

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO**

**“ENTRE MUDANÇAS E INCERTEZAS”:
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE**

Aluna: Majoreth Dióz

Orientadora: Flávia Regina S. Ramos

Cuiabá/MT
1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO
FACULDADE DE ENFERMAGEM E NUTRIÇÃO**

Dissertação

**“ ENTRE MUDANÇAS E INCERTEZAS ”:
ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DA
INTEGRALIDADE**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Enfermagem do Programa de Mestrado Interinstitucional da FEN, UFSC/UFMT.

Orientadora: Flávia Regina S. Ramos

Cuiabá/MT
1998

Dedicatória

À:

*Manoel Dióz,
José Rodrigues
Renê Dióz Rodrigues*

Agradecimentos

À várias pessoas, em sua maioria mulheres, que contribuíram com apoio técnico, logístico, material bibliográfico ou pessoal:

♠ *Flávia Regina.*

♥ *Edir Nei*

♣ *Alice*

♣ *Annelita*

♣ *Solange*

♣ *Marlene*

♣ *Janete, Rosemeiry,*

♣ *Dagmar, Fátima.*

♦ *Alexandre*

♦ *Marilza*

♦ *Manoel Artiaga.*

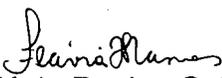
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM
PROGRAMA DE MESTRADO INTERINSTITUCIONAL
UFSC/UFMT

DISSERTAÇÃO

"Entre mudanças e incertezas":
assistência pré-natal na perspectiva da integralidade

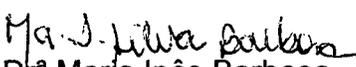
Submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem por
Majoreth Dióz

Aprovada em 27 de outubro de 1998.


Dr^a Flávia Regina S. Ramos
Presidente


Dr^a Marli Villela Mamede
Examinadora


Dr^a Zuleica Maria Patricio
Examinadora


Dr^a Marja Inês Barbosa
Suplente

Sumário

1. Os fundamentos da pesquisa	04
1.1 Introduzindo o problema.....	04
1.2 Contextualizando o problema	07
1.3 O conceito de integralidade	14
2. O percurso da pesquisa	19
2.1 O alicerce metodológico do estudo.....	19
2.2 O processo de investigação realizado.....	23
2.3 O instrumental metodológico.....	24
2.4 O processo de análise.....	28
3. Uma imagem do vivido na assistência pré-natal.....	30
3.1 O cenário do estudo: a cidade, o distrito e a unidade básica de saúde.....	30
3.2 A unidade básica de saúde segundo a trajetória e as percepções da usuária.....	39
3.3 As mulheres protagonistas do estudo.....	54
4. As protagonistas e suas experiências na assistência pré-natal	62
4.1 Em busca de atendimento: escolhas da usuária grávida.....	63
4.2 "Entre mudanças e incertezas" : o olhar sobre a própria vivência.....	72
4.3 A possibilidade de construção de um espaço educativo.....	85
5. O vivido e o desejado à luz do conceito de integralidade.....	97
5.1 O acolhimento pela sensibilidade	98
5.2 O técnico pela competência	102
5.3 A educação pela autonomia	104
6. Referências bibliográficas	111

Resumo

Este estudo busca conhecer a avaliação da assistência pré-natal na ótica de mulheres grávidas usuárias de uma unidade básica de saúde do município de Cuiabá/MT. O trabalho parte do princípio de que a usuária grávida que procura atendimento traz consigo conhecimentos e experiências diferenciadas. Por tratar-se de um ser humano constituído por inúmeras faces, as quais, para serem realmente vistas exigem vários olhares, a mulher grávida espera ser respeitada em suas singularidades e tem interesse em contribuir para a construção da qualidade da assistência nos serviços públicos de saúde. Assim, o atendimento à sua saúde deverá considerar que as necessidades femininas derivam de condições/relações de vida, que podem ser expressas tanto no âmbito coletivo como no individual. Defende a prática educativa como parte da estrutura do acompanhamento pré-natal. Utilizando a abordagem qualitativa, o conceito de **integralidade** foi o marco teórico principal de análise, permeando as relações entre profissionais de saúde e usuárias no cotidiano do atendimento pré-natal. Este trabalho teve como recursos fundamentais à sua operacionalização a observação livre, a entrevista e a documentação pertinente àquela assistência. Neste estudo a **integralidade** da mulher foi compreendida de modo complexo e interrelacional, nas suas dimensões bio, psico-emocional, sócio-cultural e físico-ambiental. A síntese dos temas que emergiram do discurso das mulheres pode ser representada em dimensões técnicas e humanas da assistência pré-natal: o **acolhimento** pela sensibilidade, o técnico pela competência e a educação pela autonomia. Estas, por sua vez revelaram, em confronto com o arcabouço teórico, possibilidades, tanto na conquista de uma assistência pré-natal "integral", coerente e humanizada como de uma nova compreensão da mulher, da assistência e da atuação dos profissionais.

Abstract

This study seeks to know the prenatal assistance evaluation made by pregnant women about a public service of the county of Cuiabá in the state of Mato Grosso. The work starts with the presuppositions that the pregnant woman, when she searches for attention, takes previous knowledge and experiences with her; that she is a human being consisting of numerous facets, which require more than one look; that, also, the woman expects to be respected in her singularities and is interested in contributing to the quality of the assistance in the public health services. So, the attention to her health must consider that females necessities come from the conditions of the life that can be expressed in the collective and individual ambits. Lastly, she defends the education practice as part of prenatal assistance. Using the qualitative approach, the concept of **integrality** was the principal theoretical mark of the analysis of the relationships between the pregnant women and health professionals in the quotidian of the prenatal assistance. This work utilized as fundamentals resources the free observation, interviews and documentations concerning that assistance. In this study, the **integrality** of the pregnant woman was perceived in a complex and interrelational way, in its biological, psychological, emotional social, cultural and ambiantal dimensions. The synthesis of the themes that emerged from the women's speeches can be represented in the following technical and human dimensions of the prenatal assistance; the **welcome** by the sensitiveness, the technical by the competence, and the education by the autonomy. Those dimensions, however, confronting the theoretical framework, reveal the possibilities as in the conquest of the integral and humanized prenatal assistance as from a new comprehension of the human, the assistance and the health professionals actions.

1. Os Fundamentos da Pesquisa

1.1 Introduzindo o problema

Este estudo e a necessidade de realizá-lo foram conformados ao longo de minha vivência profissional como enfermeira, em instituições privada e pública de saúde. Nos últimos tempos tenho atuado preocupada em imprimir à minha prática, no que se refere à atividade assistencial, um caráter que considere seus aspectos mais subjetivos. Esta forma de atuação revelou-me, entre outras coisas, a necessidade que a mulher tem de ser ouvida e considerada a partir dos elementos que extrai das experiências que o cotidiano lhe apresenta, nos seus aspectos pessoal, social ou profissional. Revelou o benefício que representa para a mulher grávida a oportunidade de expressar seus conhecimentos (relativos à gravidez, saúde e à vida), assim como de construir outros saberes, acreditando na possibilidade de uma assistência pré-natal de qualidade.

A experiência profissional tem-me permitido constatar que a gravidez representa para a mulher um período diferenciado, pautado muitas vezes por sentimentos de medo, de insegurança e ambivalência afetiva; todos eles associados, na maioria das vezes, às expectativas relacionadas ao bebê. Permitiu evidenciar também as modificações na vivência da mulher e na dinâmica do seu dia a dia, já que a gravidez interfere nas suas relações, especialmente na relação com o companheiro, uma vez que passam ambos a compartilharem novas expectativas e enfrentamentos.

Por outro lado, as mulheres grávidas apontam dificuldade quando buscam uma interação adequada com o profissional de saúde que as atende; geralmente frustram-se quanto à perspectiva de serem informadas sobre suas reais necessidades de saúde, e se vêem tolhidas em contribuir, tanto na elaboração de diagnósticos mais precisos, como no compartilhamento e

estabelecimento das condutas terapêuticas. Atribuem essa dificuldade ao fator tempo, geralmente restrito, de que dispõe o profissional de saúde e, também à não disponibilidade própria desse profissional, manifesta ou velada, em ouvir além daquilo que é essencialmente clínico e/ou atuar além do que está preconizado nos programas de atendimento pré-natal do Ministério da Saúde. Além disso, demonstram incerteza quanto à importância que este daria às suas informações e sugestões.

As mulheres acrescentam ainda que diante disso, ou seja, diante do saber profissional, definindo quase tudo o que diz respeito à sua assistência, não insistem em "fazer valer" o interesse que têm em participar do seu processo de cuidado.

Assim, percebo a necessidade de se investir em pesquisas que busquem maior aprofundamento nas questões relativas à mulher grávida e à assistência pré-natal. A perspectiva da maternidade representa destaque na vida das mulheres, isso não se questiona. Chama atenção a frequência com que esse tema é abordado, informalmente ou através de publicações, associando-o a trabalho, à sexualidade, à religião, às relações sociais. A mulher grávida é, portanto, a grande personagem de um cenário sempre atual e a reflexão sobre ela no presente estudo pareceu-me significativa e pertinente.

A partir das observações advindas da experiência, um questionamento motivou-me e mobilizou-me à investigação: **como a assistência pré-natal é avaliada pela mulher grávida, usuária da rede pública, visando sua integralidade?** E, de forma complementar, identificar que ações poderiam ser efetivadas visando uma assistência pré-natal abrangente, considerando a **integralidade** deste ser humano-mulher.

Entendo esses questionamentos como uma direção, no sentido de conhecer os aspectos que a mulher grávida apreende do atendimento que recebe e de que forma seu saber pode contribuir para uma assistência pré-natal que a considere nas suas múltiplas dimensões.

Trabalhando com a mulher grávida, tornou-se imprescindível, para mim, considerá-la a partir do que expressa, porque ela revela e aponta, quando lhe

é oportunizado falar, variadas formas alternativas de o profissional propiciar-lhe ajuda no enfrentamento de algum desafio.

Assim, neste estudo focalizei o meu olhar na dimensão subjetiva dessa mulher; ao que ela tem de inquietação, dúvida, preocupação, fantasia, medo, desejo e potencial. Um olhar profissional que pressupõe atuar numa perspectiva mais humanizada. Nesta, um aspecto importante diz respeito ao entendimento de que o processo de relacionamento a ser construído entre a usuária e o profissional deve considerar seus valores, conhecimentos e atitudes como elementos que poderão interferir no modo como a mulher experiêcia aquela gravidez, nas possibilidades que teria em participar do seu próprio cuidado e em que situações o saber profissional poderia ser útil.

Para concretizar a valorização desses aspectos, se fazem necessários encontros menos formais, individuais ou coletivos, entre o profissional de saúde e a usuária grávida, para a escuta atenta e reflexiva àquilo que for de interesse da mulher.

As mulheres, em geral, se interessam por esse tipo de assistência pré-natal diversificada, talvez por se verem como alvo de mais uma modalidade de atenção à sua saúde. Outras ações no entanto, se fazem necessárias para que esta assistência seja melhor, no sentido de perceber as mulheres de forma mais abrangente. É preciso então identificar quais seriam essas ações através das próprias mulheres; acredito que por meio de um trabalho teórico e metodologicamente organizado estas seriam reveladas, em função das necessidades e expectativas das usuárias. O alcance desse objetivo representa um primeiro passo direcionado à construção de possibilidades mais justas na atenção à saúde da mulher grávida, uma vez que certamente contribuirá para o debate quanto à qualidade daquela assistência.

Com base nisso, pretendo responder à questão norteadora: Como as mulheres grávidas avaliam a assistência pré-natal? Para tal, delimito como espaço de trabalho uma unidade básica de saúde do município de Cuiabá. O trabalho parte do princípio de que a usuária grávida que procura atendimento traz consigo conhecimentos e experiências diferenciadas; que trata de um ser humano constituído por inúmeras faces, as quais, para serem realmente

vistas exigirão vários olhares; que espera ser respeitada em suas singularidades e tem interesse em contribuir para a construção da qualidade da assistência nos serviços públicos de saúde. Defendo a prática educativa como parte da estrutura do acompanhamento pré-natal, como uma estratégia factível, desde que os profissionais admitam, efetivamente, o conhecimento das usuárias grávidas como elemento importante ao desenvolvimento de iniciativas que em conjunto qualificarão a assistência pré-natal.

1.2 Contextualizando o problema: a assistência pré-natal no Brasil

Almejando saúde e vida digna, o povo brasileiro tem investido em lutas, os chamados movimentos sociais, como forma de pressionar os governantes para a definição e implementação, além do acesso aos resultados de propostas políticas adequadas às suas necessidades de saúde.

O processo democrático, especificamente nos anos 80, contribuiu para o surgimento de propostas de mudança na política de saúde brasileira, uma vez que fez aflorar na sociedade civil, mobilizações que criticavam o modelo hegemônico e propunham alternativas de mudanças.

Essas medidas servem como ponto de apoio para conhecimento e compreensão de desdobramentos contemporâneos no sistema de saúde, especificamente na atenção à saúde da mulher grávida. Numa retrospectiva histórica da Assistência Pré-Natal, muitos estudos podem ser apontados. Entre eles, Maretti e Neme (1994), registraram que Raul Briquet criou o Serviço de Pré-Natal no Brasil, com caráter universitário e, posteriormente, Álvaro Guimarães Filho criou esse serviço no Instituto de Higiene, atual Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo.

Para esses autores, a assistência pré-natal esteve associada, nos seus primórdios, a medidas dietéticas, objetivando o bem-estar da gestante.

Obviamente, este conceito foi ampliado e atualmente inclui todas as medidas que visam garantir a perfeita estruturação física do conceito, sem agravar as condições de resistência e integridade físico-psíquica da mãe. Para o alcance desse objetivo são enfatizadas as exigências de precocidade e assiduidade ao acompanhamento, assim como a participação de pessoal especializado.

