

MARIA SALETE MEDEIROS VIEIRA

**A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA À GESTANTE EM
SERVIÇOS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS-SC:
BUSCANDO A QUALIDADE COM FOCO NA NORMATIZAÇÃO
PRECONIZADA E NAS NECESSIDADES DAS MULHERES**

**Dissertação apresentada ao Curso de
Mestrado em Ciências Médicas do Centro
de Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Santa Catarina para a obtenção
do título de mestre em Ciências Médicas.**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

MARIA SALETE MEDEIROS VIEIRA

**A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL PRESTADA À GESTANTE EM
SERVIÇOS DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS-SC:
BUSCANDO A QUALIDADE COM FOCO NA NORMATIZAÇÃO
PRECONIZADA E NAS NECESSIDADES DAS MULHERES**

**Dissertação apresentada à ao Curso de
Mestrado em Ciências Médicas do Centro
de Ciências da Saúde da Universidade
Federal de Santa Catarina para a obtenção
do título de mestre em Ciências Médicas.**

**Coordenadora do Curso: Prof^ª. Dra Márcia M. M. Pizzichini
Orientadora: Prof^ª. Dra. Zuleica Maria Patrício
Co-Orientador: Marcos Leite dos Santos**

**FLORIANÓPOLIS
2005**

DEDICATÓRIA

Aos meus pais, Evaldo e Terezinha, que na vida foram verdadeiros parceiros, fazendo-me acreditar na família, no companheirismo e na força do amor. Com simplicidade, ensinaram-me a respeitar o “outro”, a proteger a natureza e a amar a Deus.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me permite caminhar sempre por caminhos iluminados.

Aos meus filhos, Elisandro Júnior e Filipe, minha fonte de energia, seja na ausência em forma de saudade; seja na presença constante e distraída de adolescente... Mas sempre envolvida do mais puro amor.

Ao Elisandro, que... *“De tudo, foi me atento.*

Antes e com tal zelo, e sempre... (...).

E em seu louvor hei de espalhar meu canto

E rir meu riso e derramar meu pranto (...).

Eu possa me dizer do amor (que tive):

Que não seja imortal, posto que é chama.

Mas que seja infinito enquanto dure.”

(Vinícius de Moraes)

À Prof. Dra. Zuleica Maria Patrício, minha orientadora, responsável, antes de tudo, pela minha descoberta de outra forma de fazer ciência... Um outro caminho para pesquisar... Para melhorar a qualidade de vida do ser humano...

“Livrando-se de crenças e imposições.

Descobrimo seus próprios recursos e caminhos.

Vivendo com Sabedoria”.

(Cecília Wada e Wilton Queiroz)

As mulheres... Eli, Renata, Tetê, Ana Helena, Ana Claudia, Carin, Sueli, Adenir, Silvia Cristina, Alzira, Ismênia, Daniela, Lorena, Pinga, Xinha, Lindaura, Ingrid, Clarice... Amigas, irmãs, “pacientes”, passantes... Mulheres-sujeito... Passivas, rebeldes... Mulheres confidentes, conselheiras... Todas...

“Sensível por excelência. Para a mulher qualquer atitude é,

antes de qualquer coisa, observada com sentimentos.

É um Ser pleno por excelência, pleno de possibilidades,

pleno de sabedoria”.

(Cecília Wada e Wilton Queiroz)

Aos amigos... Atentos, presentes e sensíveis... Acessíveis sempre que precisei... Marcos L dos Santos, meu co-orientador e mestre; Luiz Paulo, amigo e irmão; Renato, Alberto,... Todos os colegas e amigos... Wilker e Jaime, acadêmicos ATM 2005- 1.

Aos companheiros do Transcriar e colegas de equipe multiprofissional do Hospital Universitário (Alojamento Conjunto).

SUMÁRIO

RESUMO	7
ABSTRACT	8
1. INTRODUÇÃO	9
1.1 Apresentando o Tema	9
1.2 Justificativa e Finalidades do Estudo.....	13
1.3 Estrutura do Relatório	14
2. A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: DA LITERATURA À NORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO À GESTANTE	16
2.1. Breve Histórico do Cuidado à Mulher Grávida.....	16
2.2. O Cuidado à Mulher Grávida nos Serviços de Pré-natal do Brasil	19
2.2 A Busca da Qualidade no Pré-natal	21
2.3. Normatização da Assistência à Saúde da Mulher no Município de Florianópolis.....	26
3. PRESSUPOSTOS.....	29
4. MÉTODO DA PESQUISA.....	31
4.1.Escolha do Método de Pesquisa.....	31
4.2. Cuidados Éticos	35
4.3. Trajetória da Pesquisa - Momentos de Interações: Levantar, Registrar e Analisar os Dados	36
4.3.1 A Escolha do Contexto e dos Sujeitos do Estudo: Estudo Exploratório.....	36
4.3.2. O Processo de Levantamento dos Dados Definido após a Fase Exploratória.....	41
5 CONHECENDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM FLORIANÓPOLIS	47

5.1. O Serviço de Pré-natal em Florianópolis.....	47
5.2 As Mulheres que Participaram do Estudo	54
5.3 O Atendimento Prestado às Mulheres do Estudo –	56
5.3.1. O Pré-natal Oferecido nas Unidades de Saúde – Dados do Cartão e Relatos das Usuárias.....	56
5.3.2. O Significado de Pré-natal Segundo as Mulheres do Estudo.....	67
5.3.3 Avaliação das Mulheres sobre o Pré -natal.....	70
5.3.4 Sugestões das Mulheres para Melhorar o Pré -natal.....	74
6 A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: entre a Normatização e as Necessidades das Mulheres	77
7 REFLEXÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES.....	88
8 REFERÊNCIAS	93
APÊNDICES.....	96
ANEXOS	97

RESUMO

A atenção humanizada, junto com os demais atributos que garantem a qualidade da assistência pré-natal, tem impacto epidemiológico, pois são acompanhados de redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal. Hoje, quase 90% das mulheres fazem pré-natal com profissionais da saúde e com uma média acima de quatro consultas por mulher, mas os prontuários apresentam-se com anotações incompletas, as rotinas básicas não são cumpridas e as usuárias carecem de orientações e acolhimento; esses são exemplos de falhas que comprometem o atendimento oferecido à grávida. Conhecer a visão da mulher sobre esta assistência, a qualidade desta no que inclui suas expectativas e necessidades, contribui com administradores e equipes de saúde, para a revisão das práticas desenvolvidas na assistência pré-natal. Esta pesquisa tem abordagem qualitativa do tipo exploratório, com foco na assistência pré-natal prestada em unidades de saúde do município de Florianópolis na perspectiva de aperfeiçoar a assistência. Foram sujeitos deste estudo, dezessete mulheres internadas na Enfermaria Pós-Parto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina, e procedentes da assistência de pré-natal de baixo risco dos serviços de saúde de Florianópolis, que tinham cartão de pré-natal. A coleta do material, incluindo a fase exploratória, ocorreu de fevereiro de 2004 a janeiro de 2005. A análise destes dados, seguindo o movimento denominado “análise-reflexão-síntese”, possibilitou identificar a situação da assistência oferecida às gestantes nos serviços e ter uma noção da percepção da mulher assistida, bem como sua expectativa em relação à atenção buscada. Mas, principalmente, identificou pontos deficientes que podem ser trabalhados por gestores, profissionais de saúde comprometidos com a assistência e pela própria mulher usuária do serviço. Os resultados, trazidos nesta pesquisa, são entendidos como elementos para outros estudos qualitativos, portanto sugere-se que, em decorrência da complexidade do assunto, busque-se conhecer o olhar dos gestores e profissionais de saúde e, especialmente, de outros grupos de mulheres, pois fornecerão elementos relevantes para a correção das estratégias.

ABSTRACT

Humanized attention has an epidemiological impact and attributes that warrant quality to prenatal care as it yields reduction of perinatal and maternal mortality and morbidity. Today almost 90% of women do their prenatal with health professionals in a mean over 4 consultations per women, but medical registers are incomplete, basic routines are not accomplished and patients lack orientation and sheltering; those are examples of failures on the care for pregnant women. Women point of view about the quality of the prenatal care and their expectations towards the fulfillment of their prenatal needs contributes to administrators and health staff to review medical and care practices carried out during their assistance. The research is an exploratory qualitative approach, which focus in the prenatal care carried out in Florianópolis health units in an attempt to enhance local prenatal health care. The study subject were 17 women inpatients of post birth ward in the university hospital at Universidade Federal de Santa Catarina. Subjects came from low-risk prenatal services from the Town hall health units, who were carriers of public health card. The material collection, including the exploratory phase, occurred during February 2004 until January 2005. Data analysis, followed by a stage called “analysis-reflection-synthesis” enabled identify the type of health care and assistance given to pregnant women so to understand how they perceived those health services, as well as what were their expectations regarding to the sought assistance. This research mainly identified impair practices that should be worked out by health care managers and other professionals who are in charge of delivering assistance to women and by the own women users of the service. Results are considered important element-key for further qualitative studies. Therefore, as this subject is very broad, an understanding of health managers and professionals, as well as other group of women patient’s point of view is suggested, as they are key elements for the correction of health care strategies.

1. INTRODUÇÃO

“O milagre é que as mulheres são capazes de reunir corpo e espírito, o físico e o psíquico, a força e a fraqueza. Durante nove meses, a natureza lhes oferece este presente: apagar a dualidade de seu ser e tomar consciência de sua unidade (Bertherat T, 1997,).”

1.1 Apresentando o Tema

A busca do “conhecimento” sempre me atraiu, mas a escolha profissional acabou limitando-me o “saber”, que se fez principalmente técnico. O ser médico não me impediria de buscar outros conhecimentos, porém, a formação e a prática profissional vivenciada “obscureceram-me” os princípios que havia construído durante meu crescimento no convívio familiar (representação da mulher na figura da minha mãe) e “adquirido” no meu mundo de mulher, esposa e mãe. No entanto, não anularam meu gosto, meu desejo e meu sonho de navegar por outros “mundos do saber”, que hoje o envolvimento e a vivência com a assistência oferecida na maternidade do Hospital Universitário e os conhecimentos adquiridos nas disciplinas freqüentadas no mestrado têm me proporcionado.

Para Minayo, “o conhecimento é uma construção que se faz a partir de outros conhecimentos sobre os quais se exercita a apreensão, a crítica e a dúvida”.(1)

“O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e da incidência de muitos feixes de luz, multiplicados os pontos de vista diferentes. A incidência de um único feixe de luz não é suficiente para iluminar um objeto. O resultado dessa experiência só pode ser incompleto e imperfeito, dependendo da perspectiva em que a luz é irradiada e da sua intensidade. A incidência a partir de outros pontos de vista e de outras intensidades luminosas vai dando formas mais definidas ao objeto, vai construindo um objeto que lhe é próprio. A utilização de outras fontes luminosas poderá formar um objeto inteiramente diverso, ou indicar dimensão inteiramente nova ao objeto (CARDOSO apud Minayo (1))”.

Atuando no atendimento à mulher, há dezesseis anos, sempre tive preocupação com a assistência oferecida a elas. Minha formação e experiência profissional adquirida na área da saúde da mulher e a vivência como mulher e cidadã me permitiram identificar deficiências na atenção obstétrica prestada à gestante. Há nove anos, com a abertura da Maternidade do

Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), comecei a conviver com uma **nova visão** da obstetrícia a partir da internalização da **Filosofia** deste serviço. **Filosofia** essa que preconiza um atendimento humanizado, o qual prevê o direito da mulher, do recém-nascido e da família receber um atendimento personalizado que garanta uma assistência adequada, nos aspectos biológicos, sociais, psicológicos e espirituais no processo de gravidez, parto e puerpério.

Tal visão provocou grandes transformações na minha maneira de conduzir os cuidados médicos. Na medida em que ia incorporando essa **nova visão**, defrontava-me com grandes transformações pessoais - de paradigma e de atitude profissional, agora, considerando mais a subjetividade dos indivíduos (expectativas, desejos, crenças e práticas) e interacionais – sobretudo com colegas de trabalho. Portanto, quanto mais reflexões e sínteses iam acontecendo acerca da abordagem qualitativa no atendimento médico, mais percebia que a qualidade do processo de cuidar era ampla, visto que envolvia o ser humano com toda a sua complexidade; assim fui me tornando uma “cuidadora” da mulher grávida. Cuidadora no sentido de estar com a mulher, interagindo num processo de troca de conhecimentos de forma individual e integrativa.

A busca da implementação da qualidade da assistência pré-natal sempre foi um desafio pessoal, principalmente pelo fato de estar ampliando os conhecimentos e perceber que o atendimento oferecido, na maioria dos serviços, está aquém das exigências preestabelecidas. Quando tive à idéia de trabalhar com a assistência pré-natal, imaginava que havia uma grande deficiência na assistência, seja com relação ao acesso das mulheres nas unidades, seja com a dificuldade no agendamento das consultas ou na realização dos exames. Essa idéia era decorrente do meu dia-a-dia vivido na enfermagem do Alojamento Conjunto/ HU/ UFSC, do convívio com mulheres gestantes em trabalho de parto, com intercorrências na gestação e no puerpério; oriundas, na grande maioria, das unidades de saúde do município de Florianópolis, como também da assistência privada e dos municípios vizinhos.

Diante do exposto, sinto a necessidade de contribuir para o conhecimento da assistência pré-natal oferecida às gestantes, pois, conhecendo-a, será possível trabalhar na sua melhoria.

A maioria dos profissionais vê a gestação, o parto e o puerpério como um processo no qual o patológico predomina; não percebendo que estes normalmente decorrem sem

complicações. Assim, faz-se necessária uma avaliação crítica caso a caso. **Reconhecer a individualidade é humanizar o atendimento.**

Conforme Izabel Cristina Rios(2), “humanização é um processo de transformação da cultura institucional que reconhece e valoriza os aspectos subjetivos, históricos e socioculturais de usuários e profissionais, assim como os funcionamentos institucionais importantes para compreensão dos problemas e elaboração de ações que promovam boas condições de trabalho e qualidade no atendimento.”

Um dos componentes da humanização

“envolve um conjunto de conhecimentos, práticas e atitudes que visam à promoção do parto e nascimento saudáveis e à prevenção da morbimortalidade materna e perinatal. Faz-se através de um pré-natal que garanta uma equipe de saúde que pratique procedimentos científicos, comprovados serem benéficos; e evitem intervenções desnecessárias; buscando manter a privacidade e a autonomia da mulher e do recém-nascido.” (3)

Nessa perspectiva, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades das gestantes, observando as características e os recursos naturais que dispõe a comunidade onde vivem, ampliando a consciência da gestante para o desenvolvimento de ações de autocuidado, buscando nos profissionais de saúde uma assistência humanizada e desenvolvendo programas de assistência baseados nas necessidades reais da população, nos recursos disponíveis e mediante a utilização adequada dos conhecimentos técnico-científicos existentes.(4)

Por esses atributos prescritos, entende-se que a **qualidade** da assistência pré-natal está relacionada com mudança de atitude, implicando uma vontade consciente por parte do profissional e da instituição prestadora da assistência para adequá-la à nova realidade.

Adequação ou qualidade do pré-natal pode ser "medida" examinando dois componentes: o tempo e a qualidade da consulta e a qualidade dos serviços de saúde. Os estudos têm se concentrado mais no primeiro componente.(5) Quando analisada a qualidade nos serviços de saúde, pode se utilizar a visão do cliente/usuária que recebe diretamente as ações oferecidas nesses serviços, que, todavia, pode ou não revelar a consciência de seu direito de cidadania a uma assistência de qualidade.(6)

Os fatores mais importantes na percepção das mulheres, segundo estudos realizados, são o interesse pessoal do médico pela usuária, a acessibilidade ao serviço de saúde, o acompanhamento por profissionais bem treinados, a informação do profissional que presta a

assistência, equipe solícita e privacidade. É necessário cautela ao se utilizar avaliações feitas por usuários. Os poucos estudos mostram que, no entanto, os questionários respondidos por eles permanecem como o melhor método para se atingir aspectos importantes do cuidado, tais como o que perceberam e sentiram a respeito do atendimento recebido.(7)

Frente a essas considerações, este estudo buscou responder à seguinte questão: Qual é o atendimento pré-natal prestado à gestante nos serviços de saúde de Florianópolis/SC, tendo como referência **as percepções dessa população e os critérios da Normatização da Assistência Pré-natal da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis?**

Para responder a essa questão, foi estabelecido o seguinte **objetivo geral**: conhecer como é desenvolvido o atendimento pré-natal prestado à gestante nos serviços de saúde de Florianópolis - Santa Catarina, tendo como referência as percepções dessa população e critérios da Normatização da Assistência Pré-natal da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis.

Para o objetivo geral foram estabelecidos os seguintes **objetivos específicos**:

- Identificar a atenção prestada à gestante nos serviços de saúde, através da análise de procedimentos praticados no atendimento à mulher nos serviços de saúde de Florianópolis;
- Identificar as percepções das mulheres quanto à assistência recebida no pré-natal nos serviços de saúde de Florianópolis;
- Analisar os dados com base nos critérios estabelecidos pela Normatização da Assistência Pré-natal da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis.(8)

Após estudo exploratório nos Centros de Saúde de Florianópolis, decidiu-se por realizar a pesquisa na enfermaria de Pós-parto (Alojamento Conjunto - AC) do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), uma vez que tem como clientes gestantes referidas dos serviços de saúde do município de Florianópolis, portanto, permitindo o acesso a uma amostra adequada de mulheres vivendo o período grávido-puerperal.

1.2 Justificativa e Finalidades do Estudo

"A saúde, como questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos sociais. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferenciada a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso implica que, para todos os grupos, ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significados, pois saúde e doença exprimem, agora e sempre, uma relação que perpassa o corpo individual e social, confrontando com as turbulências do ser humano como ser total. (...) Portanto, incluindo os dados operacionalizáveis e junto com o conhecimento técnico, qualquer ação de tratamento, de prevenção ou de planejamento deveria estar atenta aos valores, atitudes e crenças dos grupos a quem a ação se dirige".(1)

A assistência pré-natal tem grande importância nos resultados gestacionais e na diminuição das taxas de mortalidade materna e perinatal, por conseguinte, contribui para a melhoria dos indicadores de saúde materno-infantil.

Na América Latina e particularmente no Brasil, a avaliação de serviços de saúde ainda mostra-se como uma prática distante da rotina das organizações prestadoras de atenção. Talvez pela compreensão equivocada do conceito que o faz parecer, para os envolvidos com os objetos a serem avaliados, um instrumento de controle e coerção – relato comum dos participantes dos comitês de avaliação da mortalidade materna – ou mesmo pela pouca receptividade que o significado de avaliação como instrumento de gerência e de busca de qualidade ainda representa. Apesar disso, alguns estudos avaliativos têm sido desenvolvidos na perspectiva de contribuir para a reorganização da assistência e a redefinição do papel dos profissionais de saúde na busca da qualidade, da equidade e integralidade (1, 9-18), premissas básicas do Sistema Único de Saúde (SUS), no sentido de concretizar o direito da população a uma assistência digna. Esta pesquisa se inscreve nesta categoria.

Considerando que os atos em saúde ocorrem em estruturas próprias para tais fins a partir de processos que são instituídos e se desenvolvem nas organizações prestadoras de serviços, tendo por base o trabalho de pessoas que procuram atender necessidades expressas por outras pessoas, avaliar a assistência prestada mostra-se tarefa de grande complexidade. Dessa forma, a metodologia adotada na pesquisa procurou apreender o problema em sua

complexidade, conjugando dados quantitativos obtidos a partir de material extraído do “Cartão de Pré-natal” e dados qualitativos obtidos por meio de entrevistas semi-estruturadas que, através das falas das participantes, buscou-se identificar valores subjetivos, sentimentos, desejos e expectativas.

Conhecer a visão da mulher sobre esta assistência, sua noção do que é o pré-natal, da qualidade do mesmo no que se refere às suas expectativas e necessidades, pode contribuir com administradores e equipes de saúde, subsidiando a revisão das práticas desenvolvidas na assistência pré-natal, de maneira a promover maior segurança à mulher, resolução dos problemas decorrentes da gestação e também fortalecer o vínculo “mãe-bebê-família”.

Dados de pesquisa dessa natureza são fonte de informações inclusive para a construção de rotinas básicas de apoio às necessidades sociais, psicológicas e médicas da gestante.

1.3 Estrutura do Relatório

A apresentação compreende sete capítulos que são descritos a seguir:

Capítulo I – Introdução: Apresenta a identificação do pesquisador com a assistência pré-natal e a importância e justificativa para trabalhar na melhoria da atenção à gestante.

Capítulo II - A Assistência Pré-natal: da Literatura à Normatização da Atenção à Gestante: descreve e contextualiza o tema em breve histórico do cuidado à mulher nos serviços de pré-natal, os serviços no Brasil e a busca da melhoria da assistência. Apresenta a normatização da assistência à saúde da mulher no município de Florianópolis, que servirá como um dos referenciais do estudo.

Capítulo III – Os Pressupostos do Estudo

Capítulo IV – Método da Pesquisa: apresenta a escolha do tipo de estudo, os cuidados éticos e a trajetória que é percorrida na construção da pesquisa.

Capítulo V – Conhecendo a Assistência Pré-natal em Florianópolis: Aborda o serviço, os achados encontrados na análise de procedimentos praticados na assistência à gestante e da percepção das mulheres assistidas.

Capítulo VI – A Qualidade da Assistência Pré-natal: entre a Normatização e as Necessidades das Mulheres discute os dados fazendo síntese sobre o referencial e a literatura pesquisada.

Capítulo VII – Reflexões Finais e Recomendações

Finalizando a apresentação, são exibidos as Referências Bibliográficas, os Apêndices e Anexos.

2. A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: DA LITERATURA À NORMATIZAÇÃO DA ATENÇÃO À GESTANTE

*“Mas, que não haja equívoco. Esses nove meses de incertezas, de alegria, de ansiedade, de triunfo que a tornam mãe não devem ser vistos como convite à caminhada fácil, nem estímulo para o comportamento condescendente e a atitude submissa, (...) Dar à luz é uma aventura pessoal. Diante das normas consensuais da medicina, não renuncie à sua autonomia; se sua gravidez não apresenta sinais de patologia; não se deixe impressionar com o aparato do **progresso**, sempre pronto a interferir”.*
(Bertherat T, 1997).

