARTO	IDADE GESTA MENOR DE 37 OU MAIOR DE 42	TAMANHO FETAL CORRESPONDE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> IND. <input type="checkbox"/> ESP.	INÍCIO	MEMBRANAS DATA RUTURA CEF. <input type="checkbox"/> PELV. <input type="checkbox"/> TRAN.	PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO
HOSPITAL:					<input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA <input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PRÉVIA <input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA <input type="checkbox"/> CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> DIABETES <input type="checkbox"/> INFECÇÃO CRÔNICA <input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES <input type="checkbox"/> PARASIToses <input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMAT.
TERMINAÇÃO EXP. <input type="checkbox"/> CES. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. <input type="checkbox"/>	HORA MINUTO DIA MÊS ANO	NÍVEL DE ATENÇÃO 3- 2- 1- DOMIC. OUTRO	ATENDEU:		<input type="checkbox"/> DESPROP. CEF. PÉLV. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 1- TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 2- TRIMES. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. 3- TRIMES. <input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA <input type="checkbox"/> RUTURA PREMAT. MEM. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER. <input type="checkbox"/> HEMORRAG. PUERPE. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA
ÉPSIOTOMIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM	MÉDIC. ENF/PAR.AUX. EMPIR. OUTROS		
LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PLACENTA COMPL. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	MOMENTO PARTO <input type="checkbox"/> GRÁV. <input type="checkbox"/> IGAVO.	PARTO NEONATO		
MEDICAÇÃO NO PARTO <input type="checkbox"/> ANALGÉSICO <input type="checkbox"/> TRANQUILIZANTE <input type="checkbox"/> OCITOC. <input type="checkbox"/> ANTIBIÓTICO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> NENHUM			<input type="checkbox"/> AMESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> AMESTESIA REGID. <input type="checkbox"/> AMESTESIA GERAL		

RECÉM NASCIDO	SEXO F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	V.D.R.L. - <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>	APGAR MINUTO 1- 5- 6 OU MENOS	REANIMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	PESO AO NASCER MENOS DE 2.500g	IDADE POR EXAME FÍSICO Sem. <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS	PESO/IG. ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQ. <input type="checkbox"/> GRAN. <input type="checkbox"/>	EX. FÍSICO IMEDIATO NORMAL <input type="checkbox"/> ANÓRMAL <input type="checkbox"/>	PUERPÉRIO
ESTATURA cm	PER. CEF. cm	EX. FÍSICO PRÉ-ALTA NORMAL <input type="checkbox"/> ANÓRMAL <input type="checkbox"/>	EX. NEURO. NORMAL <input type="checkbox"/> ANÓRMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO <input type="checkbox"/>	PATOLOGIAS M. HIALINA <input type="checkbox"/> S. ASPIRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR <input type="checkbox"/> APNÉIAS <input type="checkbox"/>	HEMORRA. <input type="checkbox"/> HIPERBILL. <input type="checkbox"/> INFECÇÃO <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/>	A. CONG. <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA <input type="checkbox"/>	HORA OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO	TEMPERATURA	PULSO (BATIMENTO/MINUTO)
RN ALOJ./CONJ. SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>	ALTA DO RN SADIO <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> CPATOL. <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/>	IDADE NA ALTA/TRANSFERÊNCIA DIAS HORAS	IDADE AO FALECER DIAS HORAS	ALIMENTAÇÃO PEITO <input type="checkbox"/> MIXTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC. <input type="checkbox"/>	ALTA MATERNA SADIA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> CPATOLOGIA <input type="checkbox"/>	MORTE MATERNA GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO <input type="checkbox"/>	ORIENT./CONTRACEÇÃO CONDON <input type="checkbox"/> O.I.U. <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> US. DE TRO. <input type="checkbox"/> RITMO <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/>	PRESSÃO ARTERIAL MÁX./MÍN. (mm Hg)	INVÓL. UTERINA
									CARACTERÍSTIC. DOS LÓQUIOS