Consoante a isto, Belfort (1982) destaca que a assistência pré-natal, segundo os moldes franceses, adquiriu com o tempo amplos contornos, com metas também amplas e pretensiosas, preocupando-se em identificar os riscos da gestação, além das finalidades psicológica, educacional e social. Sintetiza como atribuições da assistência pré-natal: orientar hábitos de vida; assistência psicológica; preparação para a maternidade; diagnóstico e tratamento de doenças preexistentes; profilaxia, diagnóstico e tratamento das patologias próprias da gravidez. Ressalta a qualidade como o aspecto fundamental dessa assistência, explicando que mais importante do que o número de ambulatórios para atendimento da mulher grávida é esta mulher ser vista como unidade autônoma por alguém capacitado.

Este mesmo autor enfatiza também a necessidade de postura mais incisiva por parte da legislação brasileira tornando compulsória a assistência pré-natal, pois muitas mulheres não a recebem durante toda a gestação.

Conforme Marcon (1989), as primeiras referências sobre a assistência do período gestacional no Brasil, relacionam-se à figura de Fernando de Magalhães, fundador da Escola Obstétrica Brasileira em 1911, daí sua importância na história e desenvolvimento da obstetrícia no Brasil.

Pouca ou nenhuma referência é feita à assistência destinada às mulheres grávidas depois de Magalhães até antes da década de 70. A partir dessa época alguns fatores contribuíram para a evolução da assistência à mulher grávida: o investimento em pesquisas realizadas junto às comunidades, evidenciando a necessidade de ênfase às ações preventivas, à saúde comunitária e aos programas assistenciais e educacionais; a decadência das condições de saúde da população como fonte de pressão sobre o governo para a definição de uma política nacional de saúde, na qual o grupo materno-infantil passou a ser considerado prioritário entre as políticas

públicas. Assim, o Ministério da Saúde (Brasil, 1988), elaborou o "Manual de Assistência Pré-Natal", que em seu texto define:

O acompanhamento pré-natal deve ser realizado com vistas a atender às necessidades da gestante, obtendo assim, melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do recém-nascido.

Este mesmo documento esclarece, também, as seguintes condições para garantia de efetivação desse acompanhamento: captação precoce da gestante na comunidade; controle periódico, contínuo e extensivo à população alvo; recursos humanos treinados; área física adequada; equipamento e instrumental mínimos; instrumentos de registro e estatística; medicamentos básicos; apoio laboratorial mínimo; sistema eficiente de referência e contra-referência; avaliação das ações da assistência pré-natal. O Manual tem por objetivo sistematizar os procedimentos mínimos, para um bom padrão de assistência à gestante e é destinado aos profissionais da rede básica de saúde.

Até o início da década de 80, as ações propostas à saúde feminina restringiam-se basicamente ao controle do ciclo grávido-puerperal, valorizando a mulher somente como reprodutora.

A partir de 1983, a saúde da mulher foi contemplada com contornos mais amplos pelo Ministério da Saúde. Este, divulgou em 1984, o Programa Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), através do documento "Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática", como uma nova e diferenciada abordagem da saúde da mulher.

O PAISM foi planejado por uma comissão constituída, entre outros, por uma socióloga e uma médica, fortemente identificadas com o movimento de mulheres.

Baseou-se no conceito de "atenção integral à saúde das mulheres" (AISM) e na constatação de que o cuidado da saúde da mulher pelo sistema de saúde, até então, limitava-se ao ciclo gravídico-puerperal e mesmo assim, era deficiente. Previu, entre seus objetivos específicos, "ampliação da

cobertura e melhoria da qualidade das ações de pré-natal, parto e puerpério" e a "realização de ações educativas participativas em todas as atividades desenvolvidas".

Até o advento do PAISM, as proposições em saúde sob a forma de programas, em consonância com o olhar da sociedade à mulher, focalizavam a sua dimensão reprodutiva. Assim, as instituições e os profissionais em geral, voltaram sua atenção para o período gravídico-puerperal. Ou seja, o foco central dos diversos programas de saúde materno-infantil estava em intervir sobre os corpos das mulheres-mães de maneira a assegurar que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades da reprodução social (Canesqui, 1987; Osis, 1994).

Sociólogos, sanitaristas e outros profissionais, desde o início dos anos 70, favorecidos pelas circunstâncias político-sociais brasileiras debatiam sobre as condições adequadas e necessárias para se dar às mulheres um atendimento integral, testando diferentes modelos de assistência em que o corpo feminino fosse tratado como um todo e não mais como uma série de órgãos isolados, da competência de diferentes especialistas (Pinotti et al., 1987; Osis, 1994).

Nesse processo o conceito de "atenção integral à saúde da mulher" ganhou significado, sendo então incorporado às propostas governamentais, quando então foi formulado o PAISM, no qual a atenção à mulher deveria ser integral, clínico-ginecológica e educativa, com vistas ao aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; à abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; ao controle das doenças transmitidas sexualmente, do câncer cérvico-uterino e à assistência para concepção e contracepção.

Quanto à assistência pré-natal, o PAISM a definiu como

...cuidados de saúde dispensados à mulher visando assegurar a higidez de seu organismo e o crescimento e desenvolvimento adequados de seu conceito, reduzindo assim a morbimortalidade materna e perinatal.

À época da sua implantação, considerou-se que em alguma medida as ações relativas ao pré-natal já faziam parte da prática de atendimento da rede de saúde, e a ênfase a este, naquele momento, deveria se resumir em melhorias.

Do ponto de vista do significado social, o PAISM provocou grande impacto, uma vez que emergiu como resultante de um jogo de forças entre governo e a atuação de movimentos sociais, estes propiciados pelo processo de redemocratização. Destacou-se por sua singularidade enquanto proposta de mudança na maneira de "tratar" a saúde das mulheres, e também por ter representado um passo importante rumo ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres.

Desde a sua oficialização e mesmo nos dias atuais o PAISM tem sido alvo de questionamentos e críticas. Alguns segmentos da sociedade questionaram, por exemplo, incoerências entre o que ficou denominado como "integral" e os objetivos que reduziam os problemas de saúde da mulher aos decorrentes da atividade sexual e reprodutiva.

A história conta que os representantes dos movimentos comunicavam aos profissionais encarregados pela elaboração do projeto (PAISM) as reivindicações advindas das queixas que as mulheres faziam em relação ao atendimento que recebiam dos profissionais de saúde; entre elas a de serem encaradas, pelos médicos, como úteros grávidos (Osis, 1994). Então, a partir das propostas, foi possível delinear o tipo de atenção à saúde de que as mulheres precisavam e queriam receber, o que foi explicitado por Osis (1994), como a concepção da mulher como um ser completo, não apenas portadora de um corpo, mas vivendo um momento emocional específico e inserida em um determinado contexto sócio-econômico.

Decorridos quase 15 anos do seu lançamento, o PAISM ainda não foi implementado plenamente, mas a despeito disso e das razões subjacentes, parcelas de mulheres continuam reivindicando nova modalidade de abordagem à sua saúde. Isto contribui para manter atualizada a proposta e tornar menos remota a sua incorporação pelos serviços públicos de saúde. Esses, mesmo que persistam em se organizarem para atender a mulher nos

moldes tradicionais (priorizando o período reprodutivo) não conseguem esconder a imagem de uma nova mulher, buscando espaço para falar sobre sua saúde na perspectiva de **integralidade** e de construção da cidadania. Em outras palavras, como "sujeito da sua própria história", que clama, sutil ou explicitamente, por atenção às suas necessidades subjetivas.

Entendo que a atenção a essa dimensão subjetiva (que inclui elementos como desejos, sensibilidade, expressividade, harmonia, afeto), pelo seu caráter intimista, não poderia ser abordada adequadamente pela assistência clínica individual nos moldes convencionais, restrito à prestação de atendimento às queixas em detrimento a outras necessidades de saúde, tradicionalmente reconhecidas pelo PAISM.

A proposição do PAISM e sua implementação nos anos seguintes deu-se no contexto da luta pela reforma no sistema de saúde nacional, a chamada Reforma Sanitária (1982). Esta, emergiu como uma nova proposição do Sistema Nacional de Saúde. Os avanços, no entanto, resumem-se mais aos aspectos conceituais e legais do que a sua operacionalização, o que pode ser associado ao cenário brasileiro permeado pela ideologia neoliberal, no mesmo período (Mendes, 1994).

Como resultado, o que se tem hoje são serviços, ações e medidas em saúde da mulher, que comumente não correspondem à pretendida universalidade e integralidade da atenção, predominando a lógica do setor privado, que tem no lucro seu principal objetivo. Quanto ao período da reprodução, sabe-se que, entre outros, é problemática em vários municípios brasileiros a baixa cobertura e qualidade assistencial em pré-natal, parto e puerpério.

Esta informação tem sido motivo de preocupação para os profissionais de saúde. São vários os estudos já realizados enfocando a gravidez e tentando contribuir para o entendimento de alguns aspectos, tanto da assistência como aqueles relacionados especificamente às usuárias. Dentre os temas que têm constituído interesse nesses estudos, destaco alguns: Marcon (1989), buscou explorar e compreender a gravidez a partir da perspectiva de mulheres grávidas; Gualda (1993), pesquisou o cuidado, as crenças, os

valores e o significado atribuídos à experiência do parto na ótica de mulheres faveladas; Lemos (1994), buscou desvendar as representações sociais do grupo familiar da gestante; Said (1995), pesquisou o cotidiano da mulher em gestação numa experiência interativa junto a mulheres grávidas; Bonadio (1996), tentou conhecer e compreender as necessidades, crenças e valores do cuidado pré-natal a partir da lente cultural das mulheres grávidas.

Pretendo utilizar neste trabalho, o conceito de **integralidade** como marco teórico principal de análise para **"conhecer a avaliação que a mulher grávida faz da assistência pré-natal em uma unidade básica de saúde do município de Cuiabá/MT"**.

Implicitamente, espero que a partir do conhecimento desta avaliação haja, por parte dos profissionais de saúde, maior preocupação com as formas de abordagem e de relacionamento com a usuária.

A essas considerações acrescento que, no contexto da assistência integral à mulher, a assistência pré-natal deve compreender consultas médicas, de enfermagem, odontológicas, nutricionais, psicológicas e de serviço social. Premissas assim definidas apontam para a necessidade da prática interprofissional coesa e para a importância do atendimento integral à mulher, principalmente durante a gravidez.

Uma vez que o objetivo para investigação relaciona-se à assistência pré-natal, torna-se relevante explicitar os pressupostos que traduzem a minha concepção de assistência à pessoa durante o período gravídico, o que inclui a própria idéia de que tal período é pautado por amplas repercussões na vida da mulher e merece especial atenção das propostas políticas e dos profissionais de saúde.

As iniciativas oficiais direcionadas à mulher evoluíram nas últimas décadas, contemplando o acesso a um tipo de assistência que deveria ser global em cobertura, qualidade e extensão, abrangendo todos os ciclos vitais pelos quais a mulher passa, incluindo aí a assistência ao pré-natal e ao parto; havendo também, significativo avanço do conhecimento científico no campo médico. No entanto, se assiste na prática a configuração social e administrativa dos serviços de saúde sustentada em programas e ações, que

a maternidade continua sendo a dimensão da mulher eleita como mais importante. A gravidez, parto, puerpério e aleitamento são, portanto, os aspectos privilegiados dos problemas de saúde da mulher.

Mesmo assim constatamos que o acompanhamento pré-natal apresenta deficiências tanto na extensão de cobertura como no padrão de qualidade e caracteriza-se pelo diagnóstico e tratamento de intercorrências patológicas. Não subestimando o valor de tais medidas, o que ressalto é que às vezes são utilizadas de forma indiscriminada, desconsiderando-se que os sentimentos e experiências da mulher podem ter um valor, talvez maior que exames clínicos ou laboratoriais.

Explicitando melhor, a assistência pré-natal que, atualmente, é oferecida, não parece ter olhar e postura atentos a contribuir para que a mulher grávida exerça com autonomia a responsabilidade por si mesma, como ser capaz de participar dos encaminhamentos e alternativas para benefício próprio e do seu bebê.

Algumas iniciativas isoladas (não institucionalizadas) estão voltando a atenção para a prática de assistência pré-natal que evidencia a preocupação em atender a mulher além de sua dimensão biológica e trazendo-a a participar do processo de gravidez. Essa prática engloba atividades que apontam para: o incentivo e o retorno ao aleitamento materno, o preparo psicofilático para o parto, o parto de cócoras, o preparo do companheiro para sua participação na gravidez e no parto, entre outras.

Na minha percepção, o fundamental no que se refere a essa assistência pré-natal é a conscientização por parte de todos, no sentido de reconhecer na mulher o potencial para a decisão, a discussão de suas possibilidades, e a descoberta de alternativas; enfim, tudo o que tiver relação com seu corpo, sua vida e a vida do seu filho. Para isto, novo tipo de relação/interação precisa existir, entre a mulher grávida, os profissionais de saúde e as instituições, iniciando pela garantia do acesso à informação.

A minha convicção é que, uma vez considerada elemento integrante do processo assistencial, a mulher grávida disporá de elementos suficientes para avaliar, optar, sugerir, contribuir enfim, de forma criteriosa, para a construção

de propostas e ações mais condizentes com suas reais necessidades. Uma vez que essas não se resumem apenas à dimensão biológica, cabe abordar, em meio a essa temática, a questão da **integralidade** como um conceito controverso, que nos anos 80 ocupou novos e maiores espaços no tocante à elaboração de políticas de saúde dirigidas ao grupo feminino.