2.1. Breve Histórico do Cuidado à Mulher Grávida

“A história da obstetrícia é uma história de luta em busca de poder, de exclusão da mulher, da depreciação do universo feminino, da transformação, sob a ótica masculina, de uma atividade inerentemente feminina, natural e fisiológica, em um ato médico.” (19)

A história da Assistência Pré-natal iniciou com aconselhamentos à gestante sobre o controle do humor e da dieta, encontrado em livros hindus. No transcorrer da história da medicina, outras publicações aconteceram. (20)

No século dezanove e mesmo antes, o pré-natal era limitado a recomendações acerca do estilo de vida. Poucas terapias eram praticadas, como a sangria; poucas técnicas de monitorização eram usadas, como a palpação abdominal, e poucas mulheres se apresentavam com cuidados clínicos durante a gravidez.(21)

Em 1837, Thomas Bull publicou a primeira obra considerando o cuidado pré-natal, intitulada: “Hints to Mothers for Management of Health During The Period of Pregnancy and in The Lyng-in-room With an Exposure of Common Errors in Connection With These Subjects”.(21)

Nessa época houve uma grande preocupação com as gestantes abandonadas, e faz-se referência à criação de centros para a sua proteção. Pinard escreveu sobre o trabalho de Madame Becquet de Viena, que possuía um estabelecimento na Avenida de Naine em Paris

(1892), considerado o primeiro refúgio para as mulheres grávidas abandonadas. Pinard alegava que o parto, nesse estabelecimento, gerava bebês grandes e saudáveis. Entre 1892 e 1904, umas dez mil mulheres receberam atenção de tais instituições francesas.(21)

Embora a assistência voltada para o bem-estar materno e infantil tenha iniciado na França em 1890, sendo considerado como o começo do adequado movimento do cuidado pré-natal, há outros antecedentes. Em 1789, Tenon, um professor de patologia do Colégio de Cirurgiões em Paris, pesquisou os hospitais dessa cidade e constatou que o famoso hospital parisiense, Hôtel Dieu, era um centro para trabalho obstétrico. Admitia mulheres grávidas no final da gestação. Se elas pediam um "refúgio secreto", eram transferidas para o hospital de "la Salpêtrière", onde recebiam proteção especial. O Hôtel Dieu admitia gestantes doentes com gestação mais precoce, por exemplo, quando a mulher tinha trabalho pesado ou vinha de uma viagem longa, podendo internar no sétimo mês, especialmente se apresentasse dor, útero baixo ou alguma dilatação do colo. (21)

Na Grã-bretanha, uma instituição semelhante à da França, o Lauriston Prematurity Home, foi fundada em 1899, em Edinburgh, junto ao Royal Maternity Hospital, com a finalidade de dedicar cuidados às mulheres grávidas solteiras.(21)

As maternidades começaram como instituições beneficentes, no século dezoito. A primeira, na Grã-Bretanha, foi o Bristish Lying-in Hospital, fundado em 1747. Entre 1739 e 1800, dez maternidades foram fundadas. Nesse período, a finalidade principal era o manejo da doença aguda. Para ter acesso ao serviço de um hospital, a gestante precisava estar em trabalho de parto, ser pobre ou ter uma recomendação escrita de um hospital subscrito. Algumas instituições de internação somente admitiam mulheres casadas e exigiam comprovação do casamento. Outras, somente admitiam mulheres solteiras e se fosse a primeira gestação. A institucionalização da assistência permitiu a emergência profissional da obstetrícia e restringiu a atividade das parteiras; estabelecendo o princípio do controle médico sobre a preferência da usuária e estabelecendo o estágio do nascimento como um evento potencialmente patológico (20, 21)

Dois tipos de estratégias foram especialmente importantes no estabelecimento da racionalidade do pré-natal moderno. Uma relacionada ao profissional médico, pretendendo conhecer mais o que tinha dentro do útero do que a própria mulher em si; e o outro, referindo-se à questão do controle do término da gestação, ou seja, começo do parto.(21)

Já em 1901, iniciava-se uma outra fase, em que nos Estados Unidos introduziram-se as visitas domiciliares e as internações hospitalares na assistência às gestantes (Boston Lyng-in-Hospital). Na Austrália, em 1910, abriu-se a primeira clínica especializada em pré-natal (T. G. Wilsom), com a assistência fundamentada nas idéias de Ballantyne, que sistematizava a assistência pré-natal na: supressão da ansiedade e do medo entre as gestantes e puérperas; no diagnóstico e no tratamento precoce das moléstias capazes de agravar o prognóstico materno; e na redução da mortalidade perinatal. (20)

Há dois estágios principais na evolução da gestação como incorporação do discurso médico. O primeiro, nos séculos dezessete e dezoito, em que a gestação consistia como sendo um processo natural. O segundo foi a gradual redefinição da gestação como uma doença, tornando-se então um fenômeno médico. Este processo realmente tornou-se marcado a partir de 1950, embora tenha se desenvolvido ao longo do cuidado clínico pré-natal como um movimento em si.(21)

O questionamento sobre a segurança do cuidado ao parto domiciliar ou institucional floresceu em 1980, com base nos dados estatísticos sobre a mortalidade das mulheres e das crianças. Assim, foi na redefinição da mortalidade obstétrica como um problema social que o movimento do cuidado clínico pré-natal desenvolveu-se.(21)

A assistência à mulher é, acima de tudo, um direito, especialmente de sua fecundidade, ratificado na Declaração de BEIJING, na 4ª Conferência Mundial sobre os Direitos da Mulher.(6)

Nos países desenvolvidos foram criados serviços e setores de pré-natal buscando medidas de caráter preventivo com relação ao binômio materno-fetal. As novas medidas foram acompanhadas de melhora significativa dos índices perinatais, e que se têm mantido estáveis nos últimos anos.(20, 22)

A reflexão sobre a história da obstetrícia ajuda a compreender o caminho percorrido, os desvios que levaram à inadequada utilização da tecnologia, bem como ajuda a buscar novos caminhos que possam contribuir para a adequação do uso destas tecnologias a um modelo construído sob um novo paradigma.(19)

2.2. O Cuidado à Mulher Grávida nos Serviços de Pré-natal do Brasil

É interessante resgatar a história da assistência à mulher no nosso país, para entender o processo. No final do século XIX já se prestava uma assistência materno-infantil, com consultas no período pré-natal, porém sem nenhuma sistematização clínica. No Brasil, essa assistência durou até o final da década de 70. A assistência à mulher, como política de governo, ficou por muitos anos sem uma estratégia específica que contemplasse as questões de saúde da mulher.(23)

Na primeira metade da década de 80, a saúde das mulheres ou saúde reprodutiva recebeu grande atenção e investimento por parte do movimento feminino. Programas como: Conselho Nacional dos Direitos da Mulher (CNDM), Comissão Nacional de Estudos dos Direitos de Reprodução Humana (MS) e o Programa de Assistência Integrada à Saúde da Mulher (PAISM) foram fundamentais para expressar a institucionalização da agenda feminista pelo Estado. O Programa de Saúde Materno-infantil, criado em 1977 pelo Conselho de Desenvolvimento Social, contemplava a prevenção da gestação de alto risco, mas não continha critérios e estratégias adequadas, o que o inviabilizou.(24)

A Organização das Nações Unidas propiciou à mulher brasileira discutir as questões da assistência à mulher quando declarou a década 1976 a 1985 como: década para mulher. Desde 1975 o movimento de mulheres reorganizou-se abrindo extensos debates sobre todas as formas de discriminação e denunciando a precariedade da atenção à saúde da mulher.(24) A partir de então, os grupos de mulher e os de saúde reivindicam a ampliação da assistência à mulher. Em movimento articulado, buscou-se a reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS).(23)

O SUS seguia um processo de descentralização, regionalização e hierarquização, e o movimento sanitário exigia do Estado um sistema de saúde com base nos princípios de universalidade, equidade e integralidade. Dentro deste modelo de assistência, o Ministério da Saúde criou o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1984. Deveria ser aplicado na exata dimensão das necessidades, usando tecnologia apropriada e simplificada. O PAISM compreendia o atendimento integral à saúde da mulher em ações relacionadas à gravidez (pré-natal, parto, puerpério, aleitamento), à prevenção do câncer

ginecológico, à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, ao planejamento familiar e climatério. Buscava também ações educativas que modificassem as relações de poder referentes ao gênero, com garantia da participação efetiva da mulher no gerenciamento dos programas de saúde, no controle social e na execução de ações no nível comunitário. Apesar de ter representado avanço importante nos direitos reprodutivos para as mulheres brasileiras, sua efetiva implementação sofreu dificuldades políticas, financeiras e operacionais, impedindo-o de transformar-se em agente gerador de uma assistência integral à saúde de toda mulher. A assistência pré-natal, dentro do PAISM, avaliados os indicadores disponíveis já no final da década de 90, mostrava que a qualidade da atenção à gestante deixava muito a desejar diante das expectativas de um país com os recursos financeiros e humanos como o Brasil.(24)

O SUS, embasado nos princípios da Reforma Sanitária, exige mudanças no enfoque do processo saúde/doença, necessitando um repensar crítico acerca do processo de trabalho e saúde. A saúde coletiva traz a incorporação do conhecimento proveniente, principalmente, das ciências sociais com o foco em corpos sociais (de sujeito, grupos e classes).(25)

A medicalização e instrumentalização da assistência obstétrica foram marcantes no século XX no mundo ocidental. A evolução tecnológica foi de inegável valor na propedêutica e é um instrumento fundamental para a medicina, porém, necessita ser acompanhada por uma filosofia que fortifique a relação entre a "sofisticação" terapêutica e semiótica e um sistema assistencial que priorize a atenção integral à saúde da mulher.(24)

Em junho de 2000, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN) (Portaria/GM nº 569 de 1/6/2000), que apresenta uma nova estratégia de melhoria da qualidade da atenção obstétrica, tendo como paradigma conceitual a humanização na perspectiva dos direitos da mulher e considera a mulher como sujeito ativo de sua própria saúde. Tem objetivos bem definidos: reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna e perinatal; ampliar o acesso ao pré-natal, estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto (assistência na qual a idéia de qualidade de atenção humanizada seja centrada individualmente em cada mulher, e não no coletivo por meio do total de consultas ou total de exames realizados). Inclui na questão da humanização o “empoderamento”¹ da mulher, fortalecendo o seu papel de protagonista na gestação e no parto, mantendo sua autonomia e tornando a relação com o profissional de

¹ Anglicismo, do inglês, “empowerment”

igualdade. O PHPN é o programa vigente no país atualmente. Sua implementação colocou em discussão a atenção pré-natal, buscando redefinir as bases conceituais e as práticas assistenciais. Este modelo de assistência pré-natal tem sido amplamente discutido, uma vez que é praticado em todo o mundo.(23)

2.2 A Busca da Qualidade no Pré-natal

Estudos epidemiológicos do tipo observacional sugerem que mulheres grávidas que receberam cuidados pré-natais têm taxas menores de mortalidade materna e perinatal e melhores resultados gestacionais. Em decorrência dessas afirmações, os programas de saúde voltados à gestante têm procurado melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos. E esta melhoria da qualidade deve estar particularmente focada no uso de procedimentos efetivos, comprovados cientificamente e que tenham impacto nos resultados perinatais. (11)

A importância da qualidade nos serviços de saúde veio à tona em 1910, nos Estados Unidos, após o Relatório Flexner, que descreveu a situação dos hospitais americanos, considerados, àquela época, como deficitários em todos os níveis. Este relatório classificou as escolas médicas e hospitais em três categorias, da melhor à pior, conferindo-lhes a cada uma delas uma letra – A, B e C respectivamente. Flexner recomendou, de forma honesta e aberta, que as melhores escolas deveriam se fortalecer adotando o modelo da Johns Hopkins, algumas poucas classificadas como “B” deveriam ser trabalhadas para atingir o padrão “Johns Hopkins”; as restantes, classificadas como “C”, deveriam ser fechadas. Nos anos subsequentes a escola de medicina que quisesse obter prestígio teria que reformular o processo educacional baseando-se no modelo da Johns Hopkins. . Como a Johns Hopkins era uma escola voltada primariamente para a biomedicina, a educação médica foi alterada drasticamente e contribuiu para a hegemonia da tecnomedicina, onde o atendimento é centrado no hospital baseado em *uma concepção mecanicista e fragmentada do corpo humano*. Portanto, pode-se considerar que o estudo de Flexner contribuiu para a consolidação de um modelo biomédico clínico, evidentemente individual e curativo. Esse modelo de concepção e prática da medicina, refletiu-se no educativo, respaldado pela crescente consolidação do que haveria de constituir-se no poderoso complexo médico-industrial e a exclusão de outras formas de atenção à saúde.(26)

A tecnomedicina ainda dita as regras, definindo doenças, padrões culturais e de tratamento. Qualquer sistema – médico, econômico, religioso, ou qualquer outro – que ganhe ascendência sócio-cultural e conquiste a hegemonia, torna-se rígido, resistente à mudanças ao desprezar novas informações e recusar a incorporação de evidências que o contradigam. Isto traz em si grande perigo, tanto para o sistema quanto para os seus usuários. Este sistema hegemônico pode se beneficiar de um ataque frontal que o torne mais flexível e responsivo a mudanças.(26)

Mudanças envolveram também o “olhar” das mulheres com relação aos seus direitos na participação do processo gestatório. Nas últimas décadas, elas haviam conquistado ascensão profissional, social, política, econômica e cultural. (27)

Com o desenvolvimento tecnológico e sua aplicação na medicina, surgiram numerosas práticas relacionadas à propedêutica obstétrica, e passou-se a uma nova fase em que, além de preservar a saúde da mãe, buscou-se valorizar em particular o conceito, a sua higidez intra-uterina e a sua vitalidade na vida neonatal imediata. (27)

Surgiu, então, uma assistência obstétrica dividida. Uma influencia pela assistência intervencionista decorrente dos novos conhecimentos da fisiologia do feto, da ultrasonografia, da monitorização eletrônica e do estudo do líquido amniótico; e a outra, procurando resgatar o papel da mulher na gestação e no parto, e criticando a “medicalização” excessiva da mulher grávida.(27)

A partir de então, muito se investigou, debateu e propôs em busca da melhoria da qualidade na assistência à saúde e da satisfação do usuário, contudo, sem grandes avanços em mais de meio século.(6)

Só a partir de 1970 houve um aumento dos estudos sobre a qualidade dos cuidados médicos, sob o olhar do usuário. As possíveis razões desse interesse decorre da participação dos cientistas sociais na abordagem das medidas de qualidade do cuidado médico, do aumento do questionamento pela população da atenção médica, do maior interesse dos órgãos públicos quanto ao estudo da assistência prestada, do desenvolvimento de grandes grupos (planos de seguros) interessados na monitorização da saúde e no cuidado de seus clientes e da visão da saúde como um fator de qualidade de vida.(7)

Na construção da “qualidade” da Assistência pré-natal está implícita a valorização do processo de desenvolvimento da gravidez como evento fisiológico e normal, com mudanças físicas previsíveis, entretanto, sujeitas a situações de inadequação emocional, pois cada

mulher vivencia as mudanças físicas e emocionais de forma distinta, necessitando de ações concretas que permitam sua integração no conjunto das medidas oferecidas. (12).

Uma atenção de saúde de boa qualidade sob a perspectiva de gênero é aquela que responde à necessidade integral da mulher (usuária), usando alternativas técnicas de alto nível (disponíveis) e respeitando a sua dignidade. Colabora no processo de decidir, melhora sua auto-estima, autonomia, percepção e exercício à saúde. Permite tomar medidas corretas e eficazes no interesse do seu bem-estar físico, psicológico e social. Acolhe e procura resolver o motivo da consulta levando em conta a história, o trabalho, a vida cotidiana, as necessidades e a subjetividade da mulher, bem como a sua própria cultura. A autonomia permite a mulher decidir o que pode ser feito no seu corpo, tendo o direito de opinar e escolher os procedimentos alternativos de diagnose e terapia, usando sua capacidade de discriminação do próprio processo e, assim, o pleno direito de cidadania. Para capacitar o indivíduo e os grupos sociais no uso adequado de sua autonomia e terem o máximo de poder sobre suas vidas, há a necessidade de contemplá-los com educação em saúde. A educação é uma dimensão do processo de cuidar, sendo um dos principais componentes na assistência à gestante, parturiente, puérpera e família.(28)

Numerosos esforços têm sido feitos para avaliar a adequação dos cuidados oferecidos à mulher grávida. Há, no entanto, dúvidas e controvérsias sobre o que, na verdade, constitui uma “assistência efetiva” ou qual é o melhor caminho para se chegar até ela. Diferentes indivíduos, grupos e comunidades têm opiniões divergentes. Para uns, a prioridade é a experiência pessoal da mulher com o nascimento, mesmo que possa perder em matéria de segurança. Já para outros, a importância é minimizar a morbidade e mortalidade perinatal, não se preocupando muito se isso possa aumentar o desconforto da mãe. E para outros ainda, o objetivo primeiro é a associação da efetividade e da redução dos custos. Diante de uma ampla diversidade de intenções e prioridades, resulta um grande “quadro” de diferentes recomendações. Em decorrência deste variado “quadro”, a avaliação da adequação ou “qualidade” do pré-natal fica dificultada, podendo ser “medida” examinando-se alguns componentes como: taxas de satisfação das mulheres; medidas de morte, doença e incapacidade; ou ainda focar em índices de bem-estar fetal.(9)

Muitos trabalhos têm sido realizados avaliando a atenção pré-natal oferecida ou sua adequação à população usuária. Os dados usados incluem: período do início do pré-natal, número de consultas, escolaridade, paridade, exames solicitados, entre outros pré-requisitos

considerados determinantes nos resultados perinatais. Vários índices são utilizados e propostos para avaliar a adequação do uso da assistência pré-natal (índice de Kessner, o GINDEX, e o APNCU - Adequacy of Prenatal Care Utilization). Os estudos que utilizam a época e o número de consultas para avaliar a assistência pré-natal não fornecem informações reais sobre a qualidade da assistência prestada, pois não consideram o conteúdo e a extensão do cuidado oferecido. O resultado é a falta de dados para determinar estratégias que atendam às necessidades das mulheres gestantes.(29-31)

MARSH, em 1985, sugeriu um novo programa de cuidado pré-natal. Argumentava que desde 1930 a rotina de cuidado pré-natal era baseada numa assistência mensal até 30 semanas de gestação, quinzenal até 36 semanas e semanal até o termo; justificada pelos problemas sociais e médicos que se via sujeita a mulher. Afirma em seu estudo que, a partir da década de 1980, tal sistema havia se tornado sem sentido e com gastos de recursos desnecessários, pois análises estatísticas sugeriam que a diminuição no número de consultas não reduzia a acurácia em prever a pré-eclâmpsia e restrição de crescimento intra-uterino. O novo programa baseia-se na organização de uma moderna equipe de assistência primária de saúde, buscando considerar os direitos e os problemas psicossociais da mulher, em que poucas usuárias são atendidas, as consultas são mais longas, e é dada à mulher a oportunidade de falar mais, perguntar e fazer questionamentos. A assistência é feita pelo clínico geral e pela “midwife²”, exclusivamente com gestantes de baixo risco, o que compreende freqüentemente (3/4) três quartos de todas as gestações. Este modelo de assistência produz um estilo de atenção mais individual e com custo mais adequado. São mais apropriados para as décadas atuais, apesar de o sistema tradicional ainda ser quase universalmente usado.(32)

A Organização Mundial de Saúde tem questionado se o número de consultas (11 a 14) sugerido pelo Colégio Americano de Ginecologia e Obstetrícia (ACOG) é realmente determinante nos resultados perinatais, visto que estudos recentes com protocolos com número menor de consultas não mostraram diferenças significativas nos resultados maternos e perinatais.(30)

Conforme os dados disponíveis na literatura, não existe ainda estudo conclusivo sobre o número mínimo adequado de consultas pré-natais para o controle clínico da gestação e que permita atender às necessidades da mulher grávida. Um estudo multicêntrico realizado recentemente pela Organização Mundial de Saúde avaliou um novo modelo simplificado de

² Parteira

assistência pré-natal de baixo risco que recomenda quatro consultas durante o acompanhamento da gestante. Os resultados, quando comparados à frequência de pré-eclâmpsia, anemia severa pós-parto, infecção urinária e baixo peso ao nascer, não foram diferentes do modelo padrão ocidental de assistência. O novo modelo parece não afetar os resultados materno e neonatal, podendo ser implantado sem maiores resistências das mulheres e dos profissionais que prestam a assistência e pode ainda reduzir os custos. Porém, quando ouvida a opinião das mulheres no que concerne ao emprego dos métodos quantitativos e qualitativos (grupos focais e entrevistas em profundidade), apesar de se mostrarem satisfeitas, demonstraram preocupação com o espaçamento das consultas, com a relação médico-usuária e a carência de informações sobre nutrição e autocuidado.(33);(18)

Na literatura revisada, poucos trabalhos foram encontrados sobre a assistência pré-natal oferecida no município de Florianópolis.

Em 1978, interessada nos aspectos da saúde materna e buscando conhecer a realidade local, Souza estabeleceu o diagnóstico da assistência pré-natal do Centro de Saúde de Florianópolis. Utilizou dados de avaliação quantitativa e elaborou uma série histórica da concentração de consultas médicas, valorizando a idade gestacional de início da assistência. Através de entrevistas domiciliares, avaliou se o nível do "status sócio-econômico" da população interferia na frequência e idade gestacional em que as mulheres procuravam os serviços de saúde. Concluiu que há uma relação entre a procura precoce ao pré-natal e o nível elevado do "status sócio-econômico".(34)

Noutro estudo foi analisada a prevalência e as características da assistência por meio dos dados coletados pelo Programa Capital Criança a partir de dados referentes ao ano de 1999. Pelo estudo, 63% do atendimento pré-natal são realizados na rede pública e, destes, 50% ocorreram nos postos de saúde. A rede privada responde por 32,1% da atenção à gestante. Os demais índices correspondem a mulheres que não realizaram pré-natal. O número médio de consultas de pré-natal, na rede pública, foi de seis, semelhante à média de alguns países desenvolvidos. Regis destaca que o estudo não permitiu conclusão importante quanto à efetividade do serviço prestado, porque um dado isolado (número de consultas) não avalia a qualidade.(35)

Há estudos que trabalham com a relação da satisfação das mulheres com os serviços recebidos. Talvez se consiga diminuir a insatisfação das mulheres com relação à atenção que recebem tanto no pré-natal como no parto trabalhando o acolhimento oferecido nos serviços,

reforçando algumas informações e valorizando os conhecimentos das próprias mulheres, pois, baseadas em seus critérios pessoais, elas fazem leituras diferentes e escolhem algumas condutas e descartam outras. Assim, é importante que o serviço acolha cada mulher para que ela o inclua em sua própria história.(36)

No município de Florianópolis, a Secretaria de Saúde já desenvolve, desde 1997, o Programa Capital Criança, que busca reduzir a morbidade e mortalidade nos grupos materno e infantil pelo redimensionamento e qualificação da assistência à saúde.

2.3. Normatização da Assistência à Saúde da Mulher no Município de Florianópolis

De acordo com o Manual Técnico de Assistência Pré-natal do Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestante mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos recursos disponíveis mais adequados para cada caso. Portanto, compete a ele (MS) estabelecer políticas e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade, entre elas, a capacitação da equipe de saúde. Essa normatização deverá ser adaptada às condições locais, garantindo, entretanto, à mulher gestante e à sua família o atendimento integral e os requisitos básicos para a promoção de parto normal, sem complicações, e prevenção das principais intercorrências perinatais. (12)

Com a reorganização do sistema de saúde através da regionalização, a Secretaria Municipal de Saúde do Município de Florianópolis desenvolveu, a partir de 1997, o **Programa Capital Criança**. É um programa de atenção integral à saúde da mulher e da criança, que prioriza ações básicas e coletivas de saúde.

O modelo de assistência é interdisciplinar, dentro de uma rede formal de referência e contra-referência. O principal objetivo é a promoção da saúde de todas as pessoas envolvidas no processo de gravidez, ampliando a assistência além dos cuidados médicos, envolvendo componentes emocionais e do comportamento social.

Foi proposto que a **Normatização da Assistência à Saúde da Mulher** da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis (8), através de um **Modelo de Assistência Pré-natal**,

garanta uniformidade no atendimento, promova integração multidisciplinar e forneça à equipe de saúde respaldo teórico, técnico e institucional.

A implantação do Modelo de Assistência busca:

- **Garantia do atendimento:** é prioridade o agendamento da gestante;
- **Captção:** captação na comunidade através de ações de divulgação;
- **Acolhimento:** a equipe de enfermagem “acolherá” a usuária, identificará possíveis fatores de risco, agendará consulta e solicitará os exames de laboratório (protocolo).

A **Consulta Pré-natal** é de responsabilidade dos profissionais: clínico geral, enfermeiro e gineco-obstetra.

A **Primeira Consulta** compreende:

- Explicação da rotina pré-natal;
- Anamnese completa;
- Exame físico e pélvico completo;
- Solicitação dos exames de rotina;
- Orientações: hábitos de vida, higieno-dietético, importância da amamentação, entre outros;
- Vacinação Anti-Tetânica;
- Suplemento de Ácido Fólico;
- Proceder à avaliação do estado nutricional (rotina do SISVAN³);
- Preenchimento da Ficha Perinatal, Formulário do SISVAN - Gestante e Cartão de Gestante;
- Agendamento de retornos.

As **Consultas Subseqüentes:**

- Total de consultas: no mínimo de seis (06), com intervalos de quatro semanas até 38 semanas;
- Manter padrão da primeira consulta;
- Rastrear sinais de alerta.

Após 38 semanas, as **Visitas** serão **Semanais** para:

- Discussão e preparo para o trabalho de parto e o parto;
- Exame físico (padrão e do colo uterino);

³ SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

- Referir gestante para maternidade de sua área, para avaliação da vitalidade fetal quando completar 41 semanas.

Agendamento de **Consulta odontológica** (conforme rotina da unidade) e acesso à **consulta pediátrica**

A investigação laboratorial **compreende:**

- Dosagem de hemoglobina;
- Parasitológico de fezes;
- Tipagem Sangüínea: mãe Rh negativo e parceiro Rh positivo ou desconhecido, solicitar teste coombs indireto. Se o resultado for negativo, repeti-lo mensalmente, a partir de 24 semanas. Se positivo, referir gestante para atendimento pré-natal de alto risco;
- Sorologia para lues (VDRL): se o resultado for negativo, repetir no 2º trimestre;
- Parcial de urina;
- Glicemia de jejum;
- Teste simplificado de tolerância à glicose (entre 24 e 28 semanas);
- Teste anti-HIV (com consentimento da usuária);
- Rubéola – IgG / IgM;
- HbsAg;
- Toxoplasmose – IgG / IgM;
- Colpocitologia Oncótica. (caso não tenha realizado no último ano);
- Ultra-sonografia: será realizada em torno da vigésima semana.

Essa **Normatização da Assistência Pré-natal** busca: permitir a homogeneização de rotinas básicas; promover constante vigilância clínica e laboratorial para que a gestante permaneça no grupo de risco normal – prevendo, detectando e trabalhando as situações que possam afetar a saúde da gestante e/ou do recém-nascido; garantir o atendimento às gestantes de referência – através do acolhimento da grávida e de sua família; promover aconselhamento, educação e apoio e trabalhar as intercorrências da gestação. E, finalmente, visa à humanização da assistência e preparo da família para o parto.

3. PRESSUPOSTOS

Para Minayo, na abordagem qualitativa, as hipóteses perdem a função formal comprobatória e passam a ser caminho e baliza no confronto com a realidade empírica, justificando assim o uso do termo “pressupostos”, que são alguns parâmetros básicos que permitem conduzir a investigação empírica qualitativa. E o marco conceitual teórico-metodológico define os pressupostos da investigação e o caminho que orientará o trabalho.(1)

Esse estudo, centrado nos princípios da humanização da assistência e no resgate da mulher como protagonista do processo gestatório, tem os seguintes pressupostos norteadores:

- Uma das finalidades da assistência pré-natal é prevenir, identificar e corrigir os agravos à saúde materna ou fetal, buscando que cada gestação termine no parto de um recém-nascido (RN) saudável, sem prejuízos à saúde da mãe.
- Assistência pré-natal precisa ser orientada para capacitar a mulher no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto e ao parto, de forma a promover suporte clínico e psicológico adequado, oferecendo atenção individualizada pois cada mulher vivencia as suas mudanças físicas e emocionais de forma distinta; garantido, assim, a **humanização** da assistência.
- A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada à percepção da “**qualidade**” da assistência oferecida pelo serviço e pelos profissionais de saúde.
- A Assistência pré-natal preconizada (normatização) e oferecida nas Unidades de Saúde de Florianópolis, sendo analisada qualitativamente, pode, em razão desta abordagem, contribuir para o conhecimento das percepções das mulheres envolvidas nesse processo.

O Ministério da Saúde (3) buscando adequar a atenção à gestante, editou um manual técnico com recomendações sobre a assistência pré-natal que podem nortear o desenvolvimento deste estudo e, portanto tornarem-se pressupostos, já que descrevem idéias compartilhadas pelo pesquisador.

- O profissional deve estabelecer com a mulher um vínculo, permitindo relações menos desiguais e menos autoritárias, em que ele, em lugar de comandar a situação, passa a adotar condutas que tragam conforto e tranquilidade, bem como segurança ao binômio.
- A gravidez e o parto são um evento especial na vida da mulher e do seu companheiro que se reflete no seu dia-a-dia, e direta ou indiretamente nas suas famílias, na comunidade e na própria sociedade.
- Os profissionais de saúde têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do seu filho, seja orientando, ficando ao lado, confortando e intervindo se necessário; deve ser ético, praticar uma assistência baseada em evidências, reconhecer a grávida como a condutora do processo e a gravidez não como doença.
- Reconhecendo as necessidades básicas que interferem na saúde e bem-estar da mulher, será possível adequar estratégias e programas de saúde que possam reduzir a distância entre os conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos nos últimos anos e a promoção da saúde.
- Pensar sobre a mulher e a sua saúde é pensar uma nova sociedade, em que o eixo central seja a qualidade de vida do ser humano desde o seu nascimento.

4. MÉTODO DA PESQUISA

4.1. Escolha do Método de Pesquisa

No século XVII, durante um período de rápido crescimento econômico, a sociedade ocidental substituiu o valor concedido ao organismo humano pelo valor creditado às máquinas. Descartes, Bacon, Hobbes e outros pensadores desenvolveram e propagaram uma filosofia que assumia o universo como modelo mecanicista e seguidor de leis previsíveis, que tornava possível seu entendimento através da ciência e seu domínio através da tecnologia. No final desse século já se tornara a pedra fundamental da filosofia ocidental.(19)

René Descartes (1596 – 1650) acreditava que a chave para a compreensão do universo era a sua estrutura matemática. Seu método consistia em subdividir qualquer problema a seus níveis mínimos, reduzindo tudo até seus componentes fundamentais para, a partir deste nível, se perceber suas relações.(19)

Objetivismo, positivismo e reducionismo caracterizam a estrutura científica para o desenvolvimento, avaliação e implementação de técnicas diagnósticas e terapêuticas. A ciência não leva em consideração a ambigüidade, subjetividade ou diferenças pessoais. Ela focaliza em fatos e hipóteses que possam ser comprovados por meio de pesquisas, preferencialmente quantitativas.(19)

Hoje, a realidade já não pode ser entendida em função de conceitos mecanicistas da ciência cartesiana - newtoniana, pois o mundo está globalmente interligado, e os fenômenos biológicos, sociais e ambientais estão todos interdependentes. A visão cartesiana do mundo e o sistema de valores que a compõe têm afetado seriamente a saúde individual, social e ecológica de nossa sociedade. Portanto, necessita-se de uma nova visão da realidade, uma mudança fundamental nos pensamentos, percepções e valores.(37)

A visão do mundo pode caracterizar-se por palavras como orgânica, holística⁴ (integralidade) e ecológica. (37)

⁴ O termo "holístico", do grego "holos" = totalidade, refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores (CAPRA, 2003).

Pensar e fazer holístico e ecológico significa a vivência compartilhada de consciências que mobilizem o caráter biológico e cultural do ser humano, a diversidade, a unicidade e universalidade, a integralidade e totalidade de cada ser, na relação consigo mesmo e em interações com outros seres humanos e as naturezas, em movimento de tempo e espaço, particulares e coletivos; as relações do ser humano com a vida no planeta e no universo. Tomou-se conhecimento na **Natureza** de uma dimensão psíquica, uma mente imanente ao sistema social global e à ecologia planetária que alguns chamam de "**Deus**"; e da qual a mente humana é apenas uma parte.(38)

O universo pode ser descrito como um todo dinâmico, indivisível; com partes essencialmente inter-relacionadas e entendidas como modelos de um processo cósmico.(37)

A tendência na produção do conhecimento é ir além de uma única área; percebe-se a necessidade de integração com outras disciplinas, outras áreas do conhecimento, num sentido de cooperação entre saberes e até entre profissionais; justificado pela complexidade dos eventos.(38)

É uma proposta inter-transdisciplinar na produção de conhecimento, integrando filosofia, tradição e arte, envolvendo razão, sensação, intuição, sentimento e mística, traduzindo-se num movimento de reconstrução pessoal-profissional. Busca o sentido de humanidade, tendo a clareza de que não é possível dar conta de compreender toda a complexidade da vida e de seus fenômenos particulares.(38)

A medicina holística é a arte e a ciência da cura que leva em consideração a pessoa - corpo, mente e espírito, como um todo indivisível. A prática da medicina holística integra terapias convencionais e tradicionais para a prevenção e tratamento de doenças e, mais importante, para a promoção da saúde.(19)

Dentro deste modelo holístico, o corpo humano é visto como um organismo vivo, com sua sabedoria própria e natural, um campo energético em relação com todos os outros campos energéticos. (19)

O corpo feminino, entendido como normal, não deve ser julgado ou comparado ao corpo masculino. Os processos fisiológicos femininos, incluindo a gestação e o parto, são assumidos como saudáveis e seguros. Assim, gestar e parir não podem, por princípio, ser encarados como uma situação de estresse do corpo e, portanto potencialmente patológica.(19)

Sob o modelo holístico, as necessidades da mãe e do bebê são complementares e não se contrapõem. O corpo feminino “sabe” como gerar o bebê e como parir, e a mulher pode

confiar neste conhecimento por pertencer a ela própria. Os seus sentimentos e as suas necessidades, assim como suas experiências, são importantes e devem sobrepor-se às rotinas e procedimentos dos serviços de saúde e dos modelos de assistência. (19)

O sistema de atenção à saúde, a ciência e a tecnologia devem estar disponíveis para servir à mulher, não para se sobrepuser a ela. O papel do profissional que a atende é, acima de tudo, de fortalecer e cuidar dela e da sua família. Seu conhecimento científico e sua experiência servirão de suplemento e suporte para as ações de autocuidado da mãe. E a mulher assume a responsabilidade por suas escolhas.(19)

O novo modelo (Paradigma) preconiza um fazer ciência preocupando-se menos com a verdade absoluta e mais com a compreensão dos fenômenos; menos com a grandeza do conhecimento em si e mais com a repercussão deste na qualidade de vida do ser humano, do planeta e de todo o cosmo. Uma ciência mais humanitária, mais criativa, integrando saber popular e saber científico, integrando mundos, culturas e sentimentos.(38)

É difícil perceber “que métodos dariam conta de produzir conhecimentos sobre a diversidade, unicidade e complexidade da vida humana em suas expressões verbais e não verbais, de razão e sensibilidade? Que métodos dariam conta de abordar a cultura (crenças, valores, conhecimentos e práticas) em todos os seus significados e emoções expressadas pelo próprio sujeito do processo em diferentes contextos? Que métodos dariam conta de buscar, registrar, descrever, analisar, interpretar e compreender a vida humana em seus traços históricos de corpo individual e coletivo? (...) Que tipo de métodos de pesquisa abordam a realidade individual e grupal, e cujas repercussões não apenas para esses sujeitos, mas para um coletivo maior da sociedade? Que métodos dariam conta de tudo isso, e que ainda pudessem colaborar para a transformação da realidade estudada, mesmo durante o processo de levantamento de dados?” (38)

Pensar e construir conhecimento a partir de um entendimento e de um “olhar novo” da obstetrícia, entende a necessidade de trabalhar com dados subjetivos e pressupostos. Assim, surge a proposta de realizar uma pesquisa **Qualitativa**.

A pesquisa qualitativa não se preocupa em quantificar, mas entender as relações sociais consideradas essência e resultado da atividade humana criadora, afetiva e racional; e que pode ser resgatada através do cotidiano, da vivência, e da explicação do senso comum; “a investigação qualitativa requer como atitudes fundamentais: a abertura, a flexibilidade, a capacidade de interação com o grupo de investigadores e com os atores sociais envolvidos.

Seus instrumentos costumam ser facilmente corrigidos e readaptados durante o processo de trabalho de campo, visando às finalidades da investigação”.(1)

Segundo Minayo, os “dados qualitativos são importantes na construção do conhecimento e, também eles, podem permitir o início de uma teoria ou a sua reformulação, refocalizar ou clarificar abordagens já consolidadas”.(1)

Na abordagem qualitativa, busca-se compreender a totalidade de determinado fenômeno, coletar informações sem instrumentos formais ou teorias pré-concebidas, considerar o subjetivo como um meio de compreender e interpretar as experiências pessoais e analisar as informações coletadas de uma forma organizada e intuitiva.(39)

O estudo qualitativo permite entender a linguagem da situação típica de um grupo, estrato ou sociedade, e a prever as respostas desse grupo com um certo grau de probabilidade.(10)

No Método Qualitativo de Pesquisa, considera-se que os fenômenos são construídos pela subjetividade humana em seus significados culturais e afetivos, particulares e coletivos. Neste tipo de pesquisa, há a não neutralidade do pesquisador no processo de pesquisa, valorizando a objetivação e não a objetividade dos dados. Fica clara a necessidade do pesquisador ter consciência das possíveis interferências que possa ocorrer pela sua subjetividade, buscando, ainda na fase exploratória da pesquisa, estratégias que, na medida do possível, impeçam o viés de sua participação no conteúdo estudado. Há, no entanto, a valorização da criatividade do pesquisador, caracterizando o método como não linear e mais flexível; que favorece e busca analisar, refletir e fazer síntese sobre os fenômenos humanos, num dado contexto, para conhecer e compreender o sujeito em seus valores, desejos e suas crenças, seus mitos e conhecimentos, suas emoções de prazer e dor e as práticas que expressam sua linguagem particular e coletiva.(38)

Com base nessas considerações e no objetivo da pesquisa, este estudo se caracteriza como estudo de abordagem qualitativa do tipo exploratório.

Este tipo de estudo se propõe a contribuir para uma explicação da realidade como horizonte temporal, espacial e social. Define-se em função do tipo de ação que anima todos os profissionais envolvidos, ou seja, uma explicação motivada, dinâmica, totalizante que se dirige para propostas de mudança na situação encontrada com o sentido de gerar outras situações.

Esta pesquisa pretende ampliar o conhecimento sobre a assistência pré-natal em unidades de saúde do município de Florianópolis na perspectiva da qualidade desta assistência, utilizando estratégias metodológicas que permitem contextualizar e descrever o fenômeno em seus aspectos quantitativos e qualitativos e, ao mesmo tempo, analisá-lo em seus componentes e perspectivas dos sujeitos que o vivenciaram – as mulheres.

4.2. Cuidados Éticos

O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina. (Projeto n: 207/02)

Os aspectos éticos foram acordados com a direção da instituição e com os sujeitos envolvidos, baseando-se nas *Resoluções do Conselho Nacional de Saúde nº196, de 10/10/96, e nº 251, de 07/08/97*, e nos princípios éticos do Núcleo Transcriar, dos quais se destaca o sigilo de informações, a garantia do anonimato e a devolução dos dados aos sujeitos e à sociedade, com autorização dos mesmos, seguindo os seguintes princípios:

- Não expor os participantes a situações constrangedoras, morais ou que produzam danos físicos ou psicológicos.
- Obter o **Consentimento Livre e Esclarecido**.
- Selecionar os participantes.
- Permitir aos participantes desistir em qualquer fase do estudo.
- Assegurar o anonimato dos sujeitos através do uso de **codinomes**.
- Respeitar os valores culturais e os sentimentos dos participantes.
- Garantir a inexistência de conflitos de interesses entre o pesquisador e o sujeito do estudo.
- Permanecer com as fitas gravadas até a conclusão da dissertação, para, então, destruí-las.

Os dados foram arquivados confidencialmente pelo pesquisador e serão destruídos após 5 anos da publicação do trabalho.

Do ponto de vista ético, esse estudo pode oferecer benefícios aos participantes, à comunidade científica e à sociedade, justificando a participação dos sujeitos selecionados

nesta pesquisa; pois permitirá conhecer o programa de saúde vigente, tornando-se fonte de informação para os administradores e equipes de saúde. Os participantes tiveram a oportunidade de expor sua opinião sobre a assistência que receberam e assim suas reais necessidades foram conhecidas, contribuindo para a melhoria da assistência que receberão.

4.3. Trajetória da Pesquisa - Momentos de Interações: Levantar, Registrar e Analisar os Dados

A proposta de estudo estando pronta, surge a necessidade de organizar, dentro de princípios científicos e éticos, a ação.

O processo de interação com o sujeito envolve o profissional com todas as suas necessidades, expectativas, desejos, limitações, e todos os seus recursos pessoais e profissionais, resultando na interação entre “objeto” (a situação) e pesquisador. Esses momentos de interações são processos de ir-e-vir constante, caracterizando-se como movimentos não-lineares e interdependentes de colher, registrar, analisar e devolver os dados de pesquisa.(14)

Baseado nos princípios da metodologia qualitativa de pesquisa e buscando na literatura a fundamentação que se considerou relevante para o desenvolvimento do tema, é apresentada a trajetória que foi percorrida para realizar o estudo, sendo todos considerados como momentos de interações.

4.3.1 A Escolha do Contexto e dos Sujeitos do Estudo: Estudo Exploratório

O contexto – ou local do estudo – simboliza “um recorte que o pesquisador faz em termos de espaço, representando uma realidade empírica a ser estudada a partir das concepções teóricas que fundamentam o objeto de investigação”. (1)

Esse processo de conhecimento da realidade faz parte dos princípios éticos e metodológicos da pesquisa qualitativa, objetivando a reestruturação do projeto de pesquisa antes de ir ao contexto para desenvolver o estudo, com a finalidade de garantir a possibilidade

do seu desenvolvimento. Essa aproximação inicial é caracterizada como a fase exploratória da pesquisa.

A fase exploratória da pesquisa representa um momento de interação com o contexto. É a fase em que o pesquisador se aproxima do contexto e dos sujeitos do estudo para conhecer e selecioná-los, se fazer conhecer, negociar todo o processo e dar início à coleta de dados. É uma fase que propõe modificações – se necessário – da pergunta de pesquisa, delimitar melhor o problema, definir os instrumentos de coleta de dados e decidir sobre o local do estudo e a população (sujeitos do estudo). É também o momento oportuno para formalizar a pesquisa.(38)

Para a escolha dos sujeitos, são necessários um conhecimento mútuo e a apresentação da proposta do estudo; discutir os objetivos, as técnicas metodológicas e as questões éticas. Inicia-se a negociação sobre a operacionalização do estudo, acordando com os sujeitos a forma mais apropriada de realização do mesmo, pois “os sujeitos de investigação fazem parte de uma relação de intersubjetividade, de interação social com o pesquisador, daí resultando um produto novo e confrontante tanto com a realidade concreta como com as hipóteses e pressupostos, num processo mais amplo de construção de conhecimento”.(1)

Assim sendo, resolveu-se, num primeiro momento, realizar um estudo exploratório que se caracterizou por movimentos de aproximação com o contexto, buscando interagir com a realidade para perceber possibilidades e limites que se encontraria para a viabilidade da concretização da proposta da pesquisa.

Para definir com segurança o contexto e os sujeitos do estudo, optou-se por visitar algumas unidades de saúde (Centro de Saúde - CS) onde acontecia a assistência pré-natal, para tomar conhecimento da realidade e ver a possibilidade de talvez realizar algumas (ou todas) entrevistas nas próprias unidades.

Selecionaram-se cinco (5) Centros de Saúde (CS), procurando abranger macro-regiões distintas do município de Florianópolis, localizadas ao sul, norte, leste e no centro da Ilha e no continente. O propósito era conhecer realidades de áreas diferentes e serviços com características próprias. Por questões éticas, estas unidades são apresentadas por outras denominações, a saber: **CS I, CS II, CS III, CS IV e CS V.**

Determinadas as unidades a serem visitadas, realizou-se contato telefônico com os coordenadores dos respectivos centros, buscando autorização da administração local. Após

aceitação, foi encaminhando ofício da Coordenação do Curso de Mestrado à Secretaria Municipal de Saúde, em nome da coordenadora do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, enfermeira Margarete C. Mendes. Prontamente foi liberado o acesso aos Centros.

As visitas foram realizadas conforme agendamento nas unidades e segundo a disposição do tempo disponível da pesquisadora, no período entre fevereiro de 2004 e abril de 2004. As visitas foram documentadas através de Diário de Campo, organizado a partir de anotações feitas no local, colhidas de funcionários e da observação.

As visitas, que a princípio avaliavam a possibilidade de realizar as entrevistas nas unidades, tornaram-se um conhecimento enriquecedor, pois permitiram desfazer “idéias” pré-concebidas de como era o atendimento nessas unidades, uma vez o que seria uma visita de reconhecimento tornou-se um campo de observação e coleta de informações, cujos dados também contribuiriam para responder à pergunta da pesquisa.

Como cada Centro (CS) tem realmente rotinas de funcionamento distintas, ficou demonstrado que não era viável trabalhar com uma única realidade, pois não atendia o interesse deste estudo. Aplicar o estudo em várias comunidades despenderia um tempo longo, visto que se sabe que cada unidade (campo) merece uma aproximação, conquista da confiança e aceitação dos sujeitos, para só então aplicar o estudo.

Em estudo realizado em 2000, analisando à assistência pré-natal no município de Florianópolis através dos dados coletados pelos funcionários do Programa Capital Criança, verificou-se que 63% dos atendimentos de pré-natal eram realizados na rede pública e, destes, 23,6% dos partos ocorreram na Maternidade do Hospital Universitário.(35)

Diante do exposto sobre a fase exploratória e observando os critérios estabelecidos pelo rigor científico da pesquisa qualitativa, decidiu-se por realizá-la na Enfermaria de Pós-parto do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC), já que havia acesso facilitado às clientes que ali se encontravam pelo contato diário da pesquisadora ao realizar os cuidados obstétricos na referida unidade, e principalmente porque a maioria das clientes eram referidas daqueles e de outros Centros de Saúde do município de Florianópolis ou da assistência privada, tornando-se uma amostra adequada pela diversificação de assistência pré-natal.

Procurou-se, também, identificar se a população atendida nesta instituição não constituía um grupo “diferenciado” em decorrência da atenção oferecida no serviço caracterizada por uma assistência humanizada e que disponibiliza o parto vertical como opção

da mulher. Tal fato poderia tornar-se um viés importante. Observou-se que realmente uma pequena parte das mulheres atendidas ali procura o serviço pelas suas características diferenciadas, mas a maternidade também assiste a uma população heterogênea quanto a aspectos sociais, culturais e procedentes de várias regiões do município, que chegam ao serviço por acesso facilitado, em função de já serem clientes de outras clínicas do Hospital, encaminhadas de suas Unidades e por outras tantas causas.

Escolhida a população a ser estudada, deparou-se com a necessidade de determinar o número de sujeitos que deverão ser envolvidos, ou seja, a amostra com a qual se vai trabalhar.

A amostragem divide-se em dois tipos: probabilística e não probabilística, sendo que a primeira se baseia nas leis estatísticas. Já a segunda não apresenta fundamentação matemática ou estatística, depende somente dos critérios do pesquisador.(16)

Os tipos de amostragem não probabilística são: acessibilidade – o pesquisador seleciona os elementos (sujeitos) a que tem acesso, admitindo que estes possam, de alguma forma, representar o universo e é destituído de qualquer rigor estatístico; tipicidade – consiste na seleção de um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, possa ser considerada representativa de toda a população, e requer considerável conhecimento da população e do subgrupo selecionado, tendo vantagem pelos baixos custos, contudo, é preciso ter cuidado com a generalização; cotas – apresenta maior rigor, pois é desenvolvida através da classificação da população em virtude de propriedades tidas como relevantes para o fenômeno.(16)

O processo de seleção da amostra deste estudo apresenta características dos tipos “acessibilidade” e “tipicidade”, mas é preciso chamar a atenção que, em pesquisa qualitativa, a caracterização da amostragem necessita de alguns esclarecimentos, visto que se difere em muito dos critérios preconizados em pesquisa quantitativa.