1.3 O conceito de **integralidade**: apresentando o marco de abordagem do problema

A **integralidade**, como um dos princípios da política de atenção à saúde da mulher, causou e causa polêmica porque sua interpretação parece residir na dependência de diferentes situações e finalidades, tanto políticas como das várias linhas do conhecimento. Conforme Mandú et al (1997), o conceito de **integralidade** no campo da saúde, no Brasil, ganhou espaço, somado a outros, no contexto das lutas por mudanças na organização/produção da atenção às populações, encaminhada nos anos setenta e década de oitenta.

Segundo relatório final da Conferência Nacional de Saúde, de 1986, o conceito é apresentado no sentido de "integralização de ações" setoriais, para superação da dicotomia preventivo/curativo: ou seja, deveria se juntar a outros conceitos para definir ações em direção aos sujeitos em seus ambientes físico-sociais.

O princípio da "integralidade de ações" (Comissão Nacional de Reforma Sanitária), no documento Proposta de conteúdo para uma nova lei do Sistema Nacional de Saúde, define ações ininterruptas e integradas com vistas a promoção, proteção e recuperação da saúde, organizadas a partir da cadeia epidemiológica.

Por sua vez, a "integralidade da assistência", na Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/8.142), é definida como um conjunto articulado e contínuo de

ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos níveis de complexidade do sistema (1990).

Remetendo o conceito de **integralidade** para o campo da saúde feminina, este surge em 1983 por ocasião do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), lançado pelo Ministério da Saúde. Emergiu como elemento estratégico com finalidades de expansão e consolidação de uma rede de serviços básicos de saúde. Mas o documento decorrente desse programa, que define as bases programáticas da assistência integral, permite dupla interpretação do conceito integralidade - ora sugere a forma de se compreender o sujeito mulher da ação em saúde e ora os aspectos a serem valorizados na atenção.

O mesmo documento afirma que as proposições, nele contidas, devem refletir o conceito de assistência integral à saúde feminina expresso como "ações dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias à saúde" e define que, uma vez atendidas essas necessidades, estaria garantida a integralidade da atenção. A crítica que se julga cabível aqui é se o sistema de saúde poderia e deveria dar conta desse conjunto de necessidades, a se tomar por referência a saúde como derivada de condições de vida, dependentes de medidas públicas equalizadoras das desigualdades sociais.

Apoiando-me em Mandú et al (1997), reforço a idéia de que integralidade, apesar de enfoques contraditórios, e certamente, pelo peso político que imprime, está muito presente no documento do ministério. Este preconiza, entre outras, que a assistência integral "envolve a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades do grupo em questão (feminino)", onde todo e qualquer contato que a mulher venha a ter com os serviços de saúde seja utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde (Ministério da Saúde, 1984).

A resolução 123/INAMPS, maio de 1986, propõe avanços, no que diz respeito à política de atenção integral à saúde da mulher, ao acrescentar às formulações do PAISM que a integração da mulher ao sistema a considere como "participante ativa das ações executadas, no âmbito dos cuidados

perinatais, respeitando suas características sociais, culturais e psicológicas" (Instituto Nacional de Previdência e Assistência Social, 1986).

O Conselho Nacional dos Direitos da Mulher, analisando os vários e diferentes documentos, ampliou mais ainda a "integralidade da atenção", e considerou que para sua efetivação seria necessária a reestruturação do sistema nacional de saúde. Assim, a Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM), de outubro de 1986, foram referendadas as proposições da VIII Conferência Nacional de Saúde para a Reforma Sanitária no Brasil. Nela, reafirmou-se o desafio de "inserção das questões femininas na estruturação do sistema único, a necessidade de se repensar, sobretudo, as relações entre os profissionais e clientes e entre as comunidades e os serviços"; indiretamente apontou para a questão de gênero ao propor "a consideração ao subjetivo, às vivências, como forma de apreensão das necessidades do grupo e de mudança de atitude na relação com as mulheres". (Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher, 1986).

Uma vez entendido que nos serviços de saúde emergem elementos sobre condições de vida, surgem exigências de alterações no sentido de melhor adequar esses espaços para a recepção das mulheres, permitindo a expressão dos seus sofrimentos no plano social.

Entre as mudanças esperadas destacam-se a humanização dos serviços, a recuperação do saber popular e a definição de políticas sociais integradas. Especificamente em relação à "atenção integral à mulher", as críticas e proposições do movimento de mulheres resgatam a necessidade de se redimensionar a orientação dominante na saúde feminina, de se rever as relações de trabalho; já que consideram que a integralidade da atenção requer medidas que não cabem ao setor saúde, e que a usuária procura os serviços em busca de recursos para melhor enfrentamento das inadequadas e diferentes condições de vida.

A reflexão realizada, tendo por base os vários documentos citados, propicia reconhecer que o conceito de "atenção integral", ou melhor, que a sua interpretação, tem íntima associação com o significado de saúde e com as necessidades femininas em saúde.

Na perspectiva do movimento de mulheres, a **integralidade** é vista a partir da correlação entre condições de saúde e estrutura sócio-cultural. A consolidação da idéia de atenção integral à saúde da mulher, que passou a vigorar no PAISM, originou-se do empenho do movimento de mulheres em assegurar que o conceito de integral deveria enfatizar não só a integração do colo, do útero e das mamas, mas também de outros aspectos não físicos; que se referisse também ao contexto social, psicológico e emocional.

Neste sentido, Mandú et al (1997), argumenta que a **integralidade** da mulher abrange de modo complexo e interrelacional, as dimensões bio, psico-emocional, sócio-cultural e físico-ambiental.

Assim, o alvo da atenção na saúde feminina não deverá ser o orgânico/individual dirigido à reprodução, e sim dirigido às múltiplas dimensões da mulher nas várias fases da vida. O atendimento integral à saúde deverá, portanto, considerar que as necessidades femininas derivam de condições/relações concretas de vida, que podem ser expressas tanto no âmbito coletivo como no individual. A resposta a essas necessidades requer processos que favoreçam a valorização da autonomia da mulher, para que, como sujeito, tome consciência das suas dimensões físicas, psíquicas, sociais, políticas e emocionais e enfrente as adversidades.

Observo que os convencionais modelos de assistência não condizem com uma proposta que pretende focalizar a mulher para além do aspecto físico modificado pela gravidez; e que, para receber a mulher grávida, visando à sua **integralidade**, os espaços exigem humanização, o que facilitará a fala dela sobre o próprio saber vivido, importante por ser também determinante de sua saúde.

2.0 O Percurso da Pesquisa

2.1 O alicerce metodológico do estudo

A inquietação do homem pelo conhecimento tem a sua própria idade, confirmam-nos os antropólogos. Interessa ao homem conhecer e compreender os fenômenos que o cercam, como o lugar que ocupa e os fatores que, positiva ou negativamente, interferem na sua condição de estar no mundo.

Ao longo dos tempos o homem apegou-se a determinados referenciais, na expectativa que estes incidissem luz e desvelassem a verdade dos fenômenos. Foi assim, por exemplo, com a religião, de forma mais significativa nas sociedades primitivas. Atualmente, no contexto das sociedades industrializadas, as Ciências representam, entre outras, uma alternativa para explicação de determinados processos do existencial e dos conhecimentos que esta propicia através das diversas correntes de pensamento.

A expressão destacada a seguir ilustra o empenho incansável e próprio do homem, em busca do conhecimento; e remete também à incompletude humana ante a magnitude do existencial, no âmbito da ciência.

O conhecimento se faz a custo de muitas tentativas e na incidência de muitos feixes de luz, multiplicando 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, 1994).

Nesta perspectiva, uma vez admitida a idéia, referente à incapacidade do homem em conhecer o mundo totalmente, e levando em consideração que esse conhecimento é relativo e histórico, há que se buscar caminhos adequados para uma aproximação da verdade. Isto se constitui num processo, que não é instantâneo, e sim gradual; requer, além da diretriz teórica, a problematização, o método de abordagem e os próprios resultados. É todo um alicerce, para a aproximação de cada face do objeto, razão da inquietação; trata-se da tentativa de construção de um conhecimento novo a partir de outro, que por sua vez, instigou a dúvida, a crítica e o desejo do esclarecimento; este, é claro, surgido no universo do cotidiano.

Buscando a superação dos próprios limites para o alcance dos seus desejos e interesses, o homem lança mão de recursos orientados por linhas de pensamento. Estas permitem a configuração da base teórica, delineiam o objeto da investigação e o caminho mais adequado para dele se aproximar ao máximo, permitindo uma leitura de determinada realidade - esse conjunto constitui a metodologia do trabalho de pesquisa.

Neste estudo, recorri ao conceito da **integralidade** (humana e assistencial) como apoio teórico-metodológico para conhecer as percepções da usuária grávida referentes à assistência pré-natal numa das unidades básicas do Distrito Sanitário Centro-Oeste do município de Cuiabá.

Quase que simultaneamente à formulação do problema, surgiu a indagação sobre qual seria a abordagem e os instrumentos mais adequados para o estudo do objeto em questão. De antemão sabia apenas que o objeto de trabalho é que indicaria o caminho metodológico, mas somente a partir do momento em que este objeto configurou-se como delimitado ao âmbito das idéias é que concluí, que para apreender das usuárias a avaliação que elas faziam da assistência pré-natal era necessária a aproximação com os sujeitos e seu universo de idéias, valores e experiências, o que tornava a abordagem qualitativa como a opção metodológica mais adequada para a pesquisa.

O presente estudo constituiu-se num trabalho de pesquisa porque indagou a respeito de determinada realidade e se apoiou num processo científico de investigação ; inseriu-se no âmbito maior da relação Ciências Sociais e Saúde, pois o seu objeto de investigação, qualitativo, tem dimensão histórica, por ser contraditório, complexo e inacabado. O processo de conhecimento construído foi todo permeado pela visão de mundo da pesquisadora e dos atores sociais do contexto delimitado; os sujeitos do estudo foram "gente", atores sociais em relação, em determinada condição social, pertencente a determinado grupo social ou classe, com suas crenças, valores e significados, sujeitos estes que se posicionaram frente à dada situação real, por si dinâmica e essencialmente provisória.

Caracterizou-se como um estudo metodologicamente qualitativo pelas seguintes características: teve o ambiente social como fonte direta de informações; as informações descreveram pessoas, situações, acontecimentos, incluindo transcrições de entrevistas, depoimentos e extratos de documentos; descreveram também sobre a realidade social que na sua maioria foram consideradas importantes para a compreensão do problema.

Além disso, a pesquisadora interessou-se em verificar como o problema manifestava-se no cotidiano e em apreender a maneira como as informantes encaravam as questões pertinentes ao foco de estudo; não existiram hipóteses ou questões formuladas a priori para a análise das informações, esta seguiu um processo indutivo, sem no entanto eliminar o processo dedutivo presente nos pressupostos e nas categorias teóricas previamente estabelecidas.

Explicito outros aspectos para melhor caracterizar o trabalho realizado: delimito um recorte espacial dentro de um sistema mais amplo; mesmo partindo de alguns pressupostos teóricos, prevê que novos elementos ou dimensões poderiam ser acrescentados durante o desenrolar da pesquisa, ou seja, que o conhecimento estaria sendo concebido como algo em constante construção; o contexto do estudo foi considerado, para melhor apreensão do objeto; as informações foram coletadas em diferentes momentos e em

situações variadas, além da clareza prévia de que a realidade pesquisada poderia ser vista sob diferentes perspectivas.

Com o objetivo de me aproximar ao máximo da unidade escolhida, observei o cotidiano da instituição, analisei documentos sobre sua organização e dinâmica e articulei momentos para conversas descontraídas com metas previamente delineadas com a gerente da unidade e as usuárias. Saliento que considereei o serviço de saúde estudado representativo de um contexto complexo, pois ao tempo que faz parte de um sistema que deveria existir em função do atendimento de qualidade à usuária, é também o ponto onde esta se vê, às vezes, frustrada em suas expectativas. Daí surgiu a necessidade de buscar, inclusive, o esclarecimento de algumas relações entre usuárias grávidas e profissionais de saúde e significados do cotidiano. Emergiu também a necessidade de, a partir do olhar sobre a instituição, obter uma visão mais ampla do problema de pesquisa. A partir dessa necessidade, os documentos com algumas informações de caráter quantitativo permitiram a construção de um panorama geral sobre a assistência pré-natal da unidade básica de saúde selecionada.

Porém, Minayo (1994) aponta que qualquer pesquisa social que pretenda um aprofundamento maior da realidade não pode ficar restrita ao referencial apenas quantitativo. Assim, as observações e os encontros com usuárias, enriquecidos por entrevistas, subsidiaram uma visão qualitativa, que constituiu a abordagem principal deste trabalho.

Em resumo, considereei como metodologia, as concepções teóricas, a trajetória e os recursos utilizados para aproximação da realidade, sendo que estes últimos abriram caminho para visualizar na prática as abstrações previamente formuladas. Esta etapa da pesquisa incluiu ainda o papel da pesquisadora, com seu potencial de produção, reflexão e criatividade.

Com base nos pressupostos teóricos, optei pela observação da instituição, a entrevista com as usuárias e a gerente do serviço e o levantamento de informações a partir de documentos como instrumentais de coleta de dados.

2.2 O processo de investigação realizado

Assim como qualquer pesquisa de repercussão social, o trabalho de campo, que segundo Minayo (1994), é "o recorte que o pesquisador faz em termos de espaço", se apresentou como a alternativa mais apropriada, uma vez que possibilitou a aproximação com o objeto real de interesse, o diálogo com este e a perspectiva de um novo conhecimento; além da possibilidade de reformulação dos caminhos da pesquisa pela descoberta de novos elementos.