Na abordagem qualitativa não há preocupação maior com a generalização dos conceitos teóricos testados, e sim com o aprofundamento e abrangência da compreensão, seja de um grupo social, de uma organização ou instituição; por conseguinte, o critério não é numérico. Uma amostra ideal é aquela capaz de refletir a totalidade nas suas múltiplas dimensões. São critérios básicos para a amostragem qualitativa: definir claramente o grupo social mais relevante para as entrevistas e para a observação; não se esgotar enquanto não delinear o quadro empírico da pesquisa; embora desenhada inicialmente como possibilidade,

prever um processo de inclusão progressiva encaminhada pelas descobertas do campo e seu confronto com a teoria; entre outras. (1)

Assim, a abordagem qualitativa busca privilegiar os sujeitos sociais que detêm os atributos que se pretende conhecer, considera-os suficientes em número quando ocorre uma certa reincidência das informações, porém, valorizando as informações ímpares; entender que, mesmo na sua homogeneidade fundamental relativa aos atributos, possa o conjunto de informantes ser diversificado, o que permite apreensão de semelhanças e diferenças; escolher o “lócus” e o grupo de observação e informação que contenham, dentro do possível, o conjunto das experiências e expressões que se objetiva com o estudo. A questão da validade da amostragem está na sua capacidade de objetivar o objeto empiricamente, em todas as suas dimensões. (1)

De acordo com Patrício, na definição de “amostra” de estudos qualitativos, não é a quantidade das fontes de dados que garante a relevância dos resultados, mas a qualidade dessas fontes, tendo em vista a propriedade que têm para responder à pergunta da pesquisa. Até porque essa modalidade depende da profundidade do estudo. A análise dos dados de vinte ou trinta “sujeitos” já pode indicar saturação desses.(38)

Para tanto, é importante conservar os cuidados na condução de uma pesquisa qualitativa para garantir a maior confiabilidade dos dados, assim o pesquisador elabora e testa (valida) as técnicas e instrumentos que utilizará para levantar, registrar e analisar os dados. (17)

Do total das 18 (dezoito) mulheres entrevistadas, uma foi excluída da amostra por ser identificada, no decorrer do processo, como “gestação de alto risco”, resultando um grupo de dezessete mulheres.

Essas dezessete mulheres estavam internadas na Enfermaria Pós-Parto do HU/UFSC e procediam da assistência de pré-natal de baixo risco dos serviços de saúde de Florianópolis, que tinham Cartão de Pré-natal.

A faixa etária dessas mulheres era diversificada, variando de 15 a 38 anos, predominando mulheres com menos de 30 anos (treze usuárias). Com relação à escolaridade, a maioria (dez) tinha o ensino médio (secundário); e era primígesta – mãe do primeiro filho (doze). Dezesesseis dessas mulheres mantinham uma relação estável ou eram casadas, somente duas eram solteiras.

Para manter o anonimato dos sujeitos, foram usados **codinomes** escolhidos pelas próprias mulheres a partir de uma lista pré-estabelecida que apresentava nomes de flores (Apêndice A).

4.3.2. O Processo de Levantamento dos Dados Definido após a Fase Exploratória

As fontes de dados foram o conteúdo preenchido no formulário a partir das anotações do Cartão de Pré-natal registradas pelo profissional assistente durante a gravidez e do conteúdo das entrevistas transcritas e organizadas.

O levantamento dos dados é caracterizado como o momento em que o pesquisador interage com os sujeitos, tendo como principal finalidade coletar os dados de pesquisa e registrar e processar a primeira fase da análise de forma interdependente.(38)

Nos métodos qualitativos, o instrumento principal é o próprio pesquisador, usando a razão e a sensibilidade; a intuição e os outros atributos humanos envolvidos na comunicação humana. Essa vivência exige do pesquisador desprender-se de certos padrões e isentar-se de preconceitos, presunção e arrogância.(38)

Essa etapa tem início quando o pesquisador começa a levantar os dados, prossegue quando de seu retorno aos sujeitos para validar tais dados e, se necessário, coletar novos dados ou complementar os já obtidos.(17)

Das diversas técnicas qualitativas para o levantamento de dados sobre a subjetividade humana, utilizou-se a **Entrevista Semi-Estruturada**.

A **Entrevista Semi-Estruturada** é entendida como entrevista “que combina perguntas fechadas (ou estruturadas) e abertas, onde o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema proposto, sem respostas ou condições prefixadas pelo pesquisador”. Deve conter um roteiro com poucas questões, deve facilitar a abertura, a ampliação e o aprofundamento da comunicação; mais que tudo, é uma situação de interação entre o sujeito e o entrevistador. É um instrumento que exige rigor científico.(1)

Para Bogdan & Biklen(13), “as questões desenvolvidas em um estudo qualitativo devem ser de natureza mais aberta e devem revelar maior preocupação pelo processo e significado, e não pelas causas e efeitos. A inexperiência leva a formulação de questões orientadas a procura da causa ou frequência de um determinado fenômeno, influenciado pela

formação quantitativa”.

Para a validação da técnica da entrevista e para reestruturá-la, foi realizado, na fase exploratória do estudo, um pré-teste em quatro sujeitos. A princípio, a proposta era aplicar o questionário e a entrevista sem o auxílio de gravador, visto que o pesquisador acreditava inibir os sujeitos diante de um gravador. Durante o pré-teste foram inquiridas as entrevistadas quanto ao uso de gravador e se o mesmo prejudicaria o diálogo. Das quatro mulheres entrevistadas, três afirmaram não incomodar, o que permitiu ao pesquisador desfazer preconceitos e readequar o instrumento de captação dos dados.

A primeira parte da entrevista (**Apêndice B**) compreendeu um formulário, que foi preenchido com os dados coletados do Cartão de Pré-natal e com alguns dados pessoais da mulher gestante. A segunda parte continha perguntas abertas que possibilitavam conhecer a visão da mulher sobre seu pré-natal e as percepções sobre a assistência prestada a ela nos serviços de saúde durante sua gestação.

Durante a coleta de dados do estudo, por questão de organização (tempo, transcrição das fitas e validação dos resultados das entrevistas com os sujeitos), além do rigor científico, as entrevistas foram realizadas com, no máximo, duas (2) mulheres por semana. Houve também uma adequação a disponibilidade e acesso aos sujeitos, uma vez que buscava uma amostra que compreendesse sujeitos oriundos das macro-regiões visitadas na fase exploratória.

A abordagem foi individual e os sujeitos do estudo foram convidados a participarem conforme preenchessem os critérios do estudo, a disponibilidade dos mesmos e do pesquisador (tempo para entrevista e validação). O horário determinado e acordado com o sujeito a entrevista se deu num ambiente reservado para evitar interferências externas. Após explicar a abrangência do estudo (objetivos, contribuições e importância para a melhoria da assistência pré-natal) a cada entrevistada, foi formalizado o aceite ao estudo por meio de **Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice C)**, segundo as **Resoluções do Conselho Nacional de Saúde números 196 e 251**. Era esclarecido aos sujeitos que poderiam desistir da pesquisa em qualquer período, bastava comunicarem que não desejam mais participar do estudo. Tiveram acesso ao pesquisador através de telefone (número) disponível no Consentimento Livre e Informado ou pessoalmente com o pesquisador na instituição (HU/UFSC).

Conhecer como foi a assistência pré-natal que a mulher recebeu por meio da sua narrativa, foi precedida pelo levantamento dos dados que constavam no Cartão de Pré-natal e pela definição de “pré-natal” da própria da mulher que estava vivendo o período grávido-puerperal.

Todos os passos da pesquisa foram executados pela própria pesquisadora. As entrevistas tiveram uma duração que variou entre 25 e 70 minutos.

À medida que a análise concomitante dos dados mostrava saturação, que iniciou em torno da décima segunda entrevistada, e apontava para encerrar o processo de levantamento dos dados, percebeu-se que o conjunto de dados não contemplava ainda sujeitos de todas as regiões estabelecidas para a amostra, o que se concretizou plenamente em torno da décima sétima entrevista.

A coleta do material, considerando a fase exploratória, aconteceu de fevereiro de 2004 a janeiro de 2005.

4.3.3 Dos Registros dos Dados

Segundo Faria, os dados levantados são materiais brutos recolhidos durante o momento da pesquisa, materiais estes que são transformados em análise. Incluem os elementos necessários para o pesquisador pensar adequada e profundamente sobre os aspectos da realidade que explorou.(17)

As entrevistas foram na maioria gravadas, sendo que apenas uma foi registrada no próprio formulário, conforme entendimento prévio com o sujeito do estudo. Após a transcrição, essas entrevistas eram apresentadas ao entrevistado para sua validação do conteúdo.

Todos esses dados, coletados nas entrevistas, foram organizados em diário de campo que permitiu iniciar uma sucinta análise de cada sujeito. Posteriormente, foi possível, então, analisar todo o conteúdo, categorizado-o de maneira a preservar todos os detalhes do fenômeno.

4.3.4 Da Análise e Interpretação dos Dados

“Não há consenso e nem ponto de chegada no processo do conhecimento. A ciência se constrói numa relação dinâmica entre a razão daqueles que a praticam e a experiência que surge na realidade concreta”.(40)

Minayo(40) destaca como obstáculo para a análise a dificuldade que o pesquisador pode ter em articular as conclusões que surgem dos dados concretos com conhecimentos mais amplos ou mais abstratos. Esse fato pode produzir um distanciamento entre a fundamentação teórica e a prática de pesquisa. Podem-se apontar três finalidades para a fase de análise: - estabelecer uma compreensão dos dados coletados; - confirmar ou não os pressupostos da pesquisa e/ou responder às questões formuladas; - e ampliar o conhecimento sobre o assunto pesquisado, articulando-o ao contexto cultural do qual faz parte.

A interpretação de dados na pesquisa qualitativa habilita o pesquisador a utilizar adequadamente todas as informações fornecidas pelos participantes da pesquisa. Isso não significa a possibilidade de prever o comportamento dos outros. Significa, sim, entender com profundidade aspectos implícitos do comportamento através das narrativas. Quando um pesquisador opta pela metodologia qualitativa, deve considerar, desde o início, a natureza do objeto a ser estudado. Trata-se de uma visão do mundo, do ser humano, uma postura diante das coisas, que inclui a certeza de que a realidade implica em algo mais do que aquilo que está simplesmente dado.(15)

Independente do tipo de dados que se possui e da tradição que tenha orientado a coleta, é necessário organizar, sintetizar e fornecer estrutura às informações colhidas na pesquisa, o que pode sugerir diferentes fases de análise.

Neste estudo, a primeira fase da análise dos dados aconteceu durante toda a fase de levantamento dos dados, de tal maneira que um dado orientasse a “interpretação e compreensão de outros dados”, ou “conduzisse para outros levantamentos”.(38)

Nesse processo, desenvolve-se um sistema de codificação denominado **categorização**. Nessa modalidade de análise, à medida que os dados emergem da realidade estudada, a saber: as palavras, frases, expressões não-verbais, formas dos sujeitos pensarem, acontecimentos, entre outros repetem-se ou destacam-se, os mesmos são agrupados constituindo um meio de classificar os dados descritivos recolhidos, ou seja, as **categorias**.
(13)

Em outras palavras, trabalhar com categorias significa agrupar elementos, idéias ou expressões em torno de um conceito capaz de abranger tudo. O desenvolvimento de um sistema de categorias necessita que o pesquisador percorra os seus dados na procura de padrões e escreva palavras e/ou frases que representem os mesmos, isto é, estabeleça classificações. “A categorização consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento segundo algum critério”.(41)

Desse processo de categorização, através da integração e comparação dos dados, foram montados dois quadros. Um destes contendo as categorias originadas da análise dos dados do formulário referentes às características dos sujeitos e aos dados do Cartão de Pré-natal. O outro quadro continha as categorias identificadas na análise dos depoimentos das mulheres.

4.3.5. Da Análise Final à Devolução dos Dados

A segunda fase da análise deste estudo seguiu o movimento denominado “**análise-reflexão-síntese**”. Este processo prevê uma dinâmica de ir-e-vir, não linear, integrando razão e sensibilidade, contemplando a leitura intuitiva, reflexiva e crítica dos dados, com base na integração das categorias por meio de um movimento de síntese. O olhar sintético e construtivo nos dados empíricos, com ou sem apoio de bases teóricas, possibilita encontrar temas que expressam a interligação de todos os dados.(14)

Na análise final, procura-se estabelecer articulações entre os dados e as referências teóricas da pesquisa, respondendo às questões da pesquisa com base em seus objetivos. Promover relações entre o concreto e o abstrato, o geral e o particular, a teoria e a prática, lembrando que o produto final de uma pesquisa deve ser sempre encarado de forma provisória e aproximativa, pois, em se tratando de ciência, as afirmações podem superar conclusões prévias a elas e podem ser superadas por outras afirmações futuras.(40)

É nessa fase que, quando necessário, o pesquisador, após a primeira análise, revê informações incompletas, e aquelas que não ficaram bem esclarecidas, e procura novamente a contribuição dos sujeitos do estudo para validação e complementação de dados.

Essa segunda fase compreendeu esse processo de análise-reflexão-síntese, cuja discussão dos dados encontrados foi baseada no referencial estabelecido, mais

especificamente, nos critérios de atendimento segundo Normatização da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis para a Assistência Pré-natal.

Significa a devolução de dados aos sujeitos do estudo, aos representantes responsáveis, bem como à sociedade. Tal momento, muitas vezes, pode representar o “iniciar” de outros estudos, isto é, gerar outros temas de interesses.(38)

Essa devolução será feita mediante o fornecimento de cópia do relatório final à referida instituição, além de a pesquisadora colocar-se à disposição para discussão dos mesmos, no contexto em que foi realizado o estudo. Os sujeitos do estudo serão convidados para a apresentação da dissertação e, assim, tomarão conhecimento dos “achados” do mesmo.

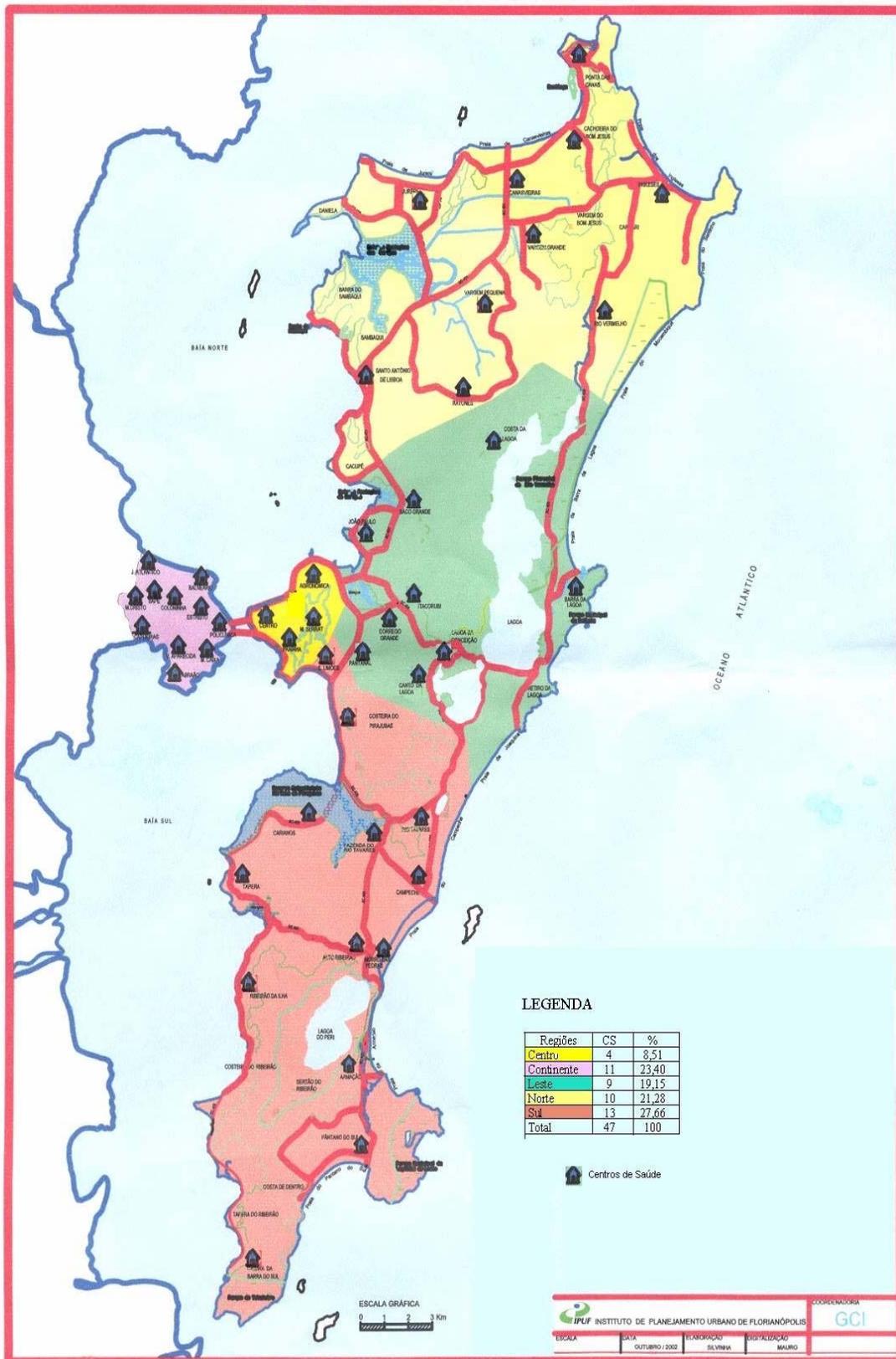
5 CONHECENDO A ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL EM FLORIANÓPOLIS

5.1. O Serviço de Pré-natal em Florianópolis

A Secretaria de Saúde de Florianópolis tem, atualmente, quarenta e oito (48) Unidades Prestadoras de Serviços (UPS ou CS), com a abertura do CS Trindade no final do último ano (Mapa FIGURA 1) . Há, também, quarenta e oito (48) Equipes de PSF (Programa de Saúde da Família), com oito (8) ginecologistas que são referência para atendimento especializado. O pré-natal de baixo risco é realizado pelo médico do PSF ou pelo clínico. Já o pré-natal de alto risco é conduzido pelos especialistas da rede ou das maternidades de referência. Nos anos de 2003 e 2004, foram atendidas na rede 2342 e 2751 gestantes, respectivamente; segundo dados do DATASUS – Ministério da Saúde.

Na fase exploratória, visitaram-se cinco das quarenta e sete (47) Unidades de Saúde que compreendiam a assistência pública na época da realização da pesquisa. Selecionaram-se cinco (5) Centros de Saúde (CS), procurando abranger macro-regiões distintas, localizadas ao sul, norte, leste e no centro da Ilha e no continente, conforme distribuição da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (Mapa).

PREFEITURA DA CIDADE DE FLORIANÓPOLIS
 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SAÚDE DA FAMÍLIA



As cinco Unidades de Saúde observadas, denominadas de “CS”, estavam contidas nesse contexto, mas cada uma com sua especificidade referente ao ambiente físico, à equipe de trabalho e às rotinas, como pode ser identificado a seguir na apresentação das mesmas a partir das anotações do Diário de Campo. São apresentadas como: **CS I**, **CS II**, **CS III**, **CS IV** e **CS V**.

Unidade CS I

Houve uma boa recepção dos funcionários e da responsável pela coordenação da unidade. A área física é pequena, apesar ter sofrido reforma pouco tempo atrás. As condições para acomodação dos ambientes (farmácia, sala de vacinas, arquivo, por exemplo) são precárias e inadequadas, dificultando a organização do serviço. Há uma única sala de espera bastante pequena e mal ventilada. Não dispõe, no momento, de enfermeira atuando no comando da equipe de saúde. O médico que presta a assistência é um profissional substituto.

A unidade pertence ao Programa de Saúde da Família (PSF) e tem 11 agentes de saúde (comunitários). No pré-natal, o agendamento da primeira consulta é garantido, todavia, as consultas acontecem só às quartas-feiras à tarde a partir das 13:00h, por ordem de chegada. As consultas subseqüentes já ficam marcadas mensalmente até o último mês, e após quinzenalmente. Nas urgências, o acesso ao atendimento é garantido.

O “acolhimento” (recepção) é feito pela técnica de enfermagem e pela auxiliar, que entregam o Cartão de Gestante, o Folder de Saúde Bucal e a Agenda da Gestante, e preenchem a Ficha Perinatal.

Não são feitas orientações específicas (mamas, dieta, exercícios, etc.), pois não há profissional habilitado para tal (estão sem a enfermeira da unidade). A consulta com o dentista já é agendada na 1.^a consulta do pré-natal. A ultra-sonografia é agendada pelo Capital Criança, entre 18 e 20 semanas, em uma clínica privada, sem dificuldades. A Colpocitologia Oncótica não é feita de rotina.

- A pesquisadora conversou com uma gestante enquanto aguardava a coordenadora chegar. Era J. S., que evoluía para o segundo mês de sua primeira gestação, sendo sua primeira consulta de pré-natal. Referiu que estava satisfeita com a consulta que acabou de ter. Foi examinada, a médica fez o toque e confirmou o tempo de gestação.

Recebeu esclarecimentos e orientações. Também foram solicitados os exames de laboratório: o HIV é feito no LACEN⁵ e os outros exames o posto mesmo agenda.

A equipe multiprofissional é incompleta e não há trabalho interdisciplinar.

O CS II

Houve boa recepção pela equipe. A unidade é bem localizada, no entanto, pequena para a população de usuários, conforme informações da coordenadora. A estrutura física apresenta estado regular de conservação. Composta por uma única sala de espera, com pouca ventilação. Uma sede nova esta em construção.

A coordenadora também informou que o número de equipes de saúde é reduzido para desempenhar a proposta do programa. A assistência pré-natal busca atender às necessidades das gestantes, mas enfrenta dificuldades por falta de funcionários, espaço físico, material informativo e suporte continuado do gerenciador.

A unidade: pertence ao PSF (Programa de Saúde da Família). Possui duas equipes de saúde que são coordenadas pela enfermeira, contando com 10 agentes de saúde. As visitas domiciliares são às segundas-feiras pela manhã feitas pelo médico. A equipe é formada por três médicos (um ginecologista, um pediatra e um clínico); uma enfermeira (dispõe no momento de uma temporária); dois técnicos e três auxiliares. A população atendida – 42.000 pessoas, 22 áreas (1 área = 10 micro-áreas)

No pré-natal, as consultas ocorrem às segundas, terças, quintas e sextas feiras à tarde. São realizadas pelo ginecologista, o clínico e a enfermeira, sendo as consultas da enfermeira intercaladas com as dos médicos. O acesso da usuária ao pré-natal é na maioria espontânea, por volta do 4º mês de gestação, e poucas são captadas pelos agentes de saúde.

O agendamento da consulta é feito a qualquer hora, sem filas e o mais rápido possível (\pm 10 dias), com horário pré-determinado (marcado). As consultas subseqüentes já ficam agendadas no dia da consulta anterior. Ocorrem, em média, oito (08) consultas, sendo mensal até 32º, quinzenal da 32º a 36º, e posteriormente semanal até o parto. Às vezes é difícil dispor de horário no fim da gestação (consultas muito próximas).

Na primeira consulta, a recepção é feita pela auxiliar, que preenche os formulários do SIS Pré-natal, SISVAN e Ficha Perinatal; entrega o Cartão de Pré-natal, verifica os sinais vitais e acompanha a consulta. É solicitada a rotina laboratorial, já sendo agendada a coleta. A

⁵ Laboratório de Análise Central.

usuária é encaminhada ao LACEN para coleta do anti-HIV. A Agenda da Gestante era oferecida anteriormente, hoje, porém, esta em falta.

O Grupo de Gestante existiu até o final de 2003. Participavam a enfermeira, o obstetra, a pediatra e a dentista. Compreendia um pacote de sete reuniões com visitas às maternidades (MCD e HU). O acompanhante podia participar. No momento não está acontecendo mais por falta de espaço físico. As orientações compreendem: cuidados e preparo das mamas, orientações para o parto e exercícios. É realizado preventivo (Colpocitologia Oncótica).

A ultra-sonografia é pedida na primeira consulta, para agendar próximo às 18 semanas, entretanto é difícil o agendamento. A consulta com o dentista é padronizada, mas com o pediatra não. A vacinação antitetânica é padronizada. A gestante de alto risco é referida para o CS III. Quanto à rotina de Laboratório, o VDRL no terceiro trimestre e o teste de tolerância à glicose no segundo trimestre são normatizados (decisão do grupo baseada na Normatização do MS). Não é seguida a normatização preconizada pela Secretaria de Saúde do Município.

Há dificuldades na relação com as unidades de referência, dificultando o encaminhamento das gestantes e a posterior contra-referência.

Unidade CS III

A recepção foi agradável. A unidade foge aos padrões da nossa realidade. Todos os ambientes são espaçosos e organizados. As salas de espera acomodam bem as usuárias. Ficam bem localizadas e de acordo com informação da coordenadora, atendem às necessidades da comunidade e a sua demanda. A área física do posto compreende três pavimentos, com salas de espera, consultórios, sala de vacinação, farmácia, auditório, etc. Existe um elevador que interliga os pavimentos.

A unidade está integrada no PSF e tem um convênio com a UFSC. É referência para ginecologia e obstetrícia. Em decorrência do seu convênio com a Universidade, recebem para estágio acadêmicos de medicina, odontologia, farmácia, fonoaudiologia, etc. Existem três equipes de saúde que atuam em áreas distintas, com supervisão das enfermeiras (três no momento) e médicos que fazem visitas domiciliares, busca ativa, orientações, etc.

O acesso ao pré-natal é espontâneo ou por captação dos agentes de saúde. O agendamento da primeira consulta é marcado no máximo em uma semana, sendo a enfermeira

quem realiza o “Acolhimento”. As consultas subseqüentes são garantidas (retornos) com horário preestabelecido. As urgências também são atendidas no posto. As emergências são encaminhadas para as maternidades de referência.

Os exames de laboratório têm prioridade na marcação, agendados pela unidade. O pré-natal de alto risco é atendido no próprio posto. Existem três grupos de gestantes que atuam no pré-natal.

A assistência é multidisciplinar e diferenciada e segue a normatização preconizada.

Unidade CS IV

A recepção e o acesso ao funcionamento ocorreram sem dificuldades. A unidade é pequena para a população que atende atualmente, pois, como não existe CS no bairro vizinho, torna-se referência também para aquela região. A área física é bem localizada (fácil acesso), e com bom estado de conservação. Possui uma única sala de espera e os ambientes são pequenos.

Pertence ao PFS e tem três equipes de saúde. Há cinco médicos que atendem na unidade. Um é pediatra e não faz pré-natal. Os outros quatro médicos atendem pré-natal de baixo risco, assim como a enfermeira. As três enfermeiras fazem parte das equipes de saúde.

Quanto ao acesso pré-natal, as gestantes chegam ao posto espontaneamente ou pela busca (captação) das equipes de saúde. As gestantes têm prioridade e as consultas são marcadas sem fila ou lista de espera. A primeira consulta é feita pelo médico clínico ou pela enfermeira, e tem acontecido mais precocemente. Quando o pré-natal é realizado só pela enfermeira, duas ou três consultas são feitas com o médico. As consultas subseqüentes já ficam marcadas, sendo que até 32 semanas elas são mensais, após quinzenais e no último mês são semanais.

A rotina laboratorial segue a Normatização do MS. A marcação dos exames tem uma cota predeterminada por mês e, às vezes, o número ultrapassa a tal cota, não sendo possível agendar todos os exames necessários. Como a unidade é informatizada, a própria enfermeira faz a solicitação da rotina via rede.

A ultra-sonografia é solicitada com mais ou menos 20 semanas de gestação, em clínica conveniada.

As gestantes são orientadas sobre amamentação, dieta, etc., conforme normatização. O Grupo de Gestantes, atualmente, não tem acontecido (foi oferecido até novembro de 2003).

A maior dificuldade é a Referência e Contra-Referência com as outras instituições (encaminhamentos feitos às maternidades).

A interação entre os profissionais (trabalho multidisciplinar) não flui plenamente. Há desestímulo à continuação do trabalho pela falta de participação dos profissionais e ajuda da rede.

Unidade CS V

A área física é bem localizada, apresentável, com espaço bem distribuído e organizado. Tem condições de atender à demanda que, apesar de ser em torno de 80337 pessoas (\pm 2.316 famílias), fica em uma região onde uma grande maioria deve ter acesso a outros tipos de assistência médica. Foi reinaugurada há \pm 10 dias. Os ambientes são espaçosos e bem ventilados (ar condicionado). Pertence ao PSF.

A equipe é composta por um médico ginecologista, um clínico, um pediatra, duas enfermeiras, uma psicóloga, quatro técnicas e um auxiliar. Existem duas equipes de saúde, que, além de atender essa região, também o fazem no bairro vizinho. Uma equipe tem oito (08) agentes de saúde e a outra seis (06), que atuam em micro-áreas, sob a coordenação da enfermeira, responsável também pelo pré-natal. O pediatra e a psicóloga são referência para outras unidades. Existe uma preocupação em manter a rotina preconizada pelo MS (Programa), portanto, não seguem as normas da Secretária do Município.

O pré-natal tem procura espontânea pelas usuárias ou captação pelos agentes de saúde. O agendamento é feito sempre na quarta-feira mais próxima. As consultas subseqüentes já ficam agendadas. O retorno é sempre mensal até as 36 semanas, e após é quinzenal. O “acolhimento” é feito pela enfermeira, que inscreve a gestante no SIS Pré-natal, no SISVAM (faz avaliação do estado nutricional); entrega a Agenda da Gestante e o Cartão de Pré-natal. Solicita rotina de laboratório (determinada pelo MS em formulário próprio). Tria as gestantes de alto risco para Unidade de Referência. As consultas subseqüentes são sempre às segundas-feiras com o médico. As gestantes que necessitam de atendimento de urgência poderão ser vistas pelo médico, diariamente à tarde.

Os exames de laboratório são marcados e realizados no próprio posto, inclusive o HIV. A ultra-sonografia é solicitada com aproximadamente 20 semanas de gestação, agendada pela rede sem dificuldades.

As orientações são feitas pela enfermeira. O Grupo de Gestantes é oferecido uma vez por mês, com o pediatra e a psicóloga. O pré-natal de alto risco é encaminhado a Policlínica do Estreito. Não há trabalho em equipe, pois a assistência da enfermeira é desvinculada da oferecida pelo médico, e essas, do Grupo de Gestantes.

Pode-se observar que existem diferenças enormes, quer seja da estrutura física, quer seja da estrutura humana - equipe que presta a assistência. A Normatização da Assistência à Saúde da Mulher da Secretaria do Município não é usada como padrão de assistência em quase todas as unidades. Em algumas unidades é difícil praticar qualquer rotina, visto que há dificuldades na relação médico/enfermeira, desconhecimento da rotina pelo profissional médico, descumprimento da rotina de exames de laboratório e do USG, dificuldade de acesso as unidades de referência e recebimento do material informativo padronizado (agendas, folders, etc.). Verificou-se dificuldade para manter grupos de orientação às gestantes, seja por falta de espaço físico ou por falta de disponibilidade de tempo dos profissionais envolvidos.

5.2 As Mulheres que Participaram do Estudo

“Mulher selvagem é aquela que ama, cuida e protege a si mesma e às suas crias. É como uma loba do mato, uiva, perambulando; se aquecendo ao sol, se queixando à lua. Confiante que em seu ventre seu filho, uma semente, germina, cresce e floresce.”(Lívia Rodrigues, 1999)

Conforme já referido, para assegurar o anonimato das mulheres, a apresentação a seguir adotará os codinomes por elas escolhidos.

- **Margarida** – Tem vinte e quatro anos, mantém uma relação estável e tem formação secundária (ensino médio) em enfermagem. Foi sua primeira gestação, fez seu pré-natal no CS de II, tinha iniciado em Porto Alegre.
- **Azaléia** – Tem vinte e seis anos, é casada e sua formação é de nível médio (secundário). Foi sua primeira gravidez e fez seu pré-natal no CS do norte da Ilha.

- **Amor-Perfeito** – Tem trinta e três anos, é casada com escolaridade em nível médio (secundário). É sua primeira experiência como gestante e seu pré-natal foi em uma clínica privada.
- **Melissa** – Tem dezenove anos, é solteira e estudou até o ensino fundamental (primária). Foi sua segunda gestação e seu pré-natal foi no CS do norte da Ilha.
- **Orquídea** – Tem vinte anos, é casada e está cursando a universidade. Foi sua primeira gestação e seu pré-natal foi em unidade terciária (ambulatório), que escolheu porque acredita no serviço.
- **Lírio** – Tem quinze anos, mantém uma relação estável com escolaridade incompleta do ensino fundamental (primário). Seu pré-natal foi no CS do sul da Ilha. Foi a primeira gestação.
- **Gérbera** – Tem trinta e oito anos, é casada e tem nível médio de escolaridade (secundário). É múltipara, sendo que essa foi sua nona gestação. Trabalha como agente de saúde. Seu pré-natal foi em CS do leste da Ilha.
- **Flor de Melissa** – Tem vinte e dois anos, mantém uma relação estável e tem o ensino fundamental (primário). Foi a primeira gestação. Fez o acompanhamento pré-natal no CS do norte da Ilha.
- **Flor do Campo** – Tem vinte e três anos, mantém uma relação estável e com escolaridade do ensino fundamental (primário). É a quarta gestação. Seu pré-natal foi complicado, pois fez acompanhamento em duas unidades, CS do sul da Ilha e CS do Centro.
- **Flor de Liz** – Tem dezoito anos, mantém uma relação estável e terminou o ensino médio (secundário). Vivenciou a primeira gestação, sendo que seu pré-natal aconteceu no CS do sul da Ilha.
- **Palma** – Tem trinta e um anos, é casada e estudou até o ensino médio (secundário). Foi sua segunda gravidez e seu pré-natal ocorreu no CS do centro da Ilha.
- **Violeta** – Tem vinte e um anos, é solteira e sua escolaridade é o ensino médio (secundário). Foi sua primeira gestação e fez seu pré-natal em uma clínica privada. Iniciou seu acompanhamento da gestação no CS do centro da Ilha, mas optou, posteriormente, pela assistência privada.

- **Hibisco** – Tem trinta e cinco anos, é casada e com escolaridade de ensino médio (secundário). Viveu a primeira gestação e fez o pré-natal no CS do Continente, apesar de morar noutro bairro, porque ali tinha ginecologista.
- **Girassol** – Tem vinte e seis anos, mantém uma relação estável e estudou até o ensino médio (secundário). Foi a primeira gravidez. Fez seu pré-natal noutro bairro, no CS do leste da Ilha, por considerar o atendimento mais adequado.
- **Cravo** – Tem vinte e cinco anos, mantém uma relação estável e sua escolaridade compreende o ensino fundamental (primário). Foi a terceira gestação, sendo que seu pré-natal ocorreu no CS do Continente.
- **Begônia** – Tem vinte e dois anos, mantém uma relação estável e uma escolaridade do ensino médio (secundário). Viveu a primeira gestação. Fez seu pré-natal no CS do leste da Ilha.
- **Camélia** – Tem dezessete anos, mantém uma relação estável e não concluiu o ensino fundamental (primário), estudou até a sétima série. Foi a primeira gestação e o pré-natal foi feito no CS do centro da Ilha.

5.3 O Atendimento Prestado às Mulheres do Estudo

5.3.1. O Pré-natal Oferecido nas Unidades de Saúde – Dados do Cartão e Relatos das Usuárias

A grande maioria das usuárias realizou seu pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS), compreendendo 15(quinze) usuárias. Somente duas (02) foram atendidas em clínicas privadas. Uma dessas usuárias iniciou suas consultas no CS IV, mas optou por mudar para uma clínica privada, conforme seu relato.

A 1º consulta eu fiz no posto de saúde. Minha Unimed tinha carência. No posto foi super bom. Eu sempre consultei lá. Resolvi mudar por causa do sangramento. Por mais que eu fosse bem atendida na maternidade, a demora era muito grande. Eu tive medo que, numa dessas, eu não conseguisse esperar o tempo para consultar. Também porque é o primeiro neto. Todo mundo tem um cuidado maior.(Violeta)

Violeta teve problemas no início da gestação, dois episódios de sangramento. Necessitou buscar atendimento na emergência da maternidade. Mesmo sendo bem atendida, houve uma demora no atendimento em decorrência do número de gestantes que necessitavam de avaliação. Teve medo que, num desses episódios de sangramento, não conseguisse esperar o tempo para consultar, o que gerava uma certa angústia. Ressalta que, sendo o primeiro neto da família, é bastante valorizado. Assim, optou por uma assistência privada por acreditar ter maior facilidade de acesso caso houvesse necessidade de assistência emergencial.

O agendamento da primeira consulta levou, em média, duas semanas (quatorze usuárias), conforme os relatos a seguir:

A primeira vez eu fui lá para pedir o exame de gravidez. Quando veio o resultado, eles já marcaram a consulta do pré-natal. (Acha que é feito um tratamento diferenciado para gestante?) Lá no posto fazem. (Flor de Melissa)

Antes era mais demorado... Agora deu uma melhoria. Neste posto, mudou muita coisa. Na gestação, a mulher tem preferência... Ela é cuidada com mais carinho, mais atenção. Logo fui atendida. A continuação foi com bastante tranquilidade... Não tive nenhuma dificuldade em marcar consulta... Em conversar com o médico... Até mesmo nas horas que não era dia da consulta. (Gérbera)

Eu cheguei com o resultado do teste de gravidez e eles já marcaram o pré-natal pra mim. Foi bem Fácil. (Orquídea)

Assim que eu soube que estava grávida, fui ao posto para marcar a consulta. A marcação da consulta foi fácil, pois já agendaram na hora, e não demorou muitos dias.(Azaléia)

Melissa salienta que o atendimento foi imediato e ágil. Já **Gérbera** destaca que ocorreu mudança na assistência à gestante, com a mulher grávida tendo preferência e sendo tratada com “diferencial”. Como é sua nona gestação, pôde perceber a melhora da assistência.

Orquídea e **Azaléia** também referem que foram prontamente atendidas nas suas unidades, sendo a consulta marcada na hora, sem necessidade de fila ou retorno noutro dia. Não tiveram dificuldades na realização do seu pré-natal.

Algumas Unidades não dispõem de agenda especial para mulheres grávidas: três mulheres levaram um mês ou mais para fazer sua primeira consulta de pré-natal. Destas,

somente uma usuária, Margarida, referiu ter dificuldades com o agendamento, afirmando uma espera de dois meses.

(...) o agendamento da primeira consulta levou dois meses, só sendo atendida no 5º mês.
(Margarida)

Quando eu cheguei, marcaram a consulta, achei que demorou demais, como eu já descobri um pouco tarde que eu estava grávida, justamente porque eu menstruei até o terceiro mês, então quando eu descobri, já estava quase com quatro meses. Então eu acho que demorou um pouco a primeira consulta. (Girassol)

As consultas médicas não vinham muito freqüentes, não era tão fácil de marcar. Sempre porque os médicos que tinham lá, eles atendiam todas mulheres, até as que não estavam grávidas.
(Begônia)

Margarida faz uma avaliação do seu pré-natal a partir da experiência que vivenciou no início da gestação. Começou seu acompanhamento à gestação em Porto Alegre. Salienta que lá a organização do agendamento, dos encaminhamentos e as orientações funcionavam perfeitamente. O serviço é informatizado, o que permite maior agilização. Aqui, teve dificuldades na marcação da primeira consulta e achou complicada a realização dos exames.

Girassol também achou que demorou sobremaneira a marcação da sua primeira consulta. Estava muito preocupada, pois o diagnóstico da gravidez aconteceu quando já evoluía para o quarto mês, atrasando a solicitação dos exames e o controle da gestação. Já **Begônia** enfatiza a falta de atendimento diferenciado à gestante, visto que sua unidade não possui agenda própria para atender à mulher grávida.

O início precoce do acompanhamento pré-natal está relacionado com melhor proteção ao binômio mãe/recém-nascido.

O acolhimento prévio a consulta, com a finalidade de explicar o que é o pré-natal, rastrear gestantes de risco e orientar sobre o processo como um todo, foi oferecido a sete usuárias.

A primeira foi com a enfermeira. Ela marcou os exames... deu a requisição... me orientou que tinha que voltar, me indicou o local onde deveria fazer os exames. (Gérbera)

A primeira consulta foi com a enfermeira. Eu fiquei mais ou menos duas horas no consultório, para ela me explicar o que eu ia fazer no pré-natal. Conversou bastante comigo... Como estava sendo a minha gestação... Foi bem tranquilo. No mesmo dia já ficava marcado o retorno. (Flor de Liz)

Fui recebida no posto pela enfermeira, que providenciou agendamento da consulta e exame. Na primeira consulta foi solicitado “todos” os exames, inclusive o do HIV. (Margarida)

Flor de Liz ressalta que o primeiro atendimento no posto foi com a enfermeira. Através de uma “conversa prolongada”, recebeu informações e iniciou a atenção pré-natal. **Margarida** também refere ter sido recebida, na unidade, pela enfermeira, que providenciou o agendamento e encaminhamento dos exames. Apesar do acolhimento, a usuária não sentiu suas necessidades satisfeitas, já que anteriormente reclamou das dificuldades encontradas no agendamento da primeira consulta.

Como é rotina na sua unidade, **Gérbera** foi acolhida pela enfermeira que a orientou e agilizou a realização dos exames; incluindo-a no programa da assistência à gestante.

O número de consultas foi no mínimo de quatro (04) e no máximo de dez (10), sendo que doze (12) usuárias tiveram seis (06) ou mais consultas. Segundo o Referencial, o número mínimo de consultas deverá ser de seis (6), com intervalos de quatro semanas até 38 semanas.

Toda consulta, quando eu saía, passava no balcão e já marcava a outra consulta. (Orquídea)

Todo mês estava marcado uma data, e quando eu ia na consulta, já ficava marcada pro outro mês. (Camélia)

As consultas foram agendadas todos os meses, até o final.. (Melissa)

Orquídea, **Camélia** e **Melissa** afirmam que o agendamento das consultas subsequentes era automático. Quando apresentavam o cartão de gestante no dia da consulta, já ficava marcada a consulta do próximo mês. Já **Begônia** reclama da dificuldade no agendamento das outras consultas. Na sua Unidade não havia agenda diferenciada à gestante. Na Unidade de **Lírio** também não era rotina o agendamento automático do retorno, que era feito pelo agente de saúde quando em visita a sua casa.

As consultas médicas não vinham muito frequentes, não era tão fácil de marcar. Sempre porque os médicos que tinham lá, eles atendiam todas mulheres, até as que não estavam grávidas. No final da gravidez, as consultas começaram a ser umas perto das outras. (Begônia)

(Os retornos já ficavam agendados?) Não... O agente é que marcava, quando passava na minha casa. (afirma que não havia agendado automático das próximas consultas!) (Lírio)

As consultas foram realizadas na grande maioria por médicos clínicos (doze), sendo cinco com tocoginecologista, incluindo as duas usuárias que realizaram pré-natal em clínicas privadas. Durante as consultas, a maioria dos profissionais (quatorze) realizou exame clínico (exame físico) apenas controlando a altura de fundo uterino, ausculta de batimentos cardíacos fetais e verificando presença de edema em membros inferiores.

Era vista a pressão, peso, as medidas... Não eram feitos outros exames (ausculta, toque, etc.), algumas dúvidas... O coração do bebê ele ouviu só na quarta ou quinta consulta. (Azaléia)

Nas consultas eram vistos: peso, PA, a escuta dos batimentos fetais com o sonar. Não fui examinada (exame físico) durante as consultas. (Margarida)

As outras consultas foram com estagiários daqui, com supervisão da ginecologista. Eles mediam, viam pressão, peso. As consultas eram tranqüilas... Eles escutavam o coraçãozinho do bebê, viam o tamanho da barriga, para ver se estava tudo normal. Conversavam um pouco comigo... Viam meus exames. Duas consultas foram com a Doutora. Ela olhou as mamas, se estava tudo normal... Se tinha bico. Nunca fiz preventivo, não foi solicitado no pré-natal. (Flor de Liz)

Apenas três médicos realizaram exame clínico completo, incluindo as mamas, ausculta cardíaco-pulmonar e exame ginecológico.

Eu cheguei e logo fui chamada para a consulta com o médico. Quem me atendeu, na verdade, foi o estagiário (acadêmico). Ele me examinou, me deu o cartão de pré-natal, solicitou os exames. As consultas foram mensais até no final do pré-natal. Nas consultas via peso, pressão, tamanho da barriga, coração do neném; perguntava se eu sentia ardência para urinar... orientou se sangrasse, se tivesse contrações de dez em dez minutos, se a bolsa rompesse. Fiz o reforço da antitetânica, pois eu tinha tomado há menos de dez anos. (Orquídea)

As consultas, tinha meses que era com o médico e meses que era com a enfermeira. A primeira foi com a enfermeira. (...) Quando a consulta era com o médico... Era direto com ele... Ele via a PA, peso, altura da barriga, o coração da criança também... conversava... olha no meu olho... acho isso muito importante... O médico te olhar... Realmente eles tratam muito bem as pessoas. Examinam até nos pés!. (Gérbera)

Os exames de laboratório foram considerados na maioria (treze) incompletos, quando avaliados segundo a Referencial da Secretaria de Saúde do Município de Florianópolis. Quatro (04) preencheram os critérios de avaliação laboratorial específicos para pré-natal, mas destas quatro, somente duas tinham colpocitologia oncológica realizado durante o período.

Eles solicitavam, eu ia no laboratório e marcava, e fazia normalmente. (Orquídea)

Foi fácil fazer, era tudo agendado... Os primeiros exames foram feitos no próprio Bairro (onde mora). (Gérbera)

A médica dava o papel e lá no posto mesmo eles marcam aqui no centro. Vim no LACEN duas vezes. Demoram um pouco para marcar, mais depois eles orientam, dão o endereço. A gente vem, faz os exames e o resultado sai em três dias. (Flor de Melissa)

Era lá mesmo. A gente marcava lá e fazia os exames no laboratório do bairro. A gente já ia lá e fazia no outro dia". (E do HIV? Também foi lá?) Foi também, só que levou um mês para entregar o resultado. Mas para fazer foi rapidinho. (Cravo)

No estudo, dez (10) usuárias fizeram USG até 20 semanas, sendo que quatro (04) referiram ter feito em clínicas privadas (pagaram), apesar de estarem sendo acompanhadas em unidades públicas, por dificuldade no agendamento.