Mostrou-se adequado, especificamente, porque esse trabalho objetivou conhecer a avaliação de um grupo de usuárias de determinada unidade de saúde de Cuiabá sobre assistência pré-natal. Investigou sujeitos, agentes de suas vidas, que ocupam um espaço e são portadoras de uma história a ser investigada; e que num determinado momento essa história foi contextualizada por esse espaço.

Acatando recomendações de Neto (1994), tentei a aproximação com o campo de uma forma gradual, onde cada passo pôde ser refletido e avaliado, buscando uma relação criteriosa com as pessoas que em alguma medida estariam envolvidas no trabalho. Este mesmo autor destaca a importância da apresentação da proposta de estudo aos envolvidos, e assim procedi, já que o fornecimento de informações pelas pessoas do campo foge à obrigatoriedade e deve ter apoio no diálogo com repercussões positivas ao desenvolvimento do estudo.

Na fase de aproximação considerei o campo escolhido como de grande potencial para novas descobertas e não apenas uma fonte que iria negar ou confirmar o que já era conhecido. Este foi também um motivo para a definição de uma programação cuidadosa das fases do trabalho, tendo sempre em vista o retorno dos resultados e a possibilidade de novas pesquisas.

O desenvolvimento do estudo teve início anteriormente ao período no qual os dados específicos do problema de pesquisa começaram a ser

coletados. Ou seja, a fase de coleta propriamente dita foi antecedida pela seleção do local e a viabilização de permissão para a realização do estudo.

Procurei um local que permitisse uma coleta de informações mais abrangente e uma reflexão acerca do referencial teórico. Para isso adotei como critérios básicos, que na unidade houvesse um programa de pré-natal sob orientação do PAISM; que a unidade escolhida fosse referência na área geográfica onde se situa e que o tipo de assistência prestada previsse a participação da enfermeira, o que também se constituiria em foco de interesse.

A solicitação de permissão para realização do estudo foi feita através de correspondência oficial da coordenação do curso de mestrado à Secretaria Especial de Saúde do município de Cuiabá. A permissão concedida abrangeu a minha permanência na unidade de saúde e o acesso a documentos, profissionais e usuárias.

Nesse período, além da correspondência, mantive contatos com as pessoas (profissionais e usuárias) que seriam envolvidas no trabalho com objetivo de apresentar a elas os propósitos deste e as estratégias para aproximação com o objeto. Procurei ressaltar que a realização do meu trabalho não previa interferências nas atividades dos observados e não implicaria em alterações da área física ou das rotinas; contatei informalmente algumas usuárias, profissionais e expus sucintamente os propósitos, garantindo informações necessárias ao consentimento das mesmas em participar do estudo.

2.3 O instrumental metodológico

Com base nos pressupostos teóricos, optei pelos seguintes recursos, fundamentais à operacionalização do trabalho: observação livre da instituição,

das usuárias e dos profissionais; a entrevista com as usuárias e a gerente da unidade e as informações advindas dos documentos.

A observação

A técnica de observação livre foi utilizada com objetivo de, mais que simplesmente olhar, também destacar imagens (tanto do cenário como dos sujeitos) pertinentes às percepções da usuária grávida que procura assistência pré-natal. Ou seja, observei recursos físicos, materiais/equipamentos disponíveis; o trabalho dos profissionais envolvidos; as interações construídas naquele espaço, o conteúdo e as conseqüências destas e até mesmo como elas foram posteriormente discutidas.

Assim, a observação nesse estudo pretendeu relevar a possibilidade de vislumbrar aspectos subjacentes ao objeto de investigação. Foi considerada parte essencial do trabalho de campo, como uma estratégia para apreensão da realidade empírica. Conforme Triviños (1994), a técnica da observação livre dá respostas às necessidades da pesquisa qualitativa, uma vez que permite o estabelecimento de pré - categorias para melhor compreensão daquilo que está sendo observado.

As observações foram realizadas de outubro de 1997 a janeiro de 1998 numa unidade básica de saúde da cidade de Cuiabá (MT). Na tentativa de captar situações diferentes, distribuí os momentos (para essas observações) em horários diferentes de trabalho e na maioria das vezes na sala destinada a reuniões; não utilizei roteiro preestabelecido.

Neste estudo, as anotações de campo, feitas logo após as observações de alguma atividade, registraram tanto as observações como as reflexões acerca de expressões verbais e ações dos sujeitos, importantes pelas dimensões explicativas que as informações poderiam exigir em sua análise.

A entrevista

A entrevista destacou-se como importante recurso metodológico para coleta de informações nesta pesquisa. É considerada por Neto (1994), como o procedimento mais usual no trabalho de campo, pois permite a obtenção de informações contidas nas falas dos atores sociais, sujeitos-objeto da pesquisa que vivenciam determinada realidade.

A entrevista pode ser entendida como uma

conversa a dois, por iniciativa do entrevistador, destinada a fornecer informações pertinentes para um objeto de pesquisa, e entrada (pelo entrevistador) em temas igualmente pertinentes com vistas a este objetivo. (Kahn & Cannel apud Minayo, 1994)

Ou seja, trata-se de um encontro profissional, metódico e dialógico, onde os subsídios fornecidos pela entrevista têm uma conotação subjetiva, pois as falas revelam atitudes, significados, valores e opiniões, que constituem a realidade individual e social e que podem contribuir para o entendimento de um problema social.

Para este estudo, a entrevista semi-estruturada (anexo) foi a modalidade utilizada, ou seja, o tema foi abordado através de perguntas formuladas previamente com base em pontos do referencial teórico e em elementos trazidos das informações resultantes das primeiras observações; as informantes tiveram também a oportunidade de se expressarem livremente. Assim, além de ter se constituído numa conversa com propósitos definidos, contou com a possibilidade de oferecer à pesquisadora, presença e atuação conscientes, sustentada por informações tanto objetivas como subjetivas; e à entrevistada, favoreceu a liberdade de expressão e a possibilidade de participar na elaboração do conteúdo e do desenrolar da pesquisa.

As entrevistas aconteceram no período de janeiro a março de 1998, na própria unidade de saúde e após algumas observações das atividades da assistência pré-natal.

Com cada uma das mulheres grávidas e com a gerente da unidade foram realizadas duas entrevistas, sendo que na abordagem inicial apresentei o objetivo da pesquisa, solicitei permissão para gravação da conversa em fita cassete, mediante garantia do sigilo e do anonimato.

Considerei essas mulheres, em número de doze, grávidas e usuárias do serviço público de saúde, representantes da maioria de usuárias em nosso meio. A seleção delas foi aleatória, isto é, não obedeceu a nenhum critério prévio, a não ser o da possibilidade de sua realização e da disponibilidade das informantes; já que suas experiências foram o principal objeto de investigação. Por uma questão ética, cada entrevistada foi identificada pelo nome de alguma figura pública por ela indicada. Ao final, informava à entrevistada que uma vez transcrita a conversa, se considerasse necessário, voltaria a contactá-la, como realmente aconteceu. O registro das entrevistas foi complementado por anotações gerais sobre algumas observações de atitudes ou comportamentos das informantes.

Os documentos relativos à dinâmica da unidade foram utilizados como recurso metodológico para complementar as informações coletadas pelas entrevistas e observações; considerei-os como possibilidade de vislumbrar novas faces/aspectos do objeto em estudo.

Ludke & André (1986) consideram como documentos quaisquer materiais escritos que possam ser usados como fonte de informações sobre o comportamento; incluem leis, regulamentos, normas, pareceres, cartas, memorandos e outros. Esse material, além de outros (como minutas, recortes de jornais, relatórios), pode representar importante subsídio para uma documentação histórica do fenômeno em estudo, desde que esses documentos sejam interpretados à luz de algum referencial.

As informações aqui utilizadas foram extraídas de documentos obtidos no setor de informações do Distrito Sanitário Centro-Oeste e na Fundação de Saúde de Cuiabá. Especificamente em relação à produtividade e atendimento pré-natal utilizei, como fonte, estatísticas da própria unidade básica, que enviadas ao distrito sanitário foram trabalhadas em combinação com variáveis

fornecidas pela Declaração de Nascidos Vivos - DNV, documento recém implantado no município.

Ainda na fase de coleta e organização das informações, procedi uma leitura e interpretação inicial, com intuito de avaliar a suficiência do material registrado. Interessou-me muito mais a pertinência do empírico ante ao embasamento teórico do que o volume das informações.

2.4 O processo de análise das informações

Considerando que a análise exige "um olhar atento para os dados" (Gomes, 1994), coube à pesquisadora a tarefa de construir com muito critério uma avaliação de determinada prática de saúde sob a ótica de usuárias de um serviço. Corri o risco de, por tanta familiaridade com o objeto de investigação, considerar como correto ou óbvio os elementos corriqueiros ao meu olhar, tornando simplista a leitura das informações.

Resolvi enfrentar esse obstáculo e iniciar então a análise dos dados, buscando superar a aparência das falas pela compreensão dos seus significados e descoberta de conteúdos não muito explícitos. Estive atenta para o fato de que por detrás do discurso aparente, geralmente simbólico, esconde-se um sentido que convém desvendar; ou seja, o fundamental não é aquilo que a mensagem diz à primeira vista, mas o que ela veicula, dado o seu contexto e as suas circunstâncias.

Neste estudo, os subsídios coletados representaram um primeiro plano de análise, para posteriormente buscar um nível mais aprofundado, que superasse o manifestado.

Operacionalmente, a análise desdobrou-se em etapas: leitura exaustiva das informações buscando a dinâmica entre estas, relacionando-as com os objetivos e a sustentação teórica da pesquisa; organização das informações mais pertinentes (homogeneidade, representatividade e abrangência), sobre

as quais a atenção estaria focalizada; descrição analítica do material em sua versão original, sob orientação do referencial teórico com vistas a congregar aspectos coincidentes e divergentes de idéias. Esses passos permitiram a definição de temáticas que posteriormente constituiriam a análise inicial, de cunho descritivo.

Na seqüência, o desvendamento do conteúdo empírico, com reflexões e intuições com vistas a descoberta de tendências, aprofundamento da conexão de idéias, estabelecimento de relações e vislumbre de propostas / contribuições. Os pontos apreendidos desses discursos somados aos obtidos nos documentos, foram agrupadas conforme as articulações dos elementos constitutivos do processo da pesquisa. Em seguida desmembrei esses temas em várias subcategorias que, uma vez exploradas e reagrupadas, revelaram os pontos mais pertinentes para a elaboração da fase final da análise, a confrontação do empírico com o arcabouço teórico.

Seguindo essas etapas, as informações, submetidas à análise qualitativa, permitiram a delimitação dos grandes temas contidos na narrativa dos sujeitos. Estes originaram os sub-capítulos da análise: "Em busca de atendimento: escolhas da mulher grávida"; "Entre mudanças e incertezas: o olhar sobre a própria vivência" e "A possibilidade de construção de um espaço educativo".

Assim, são apresentados a seguir os capítulos que representam o caminho metodológico percorrido.

3. Uma imagem do vivido na Assistência Pré-Natal

3.1 Cenário do estudo: a cidade, o distrito e a unidade básica de saúde

A cidade

Cuiabá, capital do estado de Mato Grosso, é uma cidade de porte médio, localizada às margens dos rios Cuiabá e Coxipó. Para ela o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, em 1997 estimou uma população de 440.969 habitantes; havia em Cuiabá, nesse mesmo ano, uma média de 4.06 habitantes/domicílio, um crescimento anual de 1,4% e densidade populacional de 20,91 habitantes/hectare.

Em relação ao sistema de saúde, a Fundação de Saúde de Cuiabá - FUSC (1998), informa que está organizado em quatro distritos sanitários, cada qual com sua sede e equipe técnica. Oferece à população: 5 Policlínicas em atendimento nas 24 horas; 32 Centros de Saúde; 17 Postos de Saúde; 1 Centro de Especialidades; 1 Hospital e Pronto Socorro Municipal; 1 Laboratório Central; 1 Centro de Controle de Zoonoses. O Sistema Único de Saúde - SUS/Cuiabá conta ainda com o credenciamento de 2 hospitais públicos, 2 hospitais filantrópicos e 5 hospitais privados.

Segundo a FUSC (1998), o município tem investido no fortalecimento de suas unidades sanitárias com vistas a torná-las aptas ao enfrentamento dos determinantes dos processos de morbi-mortalidade que afetam a população. O SUS de Cuiabá tem se estruturado para implementação da estratégia de vigilância à saúde; para o alcance desse objetivo foram contratados e capacitados 176 agentes comunitários de saúde em 1995 e para 1998 planeja-se a entrada de novos agentes.

A FUSC destaca ainda, entre as iniciativas que podem ser traduzidas como exemplos da vontade política dos dirigentes da saúde municipal em

efetivar o controle social, a realização da III Conferência Municipal de Saúde em dezembro de 1997. As propostas aprovadas na ocasião deverão ser encaminhadas no biênio 98/99 e especificamente em relação ao Modelo Assistencial, visam "atender a demanda e garantia de assistência aos problemas de saúde".

Entre os problemas de Atenção à Mulher identificados como prioritários, a partir de análises sócio-epidemiológicas encontra-se o alto índice de cesarianas. E para enfrentamento desses problemas, foram definidas as seguintes ações: realização de campanhas educativas divulgando os métodos contraceptivos; oferta e controle clínico ao uso dos mesmos; estímulo ao acompanhamento pré-natal, exames preventivos de câncer; viabilização do acesso à preservativos; estímulo à formação de grupos de mulheres para discussões e reflexões; melhora das condições de assistência pré-natal - aumentando a cobertura, captando as gestantes precocemente, tratando as intercorrências clínicas e garantindo as consultas de enfermagem, além da garantia à internação em hospitais públicos e conveniados ao SUS.

O SUS, através do sistema de informações, fornece alguns indicadores de saúde, encontrados a partir de dados nas maternidades e/ou unidades gineco-obstétricas de Cuiabá-MT; aqui, estes foram utilizados para retratar simplificadaamente a situação materno-infantil do município.

- Coeficiente de mortalidade geral - 5,2/1000 habitantes - em 1996.
- Coeficiente de mortalidade infantil - 19,2/1000 nascidos - em 1996.
- Coeficiente de mortalidade materna - 38,4/100.000 nascidos vivos - em 1996.
- Taxa de natalidade - 23,7/1000 habitantes - em 1996. Neste mesmo ano o Sistema de Informações sobre os Nascidos Vivos - SINASC 1996/Cuiabá cadastrou 13.596 nascidos vivos; em 1997 foram registrados 13.711 nascidos vivos.
- O tipo de parto de maior frequência realizado na rede pública foi o parto cesariano, em 56% (sendo que o índice aceitável pela Organização Mundial de Saúde- OMS é de 10-12%). São vários os

estabelecimentos de saúde responsáveis pelo atendimento dos partos em Cuiabá, e entre eles dois são considerados exclusivamente públicos: o Hospital Universitário e o Hospital Municipal; os demais são privados/conveniados. Em 1996, os hospitais da rede privada e convênios prestaram 90% da assistência aos nascidos vivos. O parto cesariano, além de aumentar os riscos de complicações e morte para a mulher e a criança, representa uma das principais formas utilizadas para a esterilização feminina.

- A proporção de nascidos vivos com baixo peso ao nascer, em 1996, foi de 7,7% crianças nascidas vivas com peso menor que 2500g.
- Do total de nascidos, 31% foram de mães adolescentes (menor de 20 anos).

*SINASC - através de um documento, a Declaração de Nascido Vivo - DNV, informa, rápida e fidedignamente, sobre os nascimentos em dada localidade. Implantado no país em 1990, passou a ser realidade em Cuiabá a partir de 1994.

*O coeficiente de mortalidade materna, a despeito de tratar-se de importante dado no contexto da situação materno-infantil, apenas nos dois últimos anos tem sido trabalhado e avaliado estatisticamente. Por constituir-se num dos sérios enfrentamentos de saúde pública, nacional e internacionalmente, trouxe para esse trabalho, as informações obtidas em recentes fontes do município. É importante retomar que por mortalidade materna entende-se **"o conjunto de mortes de mulheres relacionado a causas diretamente ligadas à gestação, parto e puerpério"** e o coeficiente de mortalidade materna **"deve incluir a morte de toda mulher que esteja grávida ou durante os 42 dias completos após o fim da gravidez"**. No Brasil, mortalidade materna deve aproximar-se de 200/100.000 nascidos vivos (Laurenti, apud Schraiber, 1996). Considera-se

que muitas destas mortes poderiam ser evitadas se fossem desenvolvidas ações simplificadas na assistência pré-natal e ao parto.

O distrito sanitário

Entre as iniciativas relativas à descentralização de saúde no município de Cuiabá, em 1992 efetivou-se a implantação dos distritos sanitários, que em 1996 ficaram definidos em 4 - Norte, Sul, Centro-Leste e Centro-Oeste; este último focalizado para o desenvolvimento da presente pesquisa.

O Distrito Sanitário Centro-Oeste - DSCO, faz divisa com os Distritos Sanitários (DS) Leste e Norte e o município de Várzea Grande.

Para o ano de 1997, a população estimada do DSCO foi de 108.703 habitantes em um total de 72 bairros. Dispõe de uma rede de serviços de saúde assim distribuída: 1 Policlínica, 4 Centros de Especialidades/Referência (Centro Municipal de Referência à Infância, à Adolescência e à Mulher - CEMRIAM), Centro de Especialidades Médicas, Centro Regional de Saúde e Centro de Reabilitação D. Aquino Corrêa, 11 Centros de Saúde. 2 Postos de Saúde, 1 Clínica Odontológica e 10 Hospitais e/ou Clínicas Privadas em sua área de abrangência.

Compõem o DSCO 15 unidades de saúde, o que segundo a FUSC, é aceitável para o número de habitantes em relação a cada unidade de saúde.

O DSCO conta também com serviços conveniados para apoio à realização de procedimentos diagnósticos não disponíveis na rede pública ou insuficientes à demanda; o distrito repassa às unidades a cota de exames permitida, em função da demanda e da complexidade do atendimento.

As comunidades da área de abrangência do DSCO organizam-se em entidades não governamentais, tais como: Clube de Mães, Grupo de Jovens, Pastoral da Criança, Igrejas, Associação de Moradores, Grupo de Idosos, Centro Espírita, Grupo de Adolescentes.

Conta com 18 Escolas Estaduais, 18 Escolas Municipais, 38 Escolas Particulares e 8 Creches.

O DSCO dispõe de informações que considerei importante registrar, já que refletem as condições de vida e saúde da população em estudo:

- no ano de 1997 houve 2309 nascidos vivos de mães residentes na área de abrangência do DSCO.
- 99,8% dos nascimentos ocorreram em hospitais; desses, 74,3% em hospitais do próprio DS.
- foi de 6,6% o índice de baixo peso ao nascer no DSCO (abaixo da média nacional: 10,0%)
- 68,7% das gestações foram acompanhadas pelo pré-natal com mais de 6 consultas; enquanto que em MT esse percentual foi de 15,2%.
- houve predominância do parto operatório: 57,4%, acima do encontrado em MT, de 55,9%.
- 33,0% dos partos foram de mãe adolescente.
- mais da metade das mães possui baixo grau de escolaridade.
- taxa de mortalidade materna em 1996-1997: 41,3/100.000 nascidos vivos.

A unidade básica de saúde

O local do estudo foi em um Centro de Saúde - CS, localizado num loteamento do bairro Cidade Alta. Compõe, junto a outras 14 unidades básicas de saúde - UBS, o Distrito Sanitário Centro-Oeste.

Esta unidade responde, enquanto referência de saúde, por uma área de abrangência que compreende 5 bairros, cuja população é de 14.387 habitantes (FUSC/DSCO), 3,2% do total de habitantes do DSCO.

É importante ressaltar que quanto à organização popular e, portanto, quanto às possibilidades de participação popular e controle social, a comunidade da área de abrangência possui Clube de Mães, Grupo de Jovens

e Pastoral da Criança. Apesar de não documentado oficialmente, o bairro conta também com Associação de Moradores.

O lotacionograma da unidade dispõe dos seguintes profissionais: 1 enfermeira, 1 gerente (que atualmente é uma profissional enfermeira), 4 médicos, 4 auxiliares de enfermagem, 1 agente comunitária (dezembro de 1997). Estes profissionais desenvolveram, no decorrer do ano passado, ações de atenção à saúde nas atividades de consultas, educação em saúde, acompanhamento de crescimento e desenvolvimento, imunizações, visitas domiciliares e atendimentos básicos.

Em relação ao atendimento à mulher no ano de 1997: 237 consultas de pré-natal; 765 consultas de ginecologia; 45 coletas de material para exame preventivo de câncer cérvico-uterino; imunização anti-tetânica em todas as mulheres atendidas no pré-natal não imunizadas anteriormente, além da demanda espontânea.

A assistência pré-natal compreende as seguintes atividades: pré-consulta - realizada pela auxiliar de enfermagem, às terças e quintas feiras no período vespertino; consulta médica - realizada pelo obstetra, às terças e quintas feiras no período vespertino; atividade educativa - entre a enfermeira e as mulheres grávidas, às segundas, no período matutino; oficina de trabalhos manuais - coordenada pela enfermeira e pela agente comunitária, às segundas e quintas, no período matutino.

Como visto, o atendimento às usuárias grávidas envolve quatro profissionais: a agente comunitária, a auxiliar de enfermagem, o médico e a enfermeira. Mesmo que cada um destes assuma atividades distintas na assistência à mulher, observei que entre eles existe uma intenção de interação, com conflitos que são geralmente discutidos, em busca da resolução que reverta o mais eficazmente possível em prol da usuária.

A melhoria na qualidade de assistência na unidade é também atribuída a esta proposta de interação conforme afirmação da gerente. Afirma ainda que ali (no serviço), a mulher, assim como a criança e o idoso, é considerada especial e todos, da arquivista ao ginecologista sabem orientar todos os passos que ela deve seguir quando procura atendimento. Nas minhas

observações confirmei que, nessa unidade, a mulher parece ocupar um espaço privilegiado; refleti então que sendo o segmento feminino o escolhido nessa investigação, elementos da análise ligados à própria condição social das mulheres adquiririam destaque.

Dados referentes à cobertura de pré-natal mostram que cada usuária inscrita está recebendo no mínimo 1 consulta por mês. Em 1997, apenas 6,7% das gestantes residentes na área de abrangência da unidade não realizaram nenhuma consulta, enquanto que 20% realizaram pelo menos 6 e 73,3%, mais de 6 consultas. A procura da assistência pré-natal pelas usuárias grávidas, acontece numa época considerada satisfatória, ou seja, em torno do quarto mês do período gravídico.

A unidade em estudo oferece atendimento pré-natal desde a sua criação (1986), procurando incrementar o acesso e atendendo tanto à demanda espontânea como investindo na busca de usuárias faltosas. Tal tarefa cabe à agente comunitária, e estes casos são identificados através do livro de registro de consultas. Há dificuldades para a busca de faltosas fora da área de abrangência, quando então utiliza-se o aerograma, que além de lembrar à usuária sobre o retorno em nova data, informa sobre unidades mais próximas à sua residência e reforça a importância da assistência.

Em 1997, houve 17 nascidos vivos, dos quais 8 foram de parto normal, 9 de parto cesariana sendo que 11 foram de mães que tiveram mais de 6 consultas no acompanhamento pré-natal.

Com o propósito de complementar a apresentação do cenário da pesquisa, exponho algumas informações advindas de observações e de outros documentos.

Com base no manual do Ministério da Saúde - MS (1998), destaquei alguns aspectos referentes à unidade, que a caracterizam como enquadrada nas preconizações oficiais sobre assistência pré-natal. Isto é muito significativo, uma vez que em Cuiabá, ações como pré-natal e acompanhamento de puérperas não são regularmente realizadas pelos serviços básicos. A Secretaria Municipal de Saúde (SUS/94), aponta aquelas

ações como parcialmente implantadas nos vários distritos sanitários de Cuiabá.

Quanto às ações realizadas, não fogem daquelas preconizadas - imunizações, consulta médica, atividade educativa, coletas de material cérvico-uterino, pré-consulta de enfermagem, visita domiciliar, curativos e administração de medicamentos. Os primeiros passos para a avaliação nutricional das gestantes, conforme informação da gerente, esbarra na não disponibilidade de recursos humanos, especificamente de auxiliar de enfermagem. Na opinião dela, construir o gráfico e calcular o percentil ponderal de cada mulher grávida, tarefas atribuídas à auxiliar de enfermagem, demanda um tempo de que a única lotada na unidade nesse período não dispõe, já que desempenha várias outras tarefas. A gerente informa que continuará se empenhando em conseguir outra auxiliar, para o desempenho dessa tarefa e o incremento de outras.

Os exames solicitados são os seguintes: sorologia para sífilis, imunohematologia, eritograma e exame de urina. Tanto as solicitações dos exames mais simples como os mais complexos são encaminhadas aos laboratórios conveniados com o SUS; a ultra-sonografia não é solicitada rotineiramente.

As informações relativas à mulher e o atendimento prestado são registrados no cartão da gestante, no Relatório Ocorrência Ambulatorial - ROA, no livro de registro, no prontuário e na Declaração de Nascido Vivo. Posteriormente essas informações, uma vez reunidas, são remetidas ao Distrito Sanitário Centro-Oeste que as organiza e somadas às dos outros distritos refletirão o panorama geral da assistência pré-natal no município de Cuiabá.

Em relação às ações desenvolvidas, a gerente atribui ao trabalho coeso entre os profissionais das unidade e destes com o Conselho Gestor, o fato de serem planejadas, executadas, avaliadas e periodicamente replanejadas. O planejamento local, segundo ela, é feito anualmente, tendo como subsídio as ações desenvolvidas na unidade. Por sua vez, em reuniões mensais, o Conselho Gestor identifica necessidades e expectativas da comunidade. Essa dinâmica é interpretada pela gerente como positiva e organizada,

contribuindo para a qualidade do trabalho. Cita, como exemplo da força do Conselho, a reforma e ampliação da unidade em 1996, após identificada a insuficiência da estrutura física até então existente, desde sua fundação em 1986.

O atendimento à mulher grávida na unidade investigada, ainda segundo a gerente, já não se caracteriza apenas como programa centralizado no atendimento clínico, pois são consideradas, no objeto de trabalho, as expectativas e necessidades geradas por processos de vida identificadas principalmente nas ações educativas com o grupo de mulheres. Para ela as discussões que aí acontecem geralmente conduzem à tomada de atitudes diretas, o que contribui substancialmente para a saúde, além de "elevar o moral" das pessoas envolvidas pois, em alguma medida, efetiva seu direito à participação.

A educação em saúde emergiu, em ocasiões informais junto à gerência, como importante estratégia de incremento e manutenção da demanda e "ponto de honra" da assistência pré-natal. Essa estratégia representa, ao lado de outras, tentativas de caráter mais progressista, de rompimento com aquelas tradicionalmente implantadas, mesmo que ainda vinculadas a iniciativas dos profissionais e não de caráter institucional. Percebi ainda que individual ou coletivamente, o trabalho educativo reforça significativamente as ações convencionais, além de implicar que se amplie a concepção de direito à saúde, aliviando-lhe as distorções e buscando na participação dos usuários o atendimento para suas reais necessidades.

Considero importante destacar que, segundo documentos, a Secretaria Municipal de Saúde e os Distritos Sanitários de Cuiabá atribuem à educação em saúde o ponto norteador de novas discussões e mesmo de redefinições políticas, cujo objetivo é o de torná-la em ação prática efetiva.