Fiquei bem contente, porque eu fiz num prazo bom... cinco ou seis meses, se não me engano... sem dificuldade alguma... foi agendado pelo posto, num horário bom... bem fácil, sem dificuldade alguma. (Gérbera)

Fiz um pelo posto, com cinco meses, e o outro eu paguei para saber o sexo do bebê. O USG demorou um pouco para fazer. (Flor de Melissa)

Oito (8) mulheres tiveram acompanhamento odontológico disponível durante a gestação, sendo que sete (7), o atendimento foi oferecido pelo Programa.

Teve palestra com a dentista... e eu consultei com ela. (Hibisco)

Sim, quando tivesse dor de dente. (Camélia)

Sim. (O dentista te deu alguma orientação específica?) Não. Olhou, e até tinha que arrancar um, mas eu não quis. (Cravo)

Mas **Melissa**, **Begônia**, **Girassol** e **Gérbera** não foram assistidas por decisão própria, sendo que **Begônia**, **Girassol** e **Gérbera** argumentaram que fizeram o controle com seu dentista particular.

Foi. E não fui, porque eu tenho o meu dentista particular e fiz todos os meus tratamentos dentários. (Begônia)

Foi, só que já tinha terminado todinho o meu tratamento, três semanas antes eu já tinha terminado o meu tratamento. (Girassol)

O pré-natal ofereceu, mas eu não precisei tirar o lugar de outra pessoa, porque eu frequento outro dentista. (...) Acho que existe muita dificuldade... Não com o atendimento... Muitos pacientes para pouco dentista. É mais difícil um dentista que um médico. Na comunidade, muita gente reclama de dor de dente. (Gérbera)

Foi, mas eu não fui. (Melissa)

Já **Palma** e **Flor de Melissa** mencionaram que até necessitavam de atendimento odontológico, mas encontraram dificuldade no agendamento, não existindo prioridade para a grávida. **Flor de Melissa** ressalta que, no entanto, recebeu orientações sobre os cuidados com os dentes do bebê e que após o nascimento deveria levá-lo ao dentista.

Não, nunca falou. Tem dentista no posto, porém, é difícil conseguir consulta (* Recebeu orientação sobre os dentes do bebê, que quando ele nascesse teria que levar no dentista). (Flor de Melissa)

Não, inclusive eu queria uma consulta para tratar um dente, mas só consegui marcar para outubro. Tem dentista, mais não tem prioridade para as grávidas. (Palma)

Violeta e Flor de Liz não tiveram acesso garantido à consulta odontológica e tampouco orientações, terminaram seu pré-natal acreditando que durante a gravidez a mulher não pode tratar da saúde bucal.

Não ofereceram e eu pensei que não podia ir ao dentista na gravidez. (Flor de Liz)

Não... Até porque no começo da gestação eu estava fazendo tratamento de canal e até parei, porque o meu dentista falou que eu não podia tomar anestesia. Como era muito profundo, eu não agüentaria. Eu fiz duas limpezas. Já estava grávida e não sabia. (Violeta)

Já a consulta pediátrica não fez parte da rotina padrão das unidades de saúde, segundo as observações de campo e também por informação das mulheres. A única gestante que teve acesso a essa atenção não foi à consulta por opção. Algumas (05) usuárias ressaltaram ter recebido informações sobre o recém-nascido durante as consultas médicas ou da enfermagem.

A minha supervisora (enfermeira) busca falar sobre as consultas. (Gérbera)

(...) antes de consultar acontecia à sala de espera com as “técnicas de enfermagem”, onde se reuniam as gestantes e ficavam conversando... Aleitamento materno, preparo das mamas, do nascimento do bebê, as cólicas do bebê. (Hibisco)

Todas as mulheres puderam usufruir a presença de um acompanhante durante a consulta, porém, algumas foram sozinhas às consultas, por não ter quem as acompanhasse.

Meu marido ia às consultas. Eu preferia que ele fosse. (Flor de Liz)

Até podia, só eu não levava porque não era consulta muito demorada com muitas explicações. (Begônia)

Tinha (acompanhante). Não (foi), porque o meu marido trabalhava em dois empregos. (Girassol)

Geralmente levava meu filho pequeno, porque ele estudava à tarde... então sempre levava ele. Se quisesse, podia levar o esposo... só que ele trabalhava! (Palma)

O pré-natal de **Flor do Campo** teve grande interferência do seu companheiro, que participou ativamente no seu transcurso.

O meu marido foi a todas as consultas comigo... eu é que não fui (a todas!) (...) Ele fazia questão de ir... marcava as consultas e eu é que não ia (lá no Centro). Eu queria fazer meu pré-natal aqui no posto, porque é mais perto, não precisa pegar ônibus. Ele foi na consulta no posto, mas não gostou. Achava que lá (no Centro) eles orientavam melhor... Ficou meio bagunçado, porque eu ia um pouco lá e um pouco no Centro. Não posso reclamar, porque um orienta de um jeito e o outro de outro... Quem sabe se eu tivesse ficado só num!. (Flor do Campo)

No estudo, a grande maioria (15) teve acesso ao grupo de gestantes ou ao encontro em sala de espera, mas oito (08) não freqüentaram por questões particulares ligadas a decisão própria e as dificuldades.

(...) antes de consultar acontecia à sala de espera com as técnicas de enfermagem, onde se reuniam as gestantes e ficavam conversando. (Hibisco)

Teve o grupo de gestante. Fui só duas vezes. (Quem dava as palestras lá?) A enfermeira. (Camélia)

(...) as outras consultas a gente ia primeiro com a psicóloga, reunião todas juntas. (Azaléia)
Já, só um vez. (Melissa)

Eu fui uma vez num que teve ali no Centro Sul. (evento da prefeitura – Encontro de Gestantes). No posto não teve. (Sala de espera) Elas conversam antes da consulta, juntavam as gestantes e falavam sobre cuidar do bebê, sobre alimentação também... só que eu chegava mais tarde.. Eu participei de uma ou duas. Era com a enfermeira. (Flor de melissa)

Orquídea teve acesso ao curso de gestante e sala de espera, oferecido na Unidade em que realizou o pré-natal, mas não houve o real entendimento da importância e do ganho advindo desse complemento à rotina pré-natal.

Só na última consulta que eu fiz. A enfermeira foi no corredor e deu conselhos para a gente ... Na realidade, eu perdi o Curso de Gestante, pois quando eu vim fazer já estava lotado! Então eu só vim conhecer a Maternidade... Acompanhei o Grupo. Nesse encontro elas dão uma palestra antes de ir,

falaram do trabalho de parto. Também fui convidada para participar de uma consulta com o pediatra, mas não fui. (Orquídea)

Amor Perfeito teve assistência privada e realizou o curso de gestante por busca própria. Ela ressalta que a busca por informação complementar como o “cursinho” ajudou-a bastante, principalmente com relação às orientações sobre amamentação.

Procurei... eu comprava revistas e eu fiz o cursinho de casais grávidos do HU... Foi muito bom... Eu tirei várias dúvidas. (Amor Prefeito)

Para **Flor de Liz, Begônia e Violeta**, usuárias que optaram por não acompanharem o curso de gestantes, questionou-se por que não frequentaram e não priorizaram a oportunidade do acesso a mais orientação e informação.

Eu não quis fazer... eu participei só de uma reunião. Eles me ofereceram ali no postinho mesmo... com a Doutora. Foi legal, até. Se eu soubesse como era, não teria deixado de fazer, mas eu não sabia mesmo. (- Porque as usuárias não vão ao grupo de gestantes?) Não sei... acho que é porque demora mais. Foi uma falta minha, pois eu não quis participar.(Flor de Liz)

Não, porque era no horário de trabalho e não batia com a minha folga. Foi oferecido, mas não fui nenhuma vez. (-Por que tu achas que as mulheres não vão ao grupo de gestantes?) Depende de cada mulher. Do trabalho da gente. (Begônia)

Eu não fui por causa do horário. Na época, eu estudava e trabalhava. Meu serviço era muito irregular. Tinha dia que eu trabalhava de manhã... tinha dia que era à tarde. Eu não tinha tempo específico. Eu queria fazer um curso de gestante... A gente não fez! Por falta de tempo... Eu queria ter feito!. (Por que as mulheres não valorizam?) Acho que é porque elas pensam que não têm necessidade pelo fato de ter feito o PN... Um acompanhamento todo o mês... Pensam que na hora vão dar conta... que sabem tudo... – Eu vou sentir essa dor e pronto! Por que eu vou às palestras? (Violeta)

Quando questionadas a refletir sobre “por que não frequentaram o curso de gestantes”, **Violeta** demonstrou estar confusa, dando a impressão de que só naquele momento passou a compreender o valor desse serviço prestado à comunidade.

Begônia referiu o trabalho como causa, salientando que as mulheres estão muito independentes, “querendo conquistar carreira e sucesso, priorizando a vida profissional”.

Palma, à qual não foi oferecido o Encontro de Gestantes, acha que essa atividade é importante, pois “as pessoas ficam mais esclarecidas”. Entretanto, demonstrou indecisão, caso fosse participar, pois pareceu considerar o tempo gasto em mais essa atividade como sobrecarga na vida diária da mulher.

Houve relato de onze (11) mulheres que buscaram informações por decisão própria em revistas, livros e até na Internet. Cinco (05) mulheres receberam a Agenda da Gestante da unidade que freqüentaram (documento padrão do Programa).

Deram sim... Agenda de Gestante, dava orientação... quanto à gravidez, como se cuidar, alimentação, tudo sobre a criança,... a formação na barriga da gente, do feto. (Melissa)

Recebi um livrinho que tinha um monte de informações... Orientações (a agenda da gestante). (Procurou outras informações?) Li uma revista... Um livrinho que uma amiga tinha lido... Sobre o bebê, sobre o parto, sobre tudo... Eu achei muito importante, porque aí a gente já sabe... Não é aquela coisa que a gente não sabe nada... A gente lê e sabe. (Flor de Melissa)

Somente duas (02) usuárias negaram ter recebido qualquer tipo de informação: **Flor do Campo e Lírio**. Para **Lírio** a experiência da gravidez aconteceu inesperadamente e não foi incorporada, dificultando a aceitação do acompanhamento pré-natal, sendo que suas poucas consultas aconteceram por insistência da mãe e pela busca ativa do agente de saúde.

Nada de informações. Soube que tinha palestras... encontro de gestantes, mas não fui convidada. Acho que porque o meu marido é bravo. Ele achava que o posto não estava me orientando. (Flor do Campo)

Não... nada disso (Afirma que não perguntava e não exigia esclarecimento) (Lírio)

As orientações recebidas compreendiam orientações sobre mama, alimentação, parto e outras buscadas pelas mulheres.

Sobre amamentação, o peito... pegar sol, fazer massagem, comer bastante verdura, comer verde para minha anemia... bastante fruta, para manear nas massas, pães. Me recomendou para

caminhar. Ela me disse que era para eu me cuidar... para não cair, não me machucar. (quando andava de bicicleta) Recebi orientações sobre o parto no final da gestação. (Melissa)

Para por o seio no sol... sobre comida, comer mais fruta, verdura, não comer muita gordura. (não orientou sobre caminhadas) Sobre parto, eu perguntei e ela me orientou (Flor de Melissa)

Comer as comidas mais saudáveis possíveis. Bastante salada, evitar gordura. E também eu tenho um padrão de alimentação mais saudável. Também me falaram pra pegar uma toalha e esfregar nos seios, para evitar que rachassem. Orientaram sobre o banho-de-sol, mas eu não tomei. As minhas vacinas estavam em dia. (Antitetânica) Tomei as duas. (Usaste ácido fólico?) Sim, desde o começo da gravidez e também no final. (Te orientaram sobre o parto? Não. (Begônia)

Quanto às informações recebidas dos profissionais da assistência, verificou-se ser multidisciplinar, dependendo da estrutura de cada unidade. Alguns serviços contam com equipes maiores que contemplam até psicóloga no grupo. Já noutros, aparece o acadêmico, visto que alguns CS têm convênio com a UFSC e, portanto, há participação dos mesmos na assistência supervisionada.

5.3.2. O Significado de Pré-natal Segundo as Mulheres do Estudo

Segundo o Manual Técnico de Assistência Pré-Natal do Ministério da Saúde (MS), a assistência pré-natal deve ser organizada para atender as reais necessidades da população de gestante mediante a utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos recursos disponíveis mais adequados para cada caso. Essa Normatização deverá ser adaptada as condições locais garantindo, entretanto, a mulher gestante e a sua família, o atendimento integral e os requisitos básicos para a promoção de parto normal, sem complicações, e prevenção das principais intercorrências perinatais. (12)

A análise dos dados referentes à questão que procurava identificar o significado que as mulheres tinham sobre “pré-natal” revelou um considerável saber sobre a atenção que buscam. Possibilitou encontrar quatro grandes categorias com suas sub-categorias.

Pré-natal, para as mulheres deste estudo, significa **Prevenção, Educação em Saúde, Suporte Emocional e Segurança.**

Numa primeira análise, foi possível perceber o pré-natal como um **espaço de educação** e de **suporte emocional** que **previne** situações de desconforto e complicações e que **proporciona segurança**.

O Pré-natal como Prevenção

A mulher considera como prevenção tudo o que permite controlar e cuidar da evolução da gravidez, como: consultas mensais com controle de peso, da pressão arterial, do crescimento da altura uterina; solicitação de exames de laboratório; tomar vacinas; prevenir a transmissão vertical (HIV); vigiar o crescimento do bebê e a saúde da mãe; detectar problemas na evolução da gestação.

É prevenção... se prevenir quanto a qualquer tipo de doença. Tomar as vacinas, que são importantes. (Gérbera)

É uma consulta todo mês... A médica escuta o coração, vê o peso, mede a pressão... Tudo. É importante para o bebê nascer saudável. Eles pedem exames para ver se a gente não tem nenhuma doença... Para não passar para o bebê; é muito bom. (Flor de Melissa)

É bom, porque a gente faz exames e, se tiver alguma coisa evita de passar para a criança. No centro, eles ensinaram que tem que tomar o ácido fólico, porque se não o bebê pode vir com malformação. Coisas boas para a gente saber e se prevenir... Os remédios de anemia, o ácido (ácido fólico)... Os exames; o HIV, sífilis... Para não passar para o bebê. (Flor do Campo)

Pré-natal pra mim é importante, porque a gente descobre se tem o vírus da AIDS, que hoje em dia é bem perigoso tanto pra gente quanto para a criança. É importante também pra gente ter uma base de como o bebê vai nascer, com o ultra-sonografia. Então é bem importante. (Cravo)

O Pré-natal como Educação em Saúde

A gestante, durante seu pré-natal, busca orientação para enriquecer seu autoconhecimento, pois acredita que assim terá uma melhor noção do que é a gravidez, estando mais preparada para viver o período gestacional, o trabalho de parto e a chegada do recém-nascido. Acredita, desta forma aumentar a sua sabedoria.

Seria uma preparação para a gravidez,... Como se fosse um cursinho intensivo para você ter mais conhecimento... Se sentir mais segura, mais preparada para receber o filho... A gravidez, o parto. (Azaléia)

É a preparação para receber o novo ser e os cuidados que você tem que ter na gestação... A preparação da mãe... Do corpo... Da mente, higiene, alimentação... O preparo psicológico. A busca de orientação. (Margarida)

Sei lá... Dentro de mim muda alguma coisa... Tenho que ir ao médico! Ter mais sabedoria dentro de uma gravidez. Esperar ela... A criança com mais sabedoria. (Gérbera)

O Pré-natal como Suporte Emocional

Cada gravidez é uma experiência nova, portanto, há a necessidade da mulher incorporar a maternidade, trabalhar com os sentimentos e poder vivenciar uma gestação mais tranqüila.

Pré-natal é quando está começando a maternidade porque a gente começa a não se preocupar só com a gente, mas com o bebê também. Não tem definição pra isso. (Girassol)

É muito importante para saber como eu estou me sentindo... Controlar tudo o que está acontecendo no meu organismo. (Amor-Perfeito)

É um acompanhamento com a gestante... Para ter uma gravidez mais tranqüila. (Flor de Liz)

O Pré-natal como Segurança

O acompanhamento periódico com o profissional da saúde deve resultar num parto melhor e no nascimento de um bebê saudável.

É o acompanhamento com mais clareza... para saber como está desenvolvendo o corpo... O que é uma gestação, como desenvolve a criança. O acompanhamento todo mês. Tem muita mãe que

não tem noção do que é gravidez... tem que saber como está sendo o desenvolvimento do corpo e da criança dentro de si. (Hibisco)

É o acompanhamento daquilo que a gente pode controlar... Me dava segurança quando eu vinha no médico todo mês. (Orquídea)

Cuidar para o bebê vir com saúde... É muito importante o pré-natal... Você fica mais tranqüila... Sabe como está a criança. (Palma)

É um acompanhamento... Para ver se está tudo bem com a criança e com a gestante... Para ter um parto melhor. (Flor de Liz)

5.3.3 Avaliação das Mulheres sobre o Pré -natal

A análise dos dados retirados dos questionamentos feitos às mulheres sobre seu pré-natal mostrou categorias que representam a avaliação delas sobre o atendimento que receberam. Foi possível agrupar esses dados em duas grandes categorias, a saber: **Pontos Positivos** ou **Facilidades** e **Pontos Negativos** ou **Dificuldades**. Nos relatos, a grande maioria tecia comentários de forma abrangente, em que havia referência a situações destacadas como adequadas e bem acolhidas por elas, justapostas a situações que as incomodavam e não atendiam suas expectativas.

Os **Pontos Positivos** ou **Facilidades** foram relacionados à equipe, à organização do serviço, à assistência médica e à assistência de enfermagem. Quando as referências ao atendimento são positivas há sinais de familiaridade entre a gestante e a equipe de assistência, sendo a atenção uma responsabilidade multiprofissional e interdisciplinar. Mas ainda, o valor atribuído ao recurso tecnológico e a ação do profissional médico é bastante presente nas expectativas das mulheres.

Em relação à equipe e organização do serviço, destacou-se a presença da interdisciplinaridade e do atendimento diferenciado. Quando se faz uma avaliação das informações contidas nas falas das mulheres é possível verificar a possibilidade do início precoce do pré-natal, com fácil ao acesso às consultas de rotina e atendimento imediato e ágil

sempre que houve necessidade de assistência, não ocorrendo dificuldades na realização do acompanhamento pré-natal. Há garantia da presença de acompanhante nas consultas, atenção multidisciplinar com acesso ao dentista e pré-consulta com uma psicóloga ou enfermeira, resultando um atendimento humanizado. O trabalho educativo é bem aceito pelas mulheres.

Há a atuação do agente de saúde como intermediador entre a comunidade e a assistência.

Na assistência médica, há referência à melhoria, com mudança no comportamento do profissional, na relação médico-usuária e no cuidado preventivo. As mulheres usam, ainda, a competência técnica do médico como uma importante dimensão do atendimento para a evolução saudável da gestação.

A atenção do médico é também valorizada pela disponibilidade do profissional em forma de tempo e do respeito pelas suas dúvidas, conflitos, inseguranças e, principalmente, por reconhecê-la co-responsável no processo, reforçando os vínculos de confiança e respeito. É valorizado também o cuidado preventivo através do acompanhamento evolutivo da gestação e da vigilância laboratorial adequada.

A assistência de enfermagem tem atuação destacada, visto que tem feito um trabalho diferenciado no cuidado pré-natal. A enfermeira está mais voltada para o aspecto educativo da assistência, mostrando maior receptividade aos questionamentos da gestante. A organização do curso de gestante e da sala de espera que acontece antes das consultas, com orientação sobre a amamentação, as alterações e cuidados que envolvem a mãe, os cuidados do recém-nascido e sobre a importância do cartão pré-natal, por exemplo, é responsabilidade das enfermeiras.

Em geral foi tranqüilo. Da para perceber uma grande mudança no trabalho dos médicos e da assistência, porque eles trabalham juntos... um procura ajudar o outro... tiram as dúvidas um do outro. (Gérbera)

Eu gostei desse meu pré-natal... o atendimento deles foi ótimo. Eles me trataram bem... Conforme a pessoa merece. (Melissa)

Talvez... Não, não tem muito para falar, porque, na verdade, eles conversam te olhando no olho. Melhorou bastante das minhas outras gestações para essa... O médico é bem melhor... A intimidade é maior... Eles te tocam... Mesmo em usuárias com higiene diferente... O médico toca, observa... E comenta com um certo cuidado... Eu acho que, conforme a palavra que ele vai jogando para o cliente... Ele, o cliente vai adquirindo aquilo como ajuda e vai se ajudar. (Gérbera)

Foi bom, eu fui orientada por certas coisas que eu não sabia, eu tive a oportunidade de perguntar muito. E todas as vezes que eu perguntei, eu obtive resposta. Tive respostas certas, bem claras. (Girassol)

Eu gostava de ir. Tinha curiosidade de ir para saber como estava o bebê e para saber como eu estava também. Quando eu fazia exames, ficava ansiosa para saber o resultado. (Flor de Melissa)

Foi bom. Acho que deu para tirar todas as dúvidas que tinha... Tudo que eu precisei. Com relação a minha saúde e da minha filha, ela conseguiu suprir todas as necessidades. (Violeta)

Com acompanhamento adequado, a gravidez evolui com menores chances de complicações e as necessidades da usuária são preenchidas.

Os **Pontos Negativos** ou **Dificuldades** decorreram da relação com a equipe, com a assistência médica e com a organização do serviço.

Na organização do serviço, foi ressaltado que há precariedade em algumas unidades decorrente da atuação da própria equipe de profissionais, bem como do gerenciamento, levando a dificuldades como: desorganização das rotinas de atendimento, dificuldade no agendamento de consulta e demora na liberação dos exames.

As dificuldades são relacionadas sobretudo ao não acolhimento quando chegavam para a consulta de pré-natal; a falta de atendimento diferenciado à gestante; a limitação ou o não oferecimento de informações adequadas sobre a maternidade ou o local do parto, o uso de ácido fólico na pré-concepção e durante a gestação e a falta de esclarecimento da importância da consulta e do acompanhamento odontológico.

A gestante desconhece muitos eventos envolvendo a gravidez e adequações para viver melhor esse processo e não se sente estimulada a solicitar informações e orientações, como também não recebe material informativo suficiente para esclarecer suas dúvidas.

As consultas são mensais até o final da gestação, dificultando, por falta de tempo, mostrar para o médico o resultado dos últimos exames.

A única coisa diferente do outro pré-natal que eu fiz em Recife foi a demora dos exames... Demorou bastante para sair o resultado. A marcação é lá pelo postinho... A gente deixa o nome... Normalmente demora um mês para sair o resultado... Eu perdi a data, e ela não teve tempo para me comunicar... Quando fui, já tinha passado e tive que esperar para marcar novamente. (Palma)

Deveriam ter mais cuidado com a gestante. Não priorizaram a gestante. Deveriam ter mais horários de grupo de gestantes. (Begônia)

Houve dificuldade de agendamento de consulta, pois o médico informou da necessidade de consultas quinzenais no final da gestação, porém, não havia disponibilidade de horário. (Margarida)

Acho que nos postos faltam orientações. (Flor do Campo)

Houve falhas no serviço. (Lírio)

Da assistência médica ficaram claras as dificuldades na relação médico/usuária explicitadas em questões referentes à valorização dos exames em detrimento da avaliação da evolução da gestação em si e à competência e condução da consulta. Na relação usuária/profissional as mulheres buscam não só encaminhamentos clínicos, esperam ser ouvidas e consideradas em seus sentimentos e expectativas. Buscam eficácia do serviço, mas, especialmente, uma relação interpessoal e intersubjetiva que permita troca de saberes e vivências.