Em 1995, por ocasião do II Encontro Municipal de Educação em Saúde, esta ação foi alvo de críticas, tanto pela sua inconsistência na prática, como por se fazer presente em certos momentos, em campanhas ou em situações emergenciais. Conforme documento da FUSC (1994), deliberou-se, na

oportunidade, pela sua imediata implementação, tendo-se em vista não só a prevenção de doenças como também o pleno exercício da cidadania.

Na unidade em foco, o trabalho educativo com o grupo de mulheres grávidas é reconhecido como parte da sistemática de atendimento, mesmo estando ainda à mercê da iniciativa persistente dos profissionais. Investe-se tanto em recursos materiais (didáticos) como em recursos humanos , destacando-se aí a atuação da enfermeira.

A prática educativa, conforme foi observada, restringe-se a um espaço físico específico e a um determinado momento, em contraponto ao recomendado, ou seja, como prática que permeia todas as ações do serviço, desde a recepção até o momento da consulta, além de estratégias de articulação com movimentos populares

Outra iniciativa, que confere seriedade à concretização desta prática, é a seguinte: nessa unidade são atendidas mulheres grávidas diabéticas, hipertensas e, embora não exista uma prática pluridisciplinar, essas pessoas não são atendidas e encaminhadas como tendo meramente um problema clínico, ou seja, valoriza-se também o estado de saúde, o estado social e o psicológico da usuária.

3.2 A unidade básica de saúde segundo trajetória e percepções da usuária

Com o objetivo de conhecer o sistema de informação do serviço de pré-natal selecionado e analisar quantitativamente os seus dados, foram colhidas informações das fichas das 12 usuárias agendadas para consulta no dia destinado ao início da coleta de dados. Estas seriam, posteriormente, as entrevistadas desse trabalho. As informações colhidas nas fichas foram básicas para traçar um perfil tanto das usuárias como da rotina do serviço.

A ficha utilizada para as informações referentes à assistência pré-natal, denominada ficha perinatal, segue as diretrizes do Programa de Atenção

Integral à Saúde da Mulher (PAISM). É completa, com espaços para informações detalhadas sobre dados de identificação; anamnese; exame físico; informação sobre antecedentes obstétricos, pessoais e familiares; intercorrências da gestação atual; exames complementares; esquema de imunização anti-tetânica; tabagismo; etilismo e registro das consultas. Nas fichas selecionadas não há informações sobre abandono ou conclusão do pré-natal nesse serviço.

O mesmo acontece com o cartão da gestante, que informa os dados da mesma, os exames/procedimentos realizados em cada consulta do pré-natal até o momento do parto. Devidamente preenchido e atualizado, reflete a história obstétrica da mulher, o que por si justifica sua importância em ser apresentado e considerado nos serviços por onde ela passa.

As usuárias grávidas constituem um grupo prioritário de Atenção à Saúde da Mulher. As ações a elas direcionadas incluem os cuidados enquanto grávida, puérpera e nutriz nos períodos pré e inter gestacional. Constituindo grupo prioritário de atenção, as ações a elas dirigidas visam mantê-las em estado de saúde satisfatório durante a gravidez e a lactação, reduzindo os possíveis riscos tanto no parto como durante o puerpério.

Mas, para efeito desse estudo, interessou-me conhecer mais de perto o objeto em foco, a face qualitativa da unidade, **a partir da ótica da usuária**. Objetivando compreender a avaliação da usuária quanto à assistência pré-natal que estava recebendo, as atividades desenvolvidas na unidade de saúde foram tomadas como ponto inicial para posteriormente entender a articulação destas com os profissionais que as realizavam e as relações sociais que foram construídas.

Para caracterizar a unidade e como esta se apresentava aos olhos de quem a procurava, o caminho escolhido foi o das próprias usuárias (das doze selecionadas). Ou seja, tentando ouvi-las e acompanhar a trajetória destas pela unidade de saúde nos primeiros contatos procederam-se observações e entrevistas informais. As informações advindas destas fontes permitiram esboçar um perfil quanto aos aspectos quantitativo e qualitativo das atividades que compõem a dinâmica do serviço. Coincidir a minha caminhada

com a das usuárias grávidas implicou em estar com elas primeiramente na recepção, seguindo-as depois ao agendamento, na pré-consulta, à atividade educativa, à oficina de trabalhos manuais, à consulta médica e à pós-consulta.

Para me aproximar ao máximo dessa mulher foi preciso, entre outras coisas, superar certas inseguranças, pois as observações que fazia do ambiente físico e da dinâmica do serviço comprometia a condução do trabalho de pesquisa. Ou seja, a avaliação prévia que eu trazia como profissional esteve, de alguma forma, interferindo até mesmo na escuta da avaliação da usuária. Foi preciso então "dar um tempo", recuar, refletir, desfazer-me de muitos pré-conceitos a respeito de assistência pré-natal e posteriormente retornar, mais apta para observar, ouvir e compreender o contexto e a avaliação de seus atores.

Comecei, então, a acompanhar a usuária, em sua busca por assistência pré-natal. Por um tempo considerável estive com ela, tentando fazer o mesmo caminho, inclusive voltando várias vezes a determinado setor da unidade para esclarecer alguma informação. Isso aconteceu porque parti do pressuposto de que quanto mais próxima eu estivesse, mais possibilidades teria para captar da usuária seus modos de vivenciar e suas percepções acerca do atendimento. Além da oportunidade de conhecer outras pessoas, importantes no contexto da assistência pré-natal.

A recepção

Reservei alguns períodos para observar o setor de recepção das usuárias, que é o espaço físico da unidade onde acontece o primeiro contato da cliente com o serviço, para onde ela se dirige quando chega ao centro de saúde. Na maioria das vezes o faz com certa timidez, sem saber a quem procurar, mas sabendo a que veio.

O setor de recepção ocupa a parte central de uma ampla sala ao redor da qual estão dispostas outras (de pré-consulta, de reunião...); possui um

guichê de atendimento, mesa, cadeira e armário para arquivamento de fichas. A funcionária da recepção tem uma boa visibilidade de todos que chegam à unidade, e por sua vez, também a mulher que ali busca atendimento. Esta geralmente solicita informações sobre o funcionamento e os serviços oferecidos. Enquanto observava, não presenciei qualquer fala/atitude de desestímulo dirigida à usuária; a porta parecia estar sempre aberta, com número de vagas geralmente superior à procura. Interessou-me, sobretudo, o modo como a cliente se relaciona e se comporta com quem a atende.

Por exemplo, quando dirige-se à funcionária indagando :

usuária: preciso de ficha prá o pré-natal, tem?

funcionária: (em tom seco e mecânico) : eu dou a ficha e a senhora vai lá na sala de reunião que é a enfermeira que agenda, tá bom?

usuária : quero saber que dia que o Dr. tá atendendo.

funcionária: o Dr. tá atendendo toda terça e quinta a partir das 13:00 horas, é bom a senhora chegar mais cedo prá pré-consulta.

Apesar de não passar despercebido um certo autoritarismo nas falas da funcionária, o repasse de informações aconteceu corretamente. A usuária, por sua vez, pareceu demonstrar um conhecimento anterior de como as coisas funcionam (se tem ficha, se o médico está atendendo...), o que leva a pensar que estas mulheres devem possuir experiências nesta ou em outras unidades com rotinas semelhantes, o que configura uma certa "rotina" ou "cultura" de atendimento.

Por outro lado, o tom de voz com que a funcionária respondeu me fez pensar que mesmo sendo mulher essa profissional não se colocou nesse momento, do ponto de vista da perspectiva da usuária e de sua necessidade de acolhimento, o que penso, precisa ser trabalhado nos serviços.

O agendamento

A mulher que chegava à unidade em busca de assistência pré-natal era orientada para dirigir-se à sala de reuniões, um amplo espaço, bem ventilado, com duas mesas grandes e bancos de madeira, nos quais as mulheres se acomodavam atentas à explanação da enfermeira. Neste momento as informações recaem sobre a rotina do serviço, o que este oferece, a responsabilidade da mulher em também assumir seu compromisso com os horários e todos os encaminhamentos pertinentes à sua assistência.

Quanto ao esquema de agendamento: este, realizado semanalmente, distribui consulta médica para 20 usuárias e dando margem para mais 2 nos casos de possíveis intercorrências em 2 períodos vespertinos. Prevê ainda um retorno a cada 8 semanas até 32 semanas e a partir desta data os retornos são programados quinzenalmente, ou a intervalos menores, a critério clínico.

Num livro de registro, onde estão anotados os dias de atendimento, a enfermeira faz o agendamento especificando o que é retorno e o que é primeira consulta; ao mesmo tempo reforça a importância dos horários e do acompanhamento da gravidez, em geral.

Antes de marcar, procura saber de cada usuária, o mês gestacional em que se encontra. Esta informação tem o objetivo de programar o maior número possível de consultas para cada usuária, ou ainda, oportunizar mais consultas para a mulher em idade gestacional avançada, garantindo assim um dos preceitos do Ministério da Saúde.

A enfermeira informa também sobre a atividade educativa e a oficina para confecção do enxoval do bebê. A primeira dessas atividades não parece despertar o interesse das mulheres, de imediato, mas o aceno com a possibilidade da ajuda concreta, em forma de roupas para o filho parece motivá-las, pois logo surgem conversas paralelas e perguntas sobre tecidos, medidas e aviamentos.

Em resumo, o agendamento de consultas feito dessa forma é um fator de valorização para as usuárias, pois alegam que assim se evita a formação de filas e o prolongado tempo de espera.

usuária: aqui nós que somos grávidas, temos preferência, nós sentamos com a enfermeira ela marca e a gente faz o pré-natal e qualquer horário que chegar é atendida pelo pessoal de enfermagem e se precisar pelo médico. Até chamam a gente pelo nome na hora da conversa.

usuária: nesse posto só nós, grávidas, é que somos dispensadas de fazer fila porque todo mundo sabe que a gente não pode ficar muito tempo em pé; tem até um cartaz ali (aponta com o dedo uma faixa próxima ao guichê) que a gerente mandou colocar.

Percebi que esse é um momento em que a enfermeira busca interação com as mulheres num encontro mais horizontal, tentando um contato para além do clínico, investigando necessidades e discutindo com as mulheres possíveis alternativas para atendê-las.

A pré-consulta

No dia agendado para a consulta médica a mulher se encaminha primeiramente à sala de pré-consulta. Ali a auxiliar de enfermagem dirige-se à porta com o livro de agendamento, chama as mulheres conforme a ordem de chegada e recolhe os cartões de gestante. Dirige-se ao guichê de recepção, entrega os cartões para a funcionária que se adiantando já separou as fichas (perinatal). Após este procedimento, retorna ao consultório de enfermagem e inicia a pré-consulta da primeira mulher a ser atendida pelo médico.

A pré-consulta consta de : verificação de pressão arterial e temperatura, aferição do peso, levantamento das queixas principais e necessidades, encaminhamentos para vacinação de rotina e registro na ficha geral de atendimento. Feitos estes procedimentos a mulher é então encaminhada a se acomodar enquanto aguarda a consulta.

Nessa atividade observei ênfase maior no aspecto técnico do trabalho. Pareceu-me que pouco se investe em estar informando ou atendendo alguma

possível expectativa da usuária. Esta, quando indaga, recebe respostas curtas, como :

usuária : *a minha pressão tá boa ?*
funcionária: *tá sim, tá 11 por 7.*

Ou seja, apesar da preocupação e até de certo esmero em executar a técnica em si, é demonstrado despreparo na tradução do seu resultado. Este poderia ser melhor explicado ou informado à usuária, não se restringindo àquelas que solicitam informações, mas a todas as gestantes e em todas as ações realizadas no serviço de saúde.

Observei também que os resultados da pressão arterial e do peso eram os que mais despertavam o interesse das mulheres atendidas na pré-consulta; quase que invariavelmente, ao retornarem para o corredor onde esperariam a consulta, comentavam umas com as outras:

usuária : *ainda bem que a minha pressão tá normal, eu tava com medo...*

usuária : *mês passado eu engordei mais do que nesse de agora, acho que é porque eu controlei mais o pão...*

usuária : *nessa gravidez minha pressão tá mais alta, vou querer que o médico explique porque é assim...*

Estas falas reforçam a idéia de que as mulheres têm preocupações, expectativas e necessidades que a princípio sequer são percebidas.

O intervalo de tempo entre o término da pré-consulta e a chegada do médico mereceu alguns dias (oito) de observação. Pareceu-me que o fato de já ter agendado a consulta e passado pela pré-consulta imprimia na mulher certo ar de segurança e tranqüilidade, mesmo naquela que não havia enfrentado obstáculos para conseguir o agendamento.

Assim, aparentemente confiante, ela escolhia um lugar, se acomodava no banco e esperava; isso numa sala de espera equipada com filtro de água, ventilador e televisão. A maioria preenchia o tempo "puxando conversa" entre

si. Geralmente o assunto girava sobre a evolução da gravidez e o atendimento que estavam recebendo; em certo momento conferiam a hora e comentavam alguma coisa sobre um possível atraso do médico:

usuária: já era pro Dr. ter chegado, né?

usuária : ah, o Dr....., esse, se chegar atrasado, só se tiver que passar nalgum hospital antes...

Algumas das usuárias esperavam pela consulta em seus lugares, assistindo ao que a televisão mostrava naquele momento, atribuindo um ponto positivo ao fato de contarem com este entretenimento. Essa espera geralmente não prolongada (de no máximo vinte minutos) e num lugar relativamente confortável, mostra como se efetuava o acolhimento da usuária.

usuária: prefiro vir prá cá esperar o médico chegar do que ficar lá em casa que não tem TV e ai eu não posso assistir "Vale a pena ver de novo".

Um tema comentado entre elas e que emergiu quando me sentei entre algumas, refere-se à importância e necessidade de fazer o acompanhamento pré-natal entendendo este como uma das únicas fontes de informação que elas têm sobre higiene, alimentação, cuidados, possíveis intercorrências na gravidez e no trabalho de parto. Perguntei para uma delas se não conversava sobre essas questões com a mãe ou com amigas, respondeu-me positivamente, mas só que prefere confirmar com quem estudou nos livros, valorizando a autoridade legítima para isso, o saber médico.

Conversando informalmente, soube que algumas usuárias, já no terceiro trimestre de gravidez, procuraram este centro de saúde pela primeira vez em função da suspensão das atividades do Pronto Atendimento Médico situado no bairro do Porto, unidade considerada referência para grande área de abrangência do município de Cuiabá. Em outra ocasião, algumas das usuárias agendadas não compareceram à consulta; no lugar delas foram encaixadas três mulheres que estavam comparecendo pela primeira vez. Uma delas informou ter ido a uma policlínica próxima por três vezes consecutivas

e não foi atendida porque a médica precisou sair para uma cesariana de urgência num hospital da rede privada. Na minha opinião isto acontece em parte, como resultante do quadro de precariedade de alguns locais de atendimento do sistema de saúde, esvaziando uns e às vezes até sobrecarregando outros, em função de fatores como a relativa facilidade de acesso e melhores condições de atendimento.

A atividade educativa

Nesta unidade de saúde não há consulta de enfermagem à mulher, apesar de contar com duas enfermeiras; uma na função de gerente e a outra que responde pelas atividades assistenciais. Segundo a gerente, tem sido assim desde há tempos atrás, quando apenas a uma eram atribuídas as duas funções. Na tentativa de não sobrecarregá-la, definiu-se que a atividade educativa (em forma de palestras com temas previamente definidos pela enfermeira), seria atribuição da enfermeira, enquanto que a atividade de consulta seria de total responsabilidade do profissional médico (assim, não se alteraria o "poder" do médico que é quem continuaria atendendo e dificilmente outro profissional interferiria na conduta). No meu entender isso contribui para reforçar a noção de que cabe ao profissional médico a competência para o atendimento à mulher, principalmente no período grávido-puerperal.

Para a atividade educativa é destinado um dia da semana, quando também acontece o agendamento da consulta médica, ou seja, a palestra é o primeiro ponto de contato das mulheres inscritas na unidade com a enfermeira. O agendamento serve como estratégia para possibilitar que a usuária participe do momento de discussão.

Esses encontros acontecem numa ampla sala destinada a reuniões e, geralmente, dura, no máximo, uma hora. Muitas informações são repassadas, referentes à fecundação, gravidez e possíveis intercorrências, sinais de trabalho de parto, cuidados com o bebê nos primeiros dias de vida e outros.

Na palestra a profissional utiliza uma linguagem adequada às usuárias que, conforme observei, permanecem parte do tempo como ouvintes e outra parte com questionamentos e alguns posicionamentos. Mesmo que a palestra, enquanto técnica de abordagem, seja historicamente considerada como prescritiva e autoritária, a enfermeira nessa unidade abre espaço para a usuária, para suas informações e conhecimentos sobre os temas abordados, não se caracterizando uma relação assimétrica. Conforme pude verificar em vários dias de observação, os temas abordados são apontados pelas próprias usuárias, com base em suas necessidades ou mesmo curiosidades.

Nesse espaço acontece a abordagem da discussão em grupo, com esclarecimento de dúvidas; dúvidas tanto para conteúdos clínicos, como outros trazidos pelas próprias mulheres; a usuária pode participar mais de uma vez da mesma atividade, basta comparecer. A intenção é de que ela se sinta livre para o diálogo.

Numa reunião com a gerente, por contingências do serviço, decidi compartilhar da atividade educativa: em alguns dias este trabalho foi assumido como parte do processo de pesquisa, favorecendo o contato e a interação com as mulheres e a realização das entrevistas em continuidade aos encontros de orientação.

As usuárias atendidas na consulta com o médico obstetra são as mesmas que se reúnem em grupo para a atividade educativa (a depender da opção da usuária) na semana; de forma que a cada semana novo grupo se constitui. São grupos diversificados, compostos por primigrávidas e multigrávidas de diferentes faixas etárias e em diferente idade gestacional. A maioria desses grupos iniciou com 5 a 6 participantes e contam atualmente com 10 a 12 mulheres, em média. O fator que sobressai como provável responsável por este incremento de participação é o fato da atividade educativa coincidir em dia e horário com o agendamento.

A história das práticas da Educação em Saúde no Brasil, segundo Oshiro (1988), mostra que na maior parte do tempo e nas mais variadas instituições que foram sendo criadas, o projeto educativo não se descolou do projeto

hegemônico da Medicina, constituindo-se como um conjunto de práticas autoritárias normalizadoras e disciplinadoras de condutas.

Uma vez que no contexto da assistência integral à saúde da mulher a assistência pré-natal traz como finalidade o intercâmbio de experiências e conhecimentos para a compreensão do processo de gestação, a educação em saúde surgiu como importante proposta.

Assim, constituiu-se como entendimento que, para superação da conotação autoritária de tal prática e para que esta represente possibilidade concreta ao alcance de um objetivo maior, os serviços profissionais terão que ensejar o surgimento de propostas alternativas de prestação de atendimento médico-assistencial e admitir a possibilidade de um novo pressuposto: a valorização da qualidade de vida da mulher e do seu bebê.

Isso implica em se considerar princípios como os de cidadania e autonomia, com o desenvolvimento de uma consciência crítica-sanitária e com a participação das mulheres grávidas nas questões que as atingem. Neste sentido, se fazem necessários novos referenciais, que valorizem a comunicação dialógica, a interação de saberes e a reflexão fundamentada em vivências; enfim, que transformem as relações a nível das unidades assistenciais prestadoras de serviços, tanto entre os próprios profissionais como entre estes e as usuárias.

Com base nas observações que realizei, algumas questões emergiram:

- a atividade educativa tem sido marcada pela interação usuária-profissional ou o que a permeia é a impessoalidade e a unilateralidade?
- o reconhecimento da saúde como valor e como direito tem sido destacado como ponto importante de discussão e reflexão nas ações educativas? Estas ações têm objetivado a desmistificação da idéia de gratuidade sobre a assistência prestada nas instituições?
- as reflexões têm permitido a identificação de temas fundamentais à compreensão dos problemas/necessidades das usuárias?
- a atividade educativa tem valorizado a usuária na sua singularidade e potencialidade ou ela precisa encaixar-se no que é considerado comum e esperado da maioria das mulheres?

São questionamentos para os quais não busquei respostas acabadas, mas que constituem importante elemento do objeto em estudo - a assistência pré-natal - e também uma problemática específica, merecedora de novas e futuras pesquisas, que sirvam para, no mínimo, despertar nos profissionais a necessidade de refletirem sobre seus discursos e suas práticas.

Após as observações realizadas e fundamentadas também nos documentos e declarações da gerente, a minha percepção inicial é de que, dentro das condições físicas, dos recursos humanos e materiais de que dispõe, esta unidade de saúde procura cumprir com sua finalidade de assistência a mulheres grávidas, ou seja, objetiva promover a melhoria das condições de saúde da comunidade de sua área de abrangência, por meio do uso de tecnologias simples e eficazes.

Num trabalho conjunto, seus profissionais e o Conselho Gestor amadurecem, no complexo processo de identificar e buscar resolução aos problemas e questões de saúde. Reconhecem que para mudar o cenário atual no que se refere à situação saúde, é preciso assumir a necessidade do caráter multiprofissional; e também que a atitude profissional deve ter em vista a ação educativa com a população.

gerente: Aqui, o planejamento local é feito anualmente, por mim, a gerente, depois de discutir com todos os profissionais da unidade o levantamento das necessidades da comunidade. Posteriormente encaminho à diretoria do distrito. As necessidades da comunidade são trazidas na reunião do Conselho Gestor, que acontece na última quarta-feira de cada mês. Nessas reuniões discutimos e fazemos uma avaliação do serviço, para então tentar melhorar dentro das condições que temos. Mas não ficamos de braços cruzados. Em 1995, devido o aumento da demanda à assistência, conseguimos a reforma/ampliação do centro de saúde. Trabalhamos em equipe, nós e a comunidade, tentando resolver os problemas. Eu acho que é muito por isso que a gente consegue as coisas, a gente que eu digo é todos os profissionais e a comunidade.

O distrito sanitário, no qual essa unidade se inclui, desenvolve, anualmente, uma proposta de Educação em Saúde junto a grupos de interesse de sua área de abrangência, com questões de saúde apontadas pela comunidade.

A consulta médica

Nos primeiros dias de permanência na unidade observei baixa demanda de mulheres grávidas. A gerente confirmou minha observação e atribuiu o fato à ausência temporária do médico por motivos particulares. Na tentativa de recuperar esse contingente e atendendo à solicitação de algumas usuárias, os profissionais decidiram por reformulações na organização do serviço. Transferiram a consulta médica para o período matutino, favorecendo a realização da atividade educativa em grupo e planejando o conteúdo a ser discutido conforme o período gestacional das mulheres agendadas no dia.

As usuárias avaliaram positivamente a iniciativa dos profissionais, o que, no meu entendimento, traduziu-se em melhoria da qualidade de assistência.

Pouco tempo depois, as consultas médicas voltaram ao esquema anterior, o que também agradou a muitas mulheres, que reservavam as manhãs para os afazeres domésticos.

A organização da rede básica de saúde prioriza a consulta individual; consoante a isto, a unidade investigada ainda segue o padrão no qual a consulta médica é considerada central, direcionada principalmente para problemas/necessidades contidas nas fichas e nas queixas referidas no momento. Outras ações, mais solidárias, que percebam a usuária como pessoa inteira, que impliquem em diferentes formas de abordagem ou resolução, começam a se configurar, uma vez que o processo de trabalho não parece girar apenas em torno do atendimento médico. Este, em momentos programados, socializa com a enfermeira e a auxiliar de enfermagem, as questões trazidas pelas usuárias como demandas para atenção à sua saúde.

A pós-consulta

Destinei alguns períodos para observar a usuária grávida imediatamente após a consulta médica.

Esperei por ela no corredor e pude perceber aquele como um momento mesclado por ambigüidades de sensações para a mulher, pois ao mesmo tempo que se tranqüiliza simplesmente por ter sido atendida em alguma necessidade, preocupa-se com o resultado dos exames que foram solicitados; sente-se alegre por ter ouvido as batidas do coração do filho, mas verbaliza certa apreensão quanto à continuidade desse bem estar até o termo da gravidez; e apesar de estar certa da competência do médico, tem dúvidas se poderá procurá-lo caso aconteça algum imprevisto.

Pareceu-me que naquele momento, para aquela mulher, o que existe de concreto é a receita que traz nas mãos, a solicitação de exames e a orientação que recebeu do médico para que não falte às consultas.

A ambigüidade, tão destacada e repetida por ela, parece ser deixada de lado, pelo menos por um tempo, até que as providências objetivas sejam tomadas (quanto aos exames, remédios e outros).

Ao sair da consulta, grande parte das usuárias observadas procura confirmar com o profissional que estiver mais próximo, sobre os dias de atividades às grávidas e de forma especial, o dia da próxima consulta médica.

A "oficina"- terapia ocupacional

Assim é denominado o intervalo de 2 a 3 horas por dois dias na semana, em que as usuárias grávidas, sob orientação da agente comunitária e esta com apoio das enfermeiras, reúnem-se para confeccionarem parte do enxoval dos bebês. Geralmente um mesmo grupo se repete por alguns meses, por disporem de apenas uma máquina de costura e também porque muitas delas não têm habilidade de corte e de medida. Além do que, observei que ali parece não haver pressa; o momento é de relaxamento, geralmente com um

rádio ligado; onde conversam sobre assuntos do dia a dia e onde se permitem também falar do que não falam rotineiramente.

Cada mulher tem direito à metade das peças que confeccionar, uma iniciativa solidária que serve como estímulo, pois estão ali justamente as mais carentes financeiramente.

A outra metade da produção, que inclui também pintura (em pagãs, cueiros), é comercializada num bazar que acontece periodicamente na unidade e as próprias mulheres dos grupos de trabalho adquirem o restante do que produziram. O lucro das vendas reverte para a compra de materiais para novas peças.

Algo chamou minha atenção ao participar das conversas com as usuárias enquanto se ocupavam com tesouras, linhas, pincéis e tintas. Além dos assuntos triviais, elas traziam para aquele espaço o que lhes havia sido informado pelo médico e nos encontros com a enfermeira. Percebi que a intenção era reforçar o entendimento em relação a algum tema ou simplesmente falar mais e mais explicitamente sobre outro. Constatei mais uma vez que, em grupo, as pessoas apesar de resguardarem suas peculiaridades com mecanismos que lhes são próprios, vêem suas desigualdades diminuídas; que o compartilhamento de experiências fortalece as mulheres que se encontram com alguma carência ou ansiedade e este momento as faz sentirem-se menos solitárias e isoladas.

Após descrever, em parte, aspectos assistenciais e os espaços físicos dessa unidade por onde transitam a usuária grávida e outros atores sociais com os quais ela convive quando busca assistência para si e seu bebê, acredito ter construído um panorama geral do cenário escolhido para o estudo. Tendo-o como pano de fundo, algumas mulheres, em maior medida que outras, se destacarão ao revelarem em entrevistas formais, os aspectos captados por elas, donas de histórias únicas.

3.3 As mulheres protagonistas do estudo

Com cautela e boa dose de persistência, a mulher vem cercando e ocupando os vários ângulos da realidade política, econômica e cultural, conseguindo assim se movimentar em esferas públicas e privadas.