Há referência à falta de privacidade durante a consulta. Destaca-se a preferência pela consulta tradicional, só com o médico.

Eu acho que o médico tinha que ser mais competente, por ele ser um médico, tinha que me lembrar das coisas que tinham de serem feitas. A última consulta o peso não era aquilo ali, porque não tinha balança, daí ele colocou um quilo a mais. A pressão ele deduziu. (Camélia)

De início foi mais ou menos, eu queria saber mais coisas, mais a fundo; mas ele não dizia. Eu perguntava, mas parecia que ele não queria dizer o que eu queria saber. Ele respondia: está tudo bem, o peso... não está engordando muito. Só isso. Por mais que perguntasse, ele só dizia isso. Eu via que ele não achava necessário, porque só ficava escrevendo e não me olhava no rosto. A consulta deixou a desejar. (Begônia)

(...) Há falta de privacidade... Durante as duas últimas consultas havia uma técnica de enfermagem presente para ajudar o médico em assuntos burocráticos. (Margarida)

Era mais só para os exames... Respondiam as perguntas. Fica nervosa... pelo toque... ficava com vergonha. (Informa que nunca teve contato com a unidade (posto de saúde) antes da gravidez) (Lírio)

5.3.4 Sugestões das Mulheres para Melhorar o Pré -natal

As sugestões das mulheres deste estudo para melhorar o pré-natal foram agrupadas em categorias referentes à **Organização do Serviço e Estrutura de Atendimento, Relação Médico-Usuária e Conteúdo e Forma das Informações Prestadas nesse Processo.**

No que diz respeito à **organização do serviço e estrutura de funcionamento**, esperam prioridade no agendamento da mulher grávida; direito à privacidade; maior número de consultas no final da gestação; realização de preventivo (Colpocitologia Oncótica) de rotina durante a gravidez; acesso ao grupo de gestante (mais horários disponíveis); agilização dos exames e acesso à ultra-sonografia.

Direito à privacidade. (Margarida)

Agilizar os exames. Sugerir mais perguntas, porque tem mulheres tímidas. (Palma)

Era bom que eles colocassem duas consultas por mês, no final... Perto dos nove meses, um controle mais seguido perto de ganhar. (Melissa)

Orientar essas coisas para a gente... a mãe; que tem que fazer o preventivo, orientar as vacinas, orientar que tem que tomar o ácido fólico, orientar para que nós mesmas tenhamos consciência, e prevenir. (Flor do Campo)

Quanto à **relação médico-usuária**, o profissional médico deve ter mais atenção com a gestante, respeitando suas necessidades e expectativas; oferecer mais informações e orientações e prestar assistência supervisionada junto ao acadêmico durante a consulta.

O profissional... o médico do posto deve ter mais atenção com as gestantes, com as mães... Porque nessa hora a mãe quer ter informações. Por mais informações que você tenha, você quer mais... repetir não faz mal. Você espera desse profissional algo mais, tem que melhorar!. (Hibisco)

(...). Tinha que ter mais a presença do médico (atendimento feito pelo acadêmico). (Girassol)

Tinha que ter mais informação por parte do médico. (Camélia)

No que concerne ao **conteúdo e forma das informações prestadas no processo do pré-natal** julgam importante orientação quanto a agendamento de consultas, exames, encaminhamentos (referência) e vacinas; esclarecimentos sobre o parto e a maternidade de referência (direcionamento do local do parto); informações sobre: uso de ácido fólico na pré-concepção e sobre amamentação; o uso de material informativo: vídeos, folder, etc; e a conscientização sobre a importância do parto normal e do curso de gestantes.

Orientar essas coisas para a gente... mãe; que tem que fazer o preventivo, orientar as vacinas, orientar que tem que tomar o ácido fólico, orientar para que nós mesmas tenhamos consciência, e prevenir. (Flor do Campo)

Mais informações... como o uso do ácido, para o bebê, pois eu nem sabia que teria de tomar... mais informações, vídeos. Acredito que seria mais fácil, pois já estaria preparada, ficaria menos tensa, mais calma. (Azaléia)

Orientação sobre agendamento, encaminhamentos; esclarecimentos sobre o parto, sobre o local onde vai ganhar o bebê (demonstra-se incomodada), direcionamento do local onde ter o parto. É prioritário o agendamento da mulher gestante. (Margarida)

Orientar mais... acompanhar... dar folhetos... explicar como é... aí melhora! (Acredita que se conhecesse mais sobre o assunto, sobre a maternidade onde ia ganhar o bebê, seria melhor). (Lírio)

Identificada a atenção prestada às gestantes nos serviços de saúde, através da análise de condutas e procedimentos praticados e as percepções das mesmas acerca dos cuidados recebidos (objetivos específicos), busca-se agora analisá-la utilizando o Referencial

(Normatização) e o próprio material encontrado (percepção das mulheres), discutindo-os com a literatura.

6 A QUALIDADE DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL: entre a Normatização e as Necessidades das Mulheres

"A boa qualidade de atenção é a que proporciona o máximo de bem-estar à pessoa usuária, do ponto de vista de suas necessidades, dos seus direitos humanos, de suas expectativas e do seu empowerment". (Matamala & Osório, 1996, Apud Galvão(24))

Hoje, a Assistência Pré-natal faz parte do "senso comum", já que quase 90% das mulheres fazem pré-natal com profissionais da saúde e com uma média acima de quatro consultas por mulher, o que justificaria ter melhores indicadores de saúde perinatal, não sendo, porém, a nossa realidade. Prontuários sem anotações, cartões de acompanhamento não preenchidos e tantos outros dados demonstram faltas que comprometem o atendimento oferecido à mulher grávida.(33)

Quando se resgata a realidade encontrada nos serviços de saúde de Florianópolis e faz-se uma avaliação das informações contidas nas falas das mulheres é possível verificar, na maioria das Unidades, a realização do acompanhamento pré-natal sem dificuldades, com fácil acesso às consultas de rotina e possibilidade do início precoce da assistência. Há garantia da presença de acompanhante nas consultas. Há a atuação do agente de saúde como intermediador entre a comunidade e a assistência. Na assistência médica, há referência à melhoria, com mudança no comportamento do profissional, seja pela disponibilidade do profissional em forma de tempo, seja o respeito pelas dúvidas, conflitos e inseguranças da mulher. A enfermagem tem feito um trabalho diferenciado no cuidado pré-natal, estando mais voltada para o aspecto educativo da assistência através do acolhimento na primeira consulta, da organização do curso de gestante e da sala de espera, oferecendo orientação sobre a amamentação, as alterações que envolvem a mãe e os cuidados do recém-nascido.

Embora a descrição anterior apresente práticas de assistência diferenciada à gestante, ao analisá-la à luz do Programa de Assistência Pré-natal do Município, os temas que mais se destacam dão, ainda, uma representação de limitação na qualidade do atendimento prestado, pois a atenção às mulheres estudadas não cumpriu com a totalidade das ações de saúde preconizadas, em especial aquelas que garantiriam a consulta médica com exame clínico e ginecológico que promovessem constante vigilância clínica; a realização da rotina

laboratorial básica; o acesso ao USG no período determinado, apoio nas intercorrências da gestação e atenção interdisciplinar e humanizada.

Trevisan e colaboradores realizaram um estudo de corte transversal (quantitativo) de 702 gestações em que o parto ocorreu no Hospital Municipal de Caxias do Sul no período de 2000 a 2001, usando os critérios do Programa Nacional de Humanização do Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde (PHPN). Os achados encontrados descrevem que 95,4% das usuárias tiveram assistência pré-natal, a idade média das usuárias foi de 24,7 anos, 45,5% eram primigestas, sendo que a maioria confirmou ter companheiro fixo. O número médio de consultas de pré-natal foi de 6,2. Apenas 44,3% das usuárias realizaram todos os exames preconizados pelo Programa. Cerca de 74% das usuárias receberam orientações sobre aleitamento materno ou tiveram suas mamas examinadas durante o acompanhamento. A Colpocitologia Oncótica foi coletada de 51% das usuárias entrevistadas. A maioria submeteu-se ao exame ultrassonográfico durante a gestação. Apesar da importância destacada pelo PHPN da realização de atividades educativas, metade (57%) negou ter recebido informações. Entre as dificuldades encontradas no pré-natal, citaram a dificuldade de agendamento da consulta e não terem sido examinadas pelo médico pré-natalista.(29)

O estudo aqui realizado não buscou quantificar os dados, mas é possível identificar semelhanças importantes das características da população estudada e da assistência recebida com o estudo de Trevisan (29), mostrando que, apesar da pesquisa qualitativa pretender estudar grupos ou comunidades, seus achados, indiretamente, podem ser generalizados quando se fala de populações semelhantes.

No Brasil, nos serviços de saúde, o acesso à consulta nem sempre é fácil. A consulta normalmente é de curta duração, pobre de conteúdo (informação, esclarecimentos), não assistindo a mulher de forma integral. Os serviços de saúde são organizados com dias e horários determinados pelo serviço, o que dificulta a mulher trabalhadora, hoje uma grande fração da população, receber a assistência necessária.(24)

Em um estudo feito em Ribeirão Preto, Oba e Tavares (42) encontraram um atendimento médico como prática hegemônica, onde as consultas são praticadas considerando somente as queixas; e as condutas compreendem a realização de exame físico e tocoginecológico e a solitação de exames complementares, não havendo disponibilidade para questionamento destas mulheres, sendo o atendimento mais ritualístico do que preventivo ou resolutivo.

O determinado pela **Normatização** referente à consulta médica pré-natal entende a realização de: anamnese completa, exame físico e pélvico completo, solicitação dos exames de rotina, orientações sobre a importância da amamentação, hábitos de vida e higiênico-dietéticos, entre outras solicitadas pela usuária. Também está indicado suplemento com ácido fólico. Infelizmente, a realidade encontrada na pesquisa é bem diferente do preconizado, pois a grande maioria das mulheres não usufruiu dessa atenção. É interessante questionar se o não cumprimento da rotina seria decorrente do desconhecimento da mesma pelos profissionais ou por uma questão de tempo gasto na consulta. Sabe-se que a realização do exame especular e de mama, bem como o fornecimento de orientações são procedimentos médicos que dependem diretamente da disponibilidade do profissional e exige tempo de consulta. São indicadores de qualidade da assistência e devem ser utilizados na avaliação da qualidade da atenção pré-natal.(28)

Percebe-se como as mulheres não aceitam a prática freqüente da pressa no atendimento, do distanciamento, da valorização dos recursos tecnológicos e da medicalização de suas queixas. O valor dos recursos que requerem tecnologia, exames e procedimentos complexos, está bem determinado e merece destaque na proteção da saúde materna e do neonato. O que vale discutir é a predominância de tais medidas em detrimento do cuidado diferenciado dado pela consulta clínica adequada em tempo e dedicação, do acolhimento e do acesso as mais variadas formas de orientações. A usuária busca um atendimento que inclua competência técnica e relação de respeito a sua autonomia. (43)

Conforme o **Referencial**, no “acolhimento”⁶, a enfermeira deve acolher a gestante, explicar a rotina pré-natal, proceder à avaliação nutricional (rotina do SISVAN), preencher a Ficha Perinatal, o Formulário do SISVAN e o Cartão de gestante, entregando-o à mulher para controle da evolução da gestação. Deve também providenciar programação de todo o acompanhamento pré-natal (agendamento dos retornos) e agilização dos exames laboratoriais. Tal prática não foi encontrada em mais da metade das Unidades.

A avaliação do estado nutricional da gestante realizada no primeiro contado na unidade (acolhimento) é fundamental para a saúde do binômio, pois permite identificar as

⁶ **Acolhimento** - o primeiro contado com a mulher grávida, procurando identificar fatores de risco gestacional, detectar percepções e expectativas relacionadas a gestação e outros aspectos de interesse das gestantes, providenciar agendamento para retorno e encaminhar para o médico.6.Moura MAV. A Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher-Gestante: possibilidades e limites [Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery; 1997.

mulheres com risco de complicações na gestação, como a ocorrência de restrição do crescimento intra-uterino, e também buscar garantir e promover a adequação do aleitamento materno através da ingestão de uma dieta saudável.(28)

Moura encontrou no seu estudo que o setor de enfermagem não atendia ao que preceitua o Ministério da Saúde, visto que não realizava as consultas de enfermagem às gestantes de baixo risco durante os acompanhamentos pré-natais, justificados pelo número insuficiente de enfermeiros. Como ação decorrente da pesquisa, foi desenvolvida mudança permitindo a inclusão da consulta de enfermagem. A enfermeira passou a ter o primeiro contato com a mulher grávida, procurando identificar fatores de risco gestacional, detectar percepções e expectativas relacionadas à gestação e outros aspectos de interesse das gestantes, providenciava o agendamento para retorno e encaminhava para o controle médico. O propósito era transmitir maior tranquilidade, segurança e preparar adequadamente a gestante para o parto e o puerpério.(6)

Nagahama, em levantamento bibliográfico, encontrou que as práticas educacionais e promocionais sobre amamentação durante o pré-natal variou entre 31% e 80%, demonstrando que, apesar das recomendações das instituições nacionais (Ministério da Saúde) e internacionais (OMS), não é uma prática efetivamente realizada nos serviços de saúde do país. Quando são abordadas as orientações sobre aleitamento, 80% é a enfermagem quem as faz e apenas 18% o profissional médico. No seu estudo, Nagahama observou que a grande maioria das gestantes (91,7%) recebeu informações da equipe de enfermagem.(28)

A realidade encontrada neste estudo por meio das entrevistas não é muito diferente da descrita por Nagahama(28), já que, nas unidades onde existem equipes integradas, o padrão das informações, tanto em quantidade quanto em qualidade, é bem diferenciado e decorrente principalmente da ação efetiva da enfermagem, seja através do acolhimento, consulta de enfermagem, sala de espera ou do grupo de gestantes.

Segundo a **Normatização**, toda a gestante em acompanhamento pré-natal terá uma consulta odontológica e uma com o pediatra, ou acesso a orientações específicas sobre o recém-nascido(RN). A pouca adesão da mulher à consulta odontológica disponível em alguns serviços do estudo pode ter decorrido do saber popular de não tratar os dentes durante a gestação e da falta de entendimento da importância do cuidado com os dentes e a repercussão destes na saúde do corpo.O número reduzido de dentista na rede pública também dificultou a procura e a assistência odontológica durante a gravidez. Em relação à consulta pediátrica, não

existiu como prática nos serviços visitados e foi referida como desconhecida pelas mulheres entrevistadas.

Silveira destaca, em um estudo avaliando a atenção à gestante na rede básica, que o escore precário com relação ao número de dentistas leva a possíveis limitações à assistência odontológica de todas as mulheres grávidas.(44)

Nos depoimentos das mulheres, ficou evidente que na maioria das Unidades não existem dificuldades no agendamento dos exames, mostrando a viabilidade oferecida pelo Programa. É então difícil entender por que não é cumprida a rotina laboratorial pré-estabelecida, uma vez que nas visitas às Unidades (CS), durante a fase exploratória, somente o CS IV referiu existir um número pré-estabelecido (cotas mensais) de exames. Os exames são marcados pela própria unidade.

O controle da gestação mediante a realização da ultra-sonografia (USG) para confirmar a idade gestacional e rastrear alterações fetais, de acordo com **Referencial**, deve ser realizado até 20 semanas de gestação. Na visita aos Centros de Saúde, somente o CS II assinalou ter dificuldades no agendamento da ultra-sonografia (USG). As outras quatro unidades confirmaram existir um convênio da Prefeitura com uma clínica privada, sem dificuldades em manter a programação do USG entre 18 e 20 semanas. Os dados encontrados, no entanto, demonstram que mais da metade das gestantes não realizaram esse exame no período preconizado. É óbvio que a manutenção da rotina está vinculada ao ingresso precoce da gestante ao Programa de Pré-natal. Sua inclusão tardia dificultará o agendamento para o período previsto.

Hoje, está se buscando resgatar uma assistência à usuária não só curativa, mas preventiva, integradora, participativa, na qual ela, a mulher, e sua família, dentro do possível, compartilhem desse processo do pré-natal. A importância da presença de um acompanhante ou mesmo da própria família é reconhecida. Nos serviços estudados, na fase exploratória ou através das entrevistas, a presença do acompanhante é recomendada.

O pré-natal é um meio de controle da evolução do processo gestacional, uma fonte de busca de informações, esclarecimentos de dúvidas, confirmação ou retificação de conhecimentos já praticados. Esse conteúdo pode chegar à grávida através do fornecimento de material informativo, trabalhos de grupo – grupo de gestantes, sala de espera; ou diretamente do profissional que presta a assistência, seja o médico, a enfermeira ou equipe multiprofissional. No estudo, apesar de a maioria das gestantes terem acesso a trabalho de

grupo, mais da metade delas não quis participar. Já o material informativo padronizado pelo Programa, a Agenda da Gestante que contém informações diversas sobre a gestação e os cuidados com o recém-nascido, não estava disponível em grande parte das Unidades.

Nagahama(28), em avaliação de sua pesquisa, focalizou o trabalho em equipe multiprofissional como ponto de destaque na melhoria da qualidade e resolutividade da assistência à gestante. Foi possível tirar algumas recomendações, das quais pode-se salientar: - incorporar às atividades mensais em grupos de gestantes; - otimizar a presença e participação da assistente social, psicóloga e nutricionista nas atividades do grupo de gestantes e nas reuniões de sala de espera; - incluir no programa a assistência odontológica sistemática à gestante e à criança no primeiro ano de vida; - enfatizar a importância da consulta de revisão puerperal e o acompanhamento no ambulatório de planejamento familiar, ainda nas consultas do pré-natal.

A participação de equipe multiprofissional no atendimento à gestante confere qualidade, resolutividade e potencial para humanizar os serviços de saúde por atender às necessidades individuais de cada gestante. Infelizmente, na maioria dos serviços não existem equipes de trabalho multiprofissional, mas profissionais de diversas áreas de conhecimento, trabalhando num mesmo local e realizando ações isoladas ou justapostas.(28)

Silveira e colaboradores, em um estudo avaliando a estrutura e o processo da atenção pré-natal na rede básica, identificaram problemas relacionados ao serviço de saúde em que as equipes podem não estar preparada para implantar ações do programa vigente, para trabalhar com prioridades, para fazer busca ativa das usuárias faltosas e/ou para interagir como equipe interdisciplinar. Também encontrou dificuldades relacionadas com a usuária, como falta de conscientização sobre a importância do início precoce no pré-natal e desconhecimento do valor do acompanhamento periódico (comparecimento às consultas) da gestação.(44)

Buscando a avaliação das mulheres entrevistadas sobre seu pré-natal, foi possível identificar relatos de mudanças, como melhorias vivenciadas por multíparas (mulheres com mais de um parto e que já viveram experiências anteriores) e satisfação com o atendimento referido por outras; porém, houve também algumas dificuldades encontradas por essa população.

A rapidez da consulta, com duração média de dez minutos, é insuficiente para esclarecer dúvidas e inquietações, ou obter informações complementares. A gestante vive uma situação peculiar, apresenta necessidades físicas, intercorrências, dúvidas e preocupações

personais, ficando inconveniente estabelecer tempo rígido de duração da consulta. As expectativas das mulheres são no sentido de aprendizagem sobre a sua gestação, o cuidado com o filho e o controle de sua saúde.(6)

No estudo realizado com gestantes, Moura (6) observou que algumas gestantes, apesar de já terem vivido a experiência da maternidade, tinham consciência da carência de conhecimentos sobre os cuidados necessários ao recém-nascido. A expectativa maior da grávida durante o pré-natal era conhecer o estado de saúde do bebê, e que, além dos exames de rotina e aferição das condições de natureza físico-fisiológica da gravidez e da saúde da mulher, existem outras informações e orientações que a gestante necessita receber para esclarecer suas preocupações.

Moura (6), também discute o cuidado integrado e multidisciplinar, a adequada distribuição das atribuições e responsabilidades de cada setor e de cada grupo de profissionais, pois pensar e definir ações separadamente costuma gerar superposição, fragmentação, conflitos e às vezes disputas. O desconhecimento das rotinas provoca falta de integração, ambigüidade e informações incongruentes na prestação da assistência, o que resulta em deficiências nas atividades educativas para gestantes, familiares e comunidade.

Observando o relato das entrevistadas deste estudo no que refere às **dificuldades** encontradas e buscando o conhecimento da realidade existente nas Unidades visitadas na fase exploratória da pesquisa, é possível concordar com alguns dos achados de Moura(6). Assim como a rapidez da consulta, insuficiente para esclarecer as dúvidas e inquietações da gestante ou obter informações complementares, há também o desconhecimento das rotinas pelos profissionais que promovem a assistência, gerando falta de integração e informações discordantes na condução da atenção; deficiências na programação de atividades educativas para gestantes, familiares e comunidade; e a falta de integração de trabalho entre as equipes e fragilidade de autonomia no desempenho de algumas funções.

A falta de acolhimento nas unidades e o não atendimento ambulatorial no final da gestação, época em que há maior riscos de intercorrências obstétricas, caracterizariam a desumanização dos serviços. Agrava essa situação a falta de referência e o vínculo entre a assistência ambulatorial e o local do parto, deixando a mulher desorientada e insegura no momento em que está fragilizada pelas dores do parto.(45)

Nesta pesquisa, constatou-se grandes **dificuldades** no tocante ao encaminhamento das gestantes (referência) para unidades de maior complexidade e seu reencaminhamento após

avaliação e conduta (contra-referência) para continuidade do pré-natal na unidade de saúde de origem, assim como a falta de maternidade de referência já pré-determinada durante o pré-natal e garantida para atendimento ao parto.

Os programas de saúde normalmente não priorizam as reais necessidades da população usuária por não as conhecerem, pois não são ouvidas as mulheres e, portanto, conhecidas suas reais necessidades. As mulheres são tratadas como "passivas" (que recebem informações e indicações do que é bom para elas) e não como protagonistas, capazes de tomar decisões, articulando prioridades e assumindo responsabilidades.(24)

Sendo mulher e vivendo numa sociedade androcêntrica e patriarcal e dependendo da rede de assistência que a trata como "paciente", a grávida se vê duplamente atingida por contradições de classe social e de gênero.(43)

No depoimento de Flor do Campo, é possível identificar a interferência do companheiro no seu pré-natal. Interferiu na decisão do local da realização do pré-natal, resultando num confuso acompanhamento, dividido entre o CS do seu bairro e uma Unidade do Centro. Ele marcava as consultas no Centro onde a usuária não desejava frequentar. A falta de entendimento do casal, em que prevaleceu uma questão de gênero, acabou resultando numa atenção fragmentada e inadequada.

Apesar dos limites que lhe são impostos, social e culturalmente, a mulher tem que ter consciência do seu conhecimento e de que é o principal sujeito do processo. A mulher precisa acreditar mais no que sente e intui, precisa valorizar suas ações e gestos.(43)

A participação da mulher no processo de diagnóstico, intervenção e avaliação dos serviços é um processo fundamental para garantir programas e serviços de assistência que realmente beneficiem a população assistida. A limitação na participação relaciona-se com a própria história dos serviços de saúde, com a história das mulheres, com os modelos médicos, com a formação de profissionais e com o próprio processo político, que mantém um sistema desigual. Tudo isso reforça a desigualdade de poder que existe entre o médico ou o profissional de saúde e a usuária, na qual o médico tem o poder do saber; e o não saber, a dependência e passividade estão na mulher, que aceita as decisões sem, na grande maioria das vezes, participar.(24)

Segundo Luz (25), a grande maioria dos serviços de saúde, organizados com ênfase no atendimento à mulher no ciclo grávido-puerperal, são ainda, infelizmente, insatisfatórios.

Em um estudo realizado por Liberata C. Coimbra e colaboradores (30) sobre fatores associados à inadequação do uso de assistência pré-natal, verifica-se que há grande diferença na cobertura pré-natal em regiões geográficas distintas, o que foi possível observar neste estudo, que, apesar de abranger um só município, apresentou diferenças importantes quando se buscava a Unidade que prestava o atendimento, tanto durante a fase exploratória como nas entrevistas. Ratifica a necessidade do pré-natal ter início precoce, ter cobertura universal, ser realizado de forma periódica, estar integrado com as demais ações preventivas e curativas, e deve ser observado um número mínimo de consultas, justificando a maioria das necessidades expostas acima pelos sujeitos do estudo.

Para oferecer uma assistência adequada a uma população, é necessário fazer uma observação cuidadosa das características e dos recursos naturais que dispõe, para que estes possam fazer parte do modelo a ser criado. Há também a necessidade de ampliar a consciência da população em relação aos seus próprios recursos e maneiras de cuidar da saúde, em que prevenir passa a ser facilitar recursos para o desenvolvimento de ações de autocuidado. Para desenvolver esse trabalho, os profissionais de saúde precisam desenvolver uma visão holística⁷ da realidade e o material educacional para a saúde precisa estar baseado nas necessidades reais da população e não vindo a partir de programas feitos por técnicos que não reconhecem a sabedoria popular e a necessidade de aprender uns com os outros, mas sim as prioridades ditadas pelo Sistema Nacional de Saúde. Respeitar os outros, escutar e estar disposto a aprender é estimular o intercâmbio, as pessoas dizem o que sabem e encontram soluções entre todos.(4)

Grandes discussões, questionamentos e reflexões têm acontecido nas últimas décadas a respeito da institucionalização e medicalização do processo do nascimento, da fragmentação da mulher e da expropriação do direito de protagonista na gestação, no parto e no puerpério. A saúde tornou-se massificada, seguindo rotinas, favorecendo a técnica em detrimento do indivíduo. O resultado foi o despertar de um movimento de humanização que iniciou a partir do processo de nascimento.(46)

⁷ O termo "holístico", do grego "holos" = totalidade, refere-se a uma compreensão da realidade em função de totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas a unidades menores (CAPRA, 2003).

O conceito de **humanização** das Ações de Saúde, incluindo a área da obstetrícia, pode estar associado à idéia de qualidade, de direito ou ainda de cidadania. Pode equivaler só a forma de acolhimento ou então à organização dos recursos físicos.(2)

A proposta de humanização nasceu de uma necessidade de mudança na organização do sistema de saúde praticado, que como tudo, a partir da Revolução Industrial, passou a ser organizado como uma linha de produção: produção em larga escala, a chamada mecanização. Assim, estava a assistência à saúde cheia de normas, protocolos, rotinas e um extremo cuidado para que não houvesse envolvimento pessoal e emocional. Como admitir tal condição numa área onde se cuida de seres humanos, onde cada indivíduo é único? Desde meados de 1970 se organiza, no Brasil, um forte movimento contra-hegemônico, não apenas para criticar as relações entre o capitalismo e a saúde, mas, sobretudo, com a tarefa de transformar a assistência à saúde.(2)

Promover atendimento humanizado requer a formação e educação permanente dos profissionais da saúde dentro dos princípios da humanização e a atenção às situações de sofrimento e estresse vividos no ambiente de trabalho em que se presta a assistência à saúde. A mudança acontecerá se ocorrer uma alteração nas relações interpessoais, principalmente entre os trabalhadores da saúde e a população usuária do sistema. O profissional de saúde deve ser um facilitador, fornecendo instrumentos para subsidiar a escolha da usuária, estando disponível para ouvir e orientar, não fazendo imposições. Ele deve promover o "empowerment" ou empoderamento do usuário. Diante dessa postura oferecida pelo profissional, cada indivíduo poderá fazer a sua própria escolha e decidir quanto à melhor alternativa para si, entre as práticas distintas de saúde oferecidas, levando em conta os aspectos que interferem e determinam a sua condição de vida e de saúde.(2)

A **qualidade** da assistência à saúde está diretamente relacionada com os provedores e com a comunidade. Mudanças para melhorar essa atenção necessitam de contínua educação da população, motivação e treinamento dos provedores. É importante que ambos conheçam seus direitos, conceitos de prevenção e promoção da saúde; tenham consciência da importância do cuidado do outro e da participação no processo de tomada de decisões individuais e coletivas. É claro que outros fatores também interferem na qualidade da atenção à saúde, como: competência técnica; mudança do ensino nas faculdades; treinamentos; reestruturação administrativa e aumento do número de serviços disponíveis, facilitando o acesso.(24)

A atenção **humanizada**, junto com os demais atributos que garantem a **qualidade da assistência**, têm impacto epidemiológico, pois são acompanhados de redução da morbidade e mortalidade materna e perinatal.

O problema da qualidade da assistência pré-natal é ainda mundial. A partir da avaliação das mulheres deste estudo, pode-se dizer que é difícil padronizar o atendimento, e que o número de consulta realmente não demonstra qualidade. É interessante questionar se deve o pré-natal ser padronizado de forma “global” ou se, através de estudos locais, buscar atender às necessidades da sua população.

7 REFLEXÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Resgatando os pressupostos que fundamentam este estudo e trabalhando com o conhecimento adquirido no transcorrer da pesquisa, é possível desenvolver outras reflexões acompanhadas de recomendações que possam subsidiar estudos, e quem sabe, abrir caminhos para novas possibilidades de ações que levem à melhoria da atenção e da saúde materno-fetal.

A mulher gestante precisa ter acesso a uma instituição que a acolha e disponibilize os cuidados que ela busca, e também conte com uma equipe que possa prestar-lhe a assistência.

Considerando a assistência oferecida à mulher, é importante destacar três componentes determinantes: o sistema de saúde de um modo igual (sistema/gestores); as pessoas que proporcionam a atenção (provedores ou profissionais da assistência) nos diferentes níveis; e a população que consulta e a que é assistida (usuários).

É importante uma discussão periódica entre gestores, profissionais que prestam a assistência e a comunidade. A integração se faz necessária, cabendo aos gestores estudos contínuos das possibilidades de gerar acesso fácil da população ao sistema de atendimento, diminuindo as dificuldades de agendamento de consultas e priorizando e fazendo a captação precoce das gestantes. Há necessidade de disponibilizar os exames básicos de rastreamento pré-natal e manter uma equipe mínima, capacitada para realizar um trabalho interdisciplinar (multiprofissional).

É preciso que haja educação continuada, com programas de atualização como processo de aperfeiçoamento permanente dos profissionais que prestam os cuidados às gestantes e de revitalização da assistência. O compromisso com a qualidade da assistência exige ação e participação da alta direção do órgão gerenciador de saúde no intuito de implantar mudanças até mesmo no comportamento dos profissionais que prestam os serviços e exercem influência direta na satisfação do cliente/usuária, bem como detêm uma gama de informações da maior relevância para a definição de políticas, planos, programas e ações de rotinas. Administrar com qualidade requer tempo, persistência, paciência, vontade e compromisso de todos, bem como recursos adequados.(6)

Os profissionais de saúde que compõem a equipe de assistência devem receber orientações freqüentes dos programas vigentes no país e especificamente no município em que atuam, através de recrutamento periódico, permitindo reciclagem e readequação

permanente às rotinas do sistema. Também, como sugere Moura(6), “a solução seria a realização de um fluxograma para orientar o atendimento e possibilitar aos profissionais uma visão do setor e sua importância no contexto do atendimento”.

O resgate da individualidade da mulher também deve ser buscado em qualquer época do ciclo gestacional, período de transformação e crescimento da mãe; em que o equilíbrio dinâmico entre conceitos, lendas e crenças culturalmente trazidos e os conhecimentos técnico-científicos são fundamentais na humanização e acolhimento do binômio mãe-filho. O profissional médico deve representar o canal que acolhe angústias e ansiedade e que oferece explicações e orientações.(47)

A assistência à mulher deve ser entendida como um conjunto de ações praticadas pelos profissionais de saúde que visam orientar e preparar para viver o período grávido-puerperal, preservando sua integridade enquanto contempla as dimensões bio-psico-sócio-espirituais. Esses profissionais têm a função de educadores, por meio de orientação e ação educativa para o autocuidado, buscando a prevenção e preservação da saúde, considerando as reais condições de vida de cada mulher. Esse trabalho assistencial realizado por equipe multiprofissional está sob a coordenação de uma direção que garante a infra-estrutura e as condições de trabalho, como também a organização interna em termos de rotinas, de intercomunicações e tudo o que vai determinar a qualidade da atenção oferecida. A ação da equipe precisa ser estruturada a partir de três momentos: antes, durante e após o parto; contribuindo, assim, além da melhoria da qualidade, nos resultados perinatais, reduzindo o número de óbitos maternos e infantis.(6)

A população assistida, a gestante, deve ser despertada e educada a tomar conhecimento dos seus direitos de cidadania, à percepção da “**qualidade**” da assistência oferecida pelo serviço e pelos profissionais de saúde e ao acesso garantido ao acompanhamento pré-natal. Deve também ser conscientizada e alertada da responsabilidade que ela, a mãe, tem no resultado da gestação através do autocuidado e diante do novo ser que carrega, nutre e que colocará como cidadão na sociedade. Deve ser repassado ao pai (ou companheiro) o compromisso na guarda do bem estar materno e da manutenção da gestação saudável e, portanto, a responsabilidade compartilhada com a mãe e familiar.

Se se considerar como definição de qualidade os aspectos técnico-científicos, a relação profissional-usuária e a satisfação desta pela assistência recebida, é possível, de forma superficial, avaliar a qualidade de um serviço de atenção à saúde da mulher sob a perspectiva

da usuária, pois sendo ela a "matéria prima" desses serviços, a sua satisfação deveria ser o objetivo buscado.(43)

A assistência pré-natal oferecida nas Unidades de Saúde de Florianópolis analisada qualitativamente permitiu conhecer a situação da assistência oferecida às gestantes de Florianópolis e ter uma noção da percepção da mulher assistida, bem como sua expectativa em relação à atenção buscada nas unidades, mas, principalmente, possibilitou identificar pontos deficientes que podem ser trabalhados por gestores, profissionais de saúde comprometidos com a assistência e pela própria mulher usuária do serviço.

O Programa preconizado atende às prerrogativas determinadas pelo Ministério da Saúde e da maioria dos padrões internacionais. É possível perceber uma falta de gerenciamento das chefias e diretorias em vários níveis, resultando na não integração dos setores, desconhecimento das rotinas e falta de comunicação entre os diferentes níveis de atenção (referência e contra-referência). Não há educação continuada (reciclagem) dos profissionais que atuam na assistência, favorecendo condutas diferentes da preconizada e mesmo desatualizadas. Não há trabalhos de motivação que resgatem e estimulem o profissional.

A mulher sabe que necessita de controle da sua saúde durante a gravidez, mas desconhece, a grande maioria, o real valor desse cuidado, não assumindo assim a corresponsabilidade no resultado do processo. Portanto, há a necessidade de capacitar a mulher no que diz respeito à gravidez, ao trabalho de parto e ao parto, permitindo a integração dela e da família ao processo da gestação e do nascimento, garantindo a **humanização** da atenção.

A análise da assistência pré-natal no município de Florianópolis é uma contribuição para que cada um dos profissionais envolvidos, gestores públicos e conselhos municipais de saúde possam compreender a situação desta assistência para planejar e implementar ações que garantam o melhor atendimento possível às mulheres.

Os dados e avaliações trazidos à tona nesta pesquisa devem ser entendidos como apenas a etapa inicial, mas representam um passo importante na conquista de um atendimento mais digno e mais cidadão nos centros de saúde deste município. Se se unir esforços para alcançar esse padrão de atendimento, vai-se estar contribuindo para assegurar a cada mulher florianopolitana seu direito à atenção pde qualidade e, deste modo, assegurar a cada criança o direito ao melhor começo de vida possível, com saúde, segurança e carinho.

A partir do conteúdo apreendido no estudo, seja da “vivência” com as mulheres ou da busca na literatura, pôde-se retirar algumas recomendações, a saber:

- A mulher deve ser vista como um ser único, complexo, com sentimentos e autonomia.
- Os profissionais da saúde devem informar, discutir e dividir com a mulher as decisões e responsabilidades sobre toda conduta e procedimento que se fizer necessário.
- Os profissionais de saúde devem equilibrar o uso da tecnologia e assimilarem as práticas que levem à humanização da atenção e à prevenção.
- A visão ampla e crítica dos gestores e profissionais, para desenvolverem estratégias que melhorem a assistência obstétrica, faz-se necessária a fim de prevenir agravos na gestação e garantir o direito fundamental de toda mulher à experiência da maternidade de maneira segura.
- Outros estudos qualitativos devem ser realizados, em decorrência da complexidade do assunto, buscando conhecer o olhar dos envolvidos, ou seja: gestores, profissionais de saúde e principalmente das mulheres, pois fornecerão elementos relevantes para a correção das estratégias.
- A avaliação da assistência à gestação deverá usar, além de indicadores de mortalidade materna e perinatal, indicadores de satisfação das gestantes.

O valor da atenção pré-natal nos resultados perinatais é demonstrado em vários estudos. Sua adequação é buscada mediante outros tantos trabalhos, nos quais são avaliados critérios quantitativos como número de consultas, idade gestacional de início do pré-natal e mesmo através dos resultados perinatais. Quando se faz uma busca na literatura pouco se encontra de trabalhos que forneçam informações sobre o conteúdo da assistência prestada, o que é justificado, visto que os indicadores e índices existentes são todos adequados à pesquisa quantitativa. Assim, segundo Campos (7), a crítica e a busca de um sistema de saúde mais

justo são dificultadas pela não existência de uma metodologia científica validada para se aferir a qualidade dos serviços de saúde, isso ocorre porque se encontra uma grande dificuldade no desenvolvimento de parâmetros de avaliação qualitativa. Fica a sugestão para que se busque padrão de avaliação (indicadores) que permita avaliar a assistência pré-natal de forma qualitativa.

8 REFERÊNCIAS

1. Minayo MCS. O Desafio do Conhecimento. 5ª ed. ed. São Paulo - Rio de Janeiro: HUCITEC - ABRASCO; 1998.
2. Rattner D, Rios IC, Bógus CM, Venancio SI, Botazzo C. Humanização da Saúde. In: BIS - Boletim do Instituto de Saúde. São Paulo; 2003. p. 39.
3. Brasil MdS. Parto, Aborto e Puerpério: assistência humanizada à mulher. In: Secretaria de Políticas de Saúde ÁTdM, editor.: Ministério da Saúde; 2001. p. 199.
4. Maldonado MT. Psicologia da Gravidez: parto e puerpério. 16ª ed. ed. São Paulo: Saraiva; 2002.
5. Hansell MJ. Sociodemographic Factors and the Quality of Prenatal Care. American Journal of Public Health 1991;81:1023 - 1028.
6. Moura MAV. A Qualidade na Assistência à Saúde da Mulher-Gestante: possibilidades e limites [Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro / Escola de Enfermagem Anna Nery; 1997.
7. Campos FE. Resolutividade: Uma Aproximação à avaliação Qualitativa dos Serviços de Saúde [Doutorado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de saúde Pública/FIOCRUZ; 1988.
8. Florianópolis PMd, editor. Normatização de Assistência à Saúde da Mulher - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. 3º ed.(revista e ampliada) ed. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis; 1998.
9. Enkin M, J.N.C. MARC ea. - What do We Mean by "Effective Care"? In: A Guide to Effective Care in Pregnancy and Childbirth. 3ª ed. ed. Oxford, UK: Oxford University Press.; 2000.
10. Minayo MCS, Sanches O. Quantitativo-Qualitativo: Oposição ou complementaridade? Cad. Saúde Públ 1993.;n.9.
11. Villar J, Khan-Neelofur D. Patterns of Routine Antenatal Care for Low-risk Pregnancy. In; 1997.
12. Schirmer J, al. e. Assistência Pré-Natal: Manual Técnico. In. 3ª ed. Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde-SPS/Ministério da Saúde; 2000.
13. Bogdan RC, Biklin SK. Investigação Qualitativa em Educação: uma introdução à teoria e aos métodos. In: Porto Editora, editor. Porto, Portugal; 1994. p. 203 a 241.
14. Patrício ZM. A Dimensão Felicidade-Prazer no Processo de Viver Individual e Coletivo: Uma questão de bioética numa abordagem holístico-ecológica [Doutorado em Filosofia da Saúde - área Enfermagem]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina.; 1995.
15. Freitas NK. Método de Pesquisa Qualitativa: Questões de Interpretação dos Dados. In: CIBRAPEQ, editor. 1 Conferência Internacional do Brasil de Pesquisa Qualitativa/ CIBRAPEQ; 2004 24 a 27/03/2004; Taubaté, SP; 2004.
16. Gil AC. Métodos e Técnicas de Pesquisa Social. 4ª ed ed. São Paulo: Atlas S. A.; 1995.
17. Faria TMA, Grossman S, Patrício ZM, Kramulski E. "Entrar-Ficar-Sair do Campo": O Processo Ético-Estético Nas Pesquisas do TRANSCRIAR. In: CIBRAPEQ; 2004 24 a 27/03/2004; Taubaté, SP; 2004.
18. Villar J, Ba'aqueel H, Piaggio G, Et. WHO Antenatal Care Randomized Trial for Evaluation of a New Model of Routine Antenatal Care. The Lancet 2001;357:1551- 1564.

19. Santos ML. Humanização da Assistência ao Parto. Um modelo teórico [Mestrado]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2002.
20. Neme B. Obstetrícia Básica. São Paulo: Sarvier; 1994.
21. Oakley A. The Captured Womb. A History of the Medical Care of Pregnant Women. New York: Basil Blackwell; 1984.
22. Langer B, M.P.Caneva, G.Schaeder. Routine Prenatal Care in Europe: the comparative experience of nine departments of gynaecology and obstetrics in eight different countries. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol 1999.; n.85.
23. Serruya SJ, Lago TG, Cecatti JG. Avaliação Preliminar do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no Brasil. RBGO 2004;26 (7): 517-525.
24. Galvão L, Dias J. Saúde Sexual e Reprodutiva no Brasil: Destinos e Desafios. São Paulo: Hucitec / Population Council; 1999.
25. Luz AMH, Berni NIO, Bernetti S, Klempaul P, Nzweiler F. Avaliação de Auto-estima da Gestante e Mãe Adolescente. In: CIBRAPEQ; 2004 24 a 27/03/2004; Taubaté, SP; 2004.
26. Ros MAD. Estilos de pensamento em Saúde Pública. Um estudo da produção da FSP-USP e ENSP-FIOCRUZ, entre 1948 e 1994, a partir da epistemologia da Ludwik Fleck [Doutorado em Ensino de Ciências]. Florianópolis: UFSC; 2000.
27. Resende J. Obstetrícia. 4^oed. ed. Rio de Janeiro: Ganabara Koogan; 1982.
28. Nagahama EEI. Avaliação de um Programa de Assistência Pré-Natal: A Questão da Resolutividade [Mestrado]. Campinas/ SP: UNICAMP - Universidade Estadual de Campinas/ Faculdade de Ciências Médicas; 2003.
29. Trevisan MR, Lorenzi DRSD, Araújo NM, Ésber K. Perfil da Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema de Saúde em Caxias do Sul. RBGO 2002;24(5):293-299.
30. Coimbra LC, Silva AAM, Mochel EG, Alves MTSSB, Ribeiro VS, Aragão VMF, et al. Fatores Associados a Inadequação do Uso de Assistência Pré-natal. Rev. Saúde Pública 2003;vol 37 (4).
31. Coutinho T, Teixeira MTB, Dain S, Sayd JD, Coutinho LM. Adequação do Processo de Assistência Pré-natal entre as Usuárias do Sistema de Saúde de Juíz de Fora - MG. RBGO 2003;25(10).
32. Marsh GN. New Programme of Antenatal Care in General Practice. British Medical Journal 1985;Volume 291.: 646-648.
33. Serruya SJ, Cecatti JG, Lago TdG. O Programa de Humanização no Pré-Natal e no Nascimento do Ministério da Saúde no Brasil: resultados iniciais. Cad. Saúde Pública 2004;20(5):1281 - 1289.
34. Souza ML. Alguns Aspectos Básicos da Assistência Pré-Natal em Florianópolis - Santa Catarina [Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1978.
35. Regis LGT, Pinheiro CEA. Atendimento Pré-natal em Florianópolis Segundo o ProgramanCapital Criança - 1999 [Monografia]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2000.
36. Moraes MS, Kujummjian FG, Neto FC, Lopes JCC. Avaliação da Assistência às Gestantes - O caso do município do Rio Preto. In. Taubaté/SP: CIBRAPEQ; 2004.
37. Capra F. O Ponto de Mutação. São Paulo: Cultrix; 2003.
38. Patrício ZM, L.Casagrande J, Araújo MF. Qualidade de Vida Qualitativa do Ser Humano na Perpectiva de Novos Paradigmas. In: Qualidade de Vida do Trabalhador: uma abordagem qualitativa do ser humano através de novos paradigmas. Florianópolis: Ed. do autor; 1999. p. 19 - 90.
39. Polit DF, Hungler BP. Pesquisa e Análise Qualitativa. In: Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 269 a 288.

40. Deslandes Sf, Neto OC, Gomes R, (organizadora) MCSM. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 18° ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 1994.
41. Bardin L. Análise de Conteúdo. 70 ed. Lisboa, Portugal; 1997.
42. Oba MDV, Tavares MsG. A Assistência Pré-Natal no Município de Ribeirão Preto: Sugestões e Recomendações para Ações Futuras. Rev. Paul. Enfermagem 1997;16 (1/3):35-42.
43. Dioz M. "Entre Mudanças e Incertezas": Assistência Pré-Natal na Perspectiva da Integralidade [Mestrado -Programa de Mestrado Interinstitucional]. Cuiabá: Universidade Federal de Santa Catarina; 1998.
44. Silveira DS, Santos IS, Costa JSD. Atenção Pré-natal na Rede Básica: uma avaliação da estrutura e do processo. Cad. Saúde Pública 2001;17(1):131 -139.
45. Serruya SJ, Lago TDG, Cecatti JG. O Panorama da Atenção Pré-natal no Brasil e o Programa de Humanização do pré-Natal e Nascimento. Rev. Bras. Saúde Matern. Infant. 2004;4 (3):269 - 279.
46. Oliveira ME, Zampiere MFM, Brüggemann OM. A Melodia da Humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura; 2001.
47. Tedesco JA. A Humanização do Atendimento Obstétrico. FEBRASGO 1999 Setembro de 1999:10 -11.

LITERATURA COMPLEMENTAR

1. Bertherat T. Quando o Corpo Concente. 1997.
2. d'Acampora A J, Justo e Silva C A. [et al.]. Investigação Experimental: do planejamento à redação final. Florianópolis: Papa-Livro, 2001.
3. FEBRASGO, federação brasileira de ginecologia e obstetrícia. Assistência Pré-natal. Manual de Orientação. Editor Carlos Augusto Alencar Júnior. 2000.
4. Haertsch M, Campbell E. What Is Recommended for Health Women During Pregnancy? A comparison of Seven Prenatal Clinical Practice Guideline documents. BIRTH 26: March, 1999.
5. Rodrigues L P F . Lobas e Grávidas: guia prático de preparação para o parto da mulher selvagem/ São Paulo: Agora, 1999.
6. Zugaib M, Tedesco J, Quayle J. Obstetrícia psicossomática. São Paulo: editora Atheneu, 1997.

APÊNDICES

ANEXOS