Os meios de comunicação divulgam freqüentemente a identidade de algumas mulheres que têm contribuído para o mundo avançar - salvando a terra, protegendo as crianças, lutando por seus corpos, por liberdade, contra a violência e pela sobrevivência. Atuando enfim, pela igualdade, informação, saúde, lazer, liberdade sexual e política, educação e pela paz.

Essas mulheres, de diferentes idades, nacionalidades, potencialidades e classes sociais dedicam muito do seu tempo e todas as forças, às vezes arriscando a própria vida em defesa dos direitos humanos e, em especial, dos direitos femininos.

Os encontros nacionais e internacionais reservam momentos para homenagear com destaque essas pessoas e alertam que existem muitas outras, nos quatro cantos dos cinco continentes, lutando por um mundo melhor e mais digno para se viver.

Nos últimos vinte anos é marcante a mutação em curso na metade da população feminina. No Brasil, em relação as mudanças ocorridas no poder público e na sociedade em geral, os avanços conquistados pela mulher mostram-se mais significativos. Ou seja, basta comparar a mulher de ontem com a cidadã de hoje para se ter uma visão do quanto a brasileira ultrapassou as gerações anteriores, a sociedade e o pensar masculino. Ela já não é a mesma - no trabalho, na escola, nas associações, em casa, no trânsito e no seu próprio imaginário - passa a se enxergar como sujeito capaz de promover mudanças, de perceber que o que considerava seu particular e privado é realidade política e tem estreitas relações com a esfera pública.

A revista *Veja* (Especial Mulher, 1994) opinou que, para a transformação social em curso no país, a visão e o papel das mulheres tem sido essencial. Elas estão fazendo escolhas, selecionando caminhos,

enfrentando problemas e encarando soluções. A brasileira tem solicitado dos seus pares e da sociedade em geral, que revejam os seus mecanismos, de maneira que possam enxergá-la em suas múltiplas potencialidades.

Mas o que tem a ver essa imagem até agora destacada de mulher representativa com as mulheres brasileiras, grávidas e usuárias da rede pública de saúde, singulares e concretas, selecionadas neste estudo?

Talvez nada, no que se refere ao externo e complementar, e tudo, no que diz respeito ao essencial. Essas mulheres querem e lutam pela sua própria sobrevivência, muitas vezes em condições desfavoráveis; se empenham persistentemente na realização afetiva com seus companheiros; tentam conciliar os vários papéis que desempenham, principalmente aqueles fora do âmbito doméstico - por acreditarem que encontrarão novas direções para crescerem, serem vistas, ouvidas e valorizadas - elas querem enfim, a parte que lhes pertence na sociedade, resguardadas as devidas diferenças e minimizadas as desigualdades. Elas encarnam muito bem essa imagem da mulher brasileira atual.

Considerarei essas mulheres, em número de doze, grávidas e usuárias do serviço público de saúde, representantes da maioria de usuárias em nosso meio. A seleção delas foi aleatória, isto é, não obedeceu a nenhum critério prévio, a não ser o da possibilidade de sua realização e da disponibilidade das informantes; já que suas experiências foram o principal objeto de investigação.

Caracterizei-as aqui segundo critérios como: idade, grau de escolaridade, situação conjugal, procedência (endereço), e número de gestações anteriores. Quanto à idade, cinco têm entre 14 e 19 anos e sete têm entre 20 e 30 anos. Quanto ao grau de escolaridade: seis têm o primeiro grau incompleto; quatro têm o primeiro grau completo, uma delas concluiu o curso técnico em contabilidade e uma é analfabeta. Quanto à situação conjugal, a maioria (oito) vive em união consensual. Quanto à procedência, apenas duas residem no bairro onde está situada a unidade de saúde estudada; sete residem em bairros próximos e três em bairros distantes (dependem de transporte coletivo). Em relação ao número de gestações

anteriores, quatro delas são primigestas, seis estão na faixa de duas a três gestações anteriores e duas, grande múltiparas.

A maioria (sete) das entrevistadas procurou assistência pré-natal em torno das doze semanas de gravidez, o que atende as recomendações oficiais (Ministério da Saúde) de que as mulheres devem começar o acompanhamento pré-natal antes do terceiro mês (treze semanas), e terem acesso a pelo menos seis consultas até o parto.

Pretendo focalizar mais esta mulher, olhá-la mais de perto, de modo que passo a apresentar as doze mulheres observadas e entrevistadas, que inspiradas numa fotografia de revista, identificaram-se com alguma figura feminina do mundo da música, do cinema, da moda, da política ... Identificaram-se enfim, com uma outra mulher, certamente por esta outra encarnar muito de si enquanto potencial, desejo e movimento; e para efeito desse estudo, foram autorizadas a emprestarem os nomes (artísticos ou não) correspondentes às figuras escolhidas. Essas mulheres, através da manifestação de suas experiências, construíram o que se constituiu foco deste trabalho - a avaliação da assistência pré-natal.

"Princesa Diana"- Tem 22 anos de idade, grávida pela segunda vez, mora com o pai dos seus filhos num bairro próximo ao centro de saúde onde está fazendo o acompanhamento pré-natal. Cursou o primeiro grau completo e ocupa-se das atividades domésticas. Já conhecia esse serviço, mas no início da atual gravidez procurou uma policlínica, porque o médico deste estava em gozo de férias. Não satisfeita, interrompeu o acompanhamento e reiniciou nesse centro de saúde, que considera de qualidade, pois durante a gravidez anterior precisou de ajuda e foi atendida mesmo sem ter sido previamente agendada. Participa de todas as atividades que o pré-natal oferece, por achar que faz parte de um compromisso assumido entre ela e o serviço; geralmente traz seu filho, o que a deixa bastante tranqüila. Foi bem enfática sobre o atendimento anterior e o atual pois disse que

"aqui sinto em casa, sou atendida quando preciso..."

"Cláudia Raia"- Tem 19 anos de idade e mora num bairro próximo, por isso não depende de transporte coletivo para vir ao centro de saúde. Está grávida pela segunda vez, mora com o seu pai e o primeiro filho, atualmente com 3 anos. Cursou até a quinta série do primeiro grau, e se expressa com desenvoltura; tem o apoio do seu pai e conta, espontaneamente, como faz para enfrentar a resistência dos familiares pelo fato de estar grávida pela segunda vez, sendo solteira. Durante a entrevista faz relações importantes e valoriza muito o que é falado durante as atividades desenvolvidas em grupo. Fez nesse centro de saúde o acompanhamento pré-natal da primeira gravidez desde o início do terceiro mês até o final; da gravidez atual agendou para hoje (dia da entrevista), a segunda consulta; encontra-se com 27 semanas e 4 dias de idade gestacional. Entre as atividades do atual pré-natal, a que mais lhe chamou atenção foi a "oficina", "...que é muito boa porque a gente ouve outras mulheres falar coisas parecidas com as nossas".

"Senadora Marina"- Grávida pela primeira vez, tem 20 anos de idade. Até pouco tempo atrás morava com o namorado, pai do bebê que espera; atualmente mora com sua mãe num bairro próximo. Terminou o curso técnico em contabilidade. Encontra-se nas últimas semanas de gravidez e faz o acompanhamento pré-natal nesse centro de saúde desde as primeiras 12 semanas. Fala espontaneamente e sem intervalos; mesmo assim alega que às vezes a timidez a atrapalha. Está satisfeita com o atendimento que vem recebendo, tece algumas críticas quanto ao tempo (curto) da consulta e tem preferência em ser atendida pelo médico.

Não acho o atendimento completo, porque a consulta é muito rápida, não passa de 20 minutos e não dá tempo prá gente conversar outros assuntos.

"Regina Duarte"- Com aparência de 13, esta usuária afirma ter 15 anos e um filho com quase 3 anos de idade. Residente no bairro que dá nome ao centro de saúde do estudo, mora com sua avó, que a orientou a procurar o serviço para fazer o acompanhamento pré-natal. É uma adolescente que

admite estar se sentindo insegura e precisando de ajuda para garantir o bem estar do seu bebê ; acha que por isso a primeira consulta foi bem demorada, mas... " *falei o que eu bem queria saber sobre gravidez e os problemas que podiam acontecer, prá não ser como da primeira que eu não sabia nada*". No início da atual gravidez procurou uma policlínica, mas frustrada em suas expectativas, veio a esse centro de saúde, avaliando que o atendimento está sendo diferente e melhor.

"Daniela Mercury" - " *O que eu já sei eu passo prá outras, acho que é minha obrigação....*" Assim se expressou essa cuiabana baixinha e desenvolta, uma das duas únicas grandes multigestas do grupo. Tem 27 anos de idade, muito solícita com as outras mulheres, do alto da sua experiência. Grávida pela sexta vez, apenas o primeiro da prole não é filho do companheiro atual. A intuição lhe diz que está no terceiro mês, mas sabe que em caso de dúvida a ultra-sonografia pode esclarecer. Sente-se orgulhosa por ter feito acompanhamento pré-natal de todas as gravidezes e desta vez não vai ser diferente. Morava num bairro distante e logo que mudou a cunhada informou sobre esse serviço. Entende o acompanhamento pré-natal como algo de extremo valor para a mulher e seu bebê, vê-se na necessidade de fazê-lo até o final da gravidez.

"Maitê Proença"- A conversa com essa usuária deixa clara a importância que ela atribui à relação interpessoal com o profissional de saúde. Entende a gravidez como uma fase especial na vida da mulher, e diz isso com a segurança de quem espera atualmente o terceiro filho, com apenas 24 anos de idade. Refere-se a alguns problemas com o marido e quando vence o constrangimento... " *desabafo, desde que sinta confiança em quem me atende*". Não planejou a gravidez atual e precisou de muito apoio emocional para aceitá-la, o que não encontrou entre seus familiares. Acha que nesse sentido a atividade em grupo ajudou-a .

"Xuxa"- Com 23 anos, espera o segundo filho e se diz muito tranqüila com a nova gravidez. Mora com o quase marido, pai do seu primeiro filho, com quem mantém um relacionamento, segundo ela, muito harmonioso. Foi ele, inclusive, quem a orientou a fazer o acompanhamento pré-natal da primeira gravidez, mas da atual ela própria tomou a iniciativa . Mora num bairro distante do centro de saúde mas acha que ... *"qualquer mulher que quiser o melhor para o seu bebê tem que procurar o melhor posto de saúde, nem que for o mais longe"*.

"Vera Fischer"- Com 18 anos, mora com o namorado, pai do primeiro filho, que espera para junho. Coursou até a sexta série do primeiro grau e pretende retomar os estudos quando o nenê tiver uns 6 meses. Reside num bairro não muito distante do centro de saúde e usa o transporte coletivo devido ao calor; comenta que por esta razão o horário da consulta deveria ser alterado... *"prá facilitar a vida da gente; se bem que eu dou um jeito, na volta da consulta passo na casa de uma colega, bebo água e só quando o sol some eu termino o resto do caminho"*. Apesar de parecer introvertida, ao menor estímulo expressa suas dúvidas, transmite suas experiências e se oferece para orientar as outras mulheres na costura e na pintura das fraldas,

fiz curso de corte, de bordado e de cozinha, porque quando a coisa aperta lá em casa, ponho a mão na massa; a vida tá difícil e é covardia deixar tudo por conta do marido, se eu tenho condição vou batalhar também.

"Angélica"- Grávida do primeiro filho, com 20 anos, reside distante do centro de saúde, em companhia do pai do bebê. Este, apesar de não muito entusiasmado com a gravidez, resolveu assumir e enfrentar junto com ela alegando que "se fui homem prá fazer vou ter que ser também prá criar". A usuária admite que *"gostaria de ter planejado a gravidez"* e entende que os dois são responsáveis, mesmo sendo ela quem usava o anticoncepcional; o

namorado soube que a medicação havia acabado e não providenciou dinheiro. Passado o primeiro impacto ele "aceitou" e se empenha em conseguir os passes para ela fazer o acompanhamento na unidade que escolheu, mesmo sendo longe. Veio agendar a segunda consulta, participar da atividade educativa e se inscrever na oficina de enxoval.

"Carla Perez"- Do alto de seus 1.78m é a caçula das usuárias desta pesquisa. Com 14 anos, grávida pela primeira vez, procurou assistência pré-natal na trigésima semana e escolheu este centro de saúde porque "*muitas colegas informaram que quem faz pré-natal aqui ganha o enxoval, então eu vim, é verdade tia?*". Uma vez inscrita, suas consultas foram agendadas com intervalos curtos devido ao estágio avançado da gravidez. Conta que vai ganhar de uma vizinha os passes para vir até o centro de saúde. Expansiva, espontânea, aprendeu rapidamente as primeiras noções de corte e costura, é assídua nas reuniões. Conversa com todos, conquista as pessoas com suas indagações, às vezes engraçadas e inesperadas.

"Ivete Sangalo"- Com 18 anos de idade, essa usuária aguarda a chegada do seu segundo filho. Começou a fazer o acompanhamento pré-natal numa unidade próxima da sua casa, mas mudou para este centro de saúde depois que as atividades lá foram suspensas. Aqui já participou de uma reunião em grupo e foi atendida uma vez pelo médico. Fala pouco, mas expressou sua preocupação em relação ao momento do parto, apesar de ainda estar no início da gravidez; depois de algumas informações ela conclui que *não vou me preocupar, se estou no pré-natal alguém vai me orientar no momento mais oportuno*".

"Suzana Werner"- Residente num bairro distante, encontra-se na quinta gravidez com 26 anos de idade. Sofreu um aborto e um dos filhos já

nasceu morto; tem apenas dois filhos em casa. Sua história obstétrica a deixa preocupada, conforme falou no nosso primeiro contato. No segundo encontro já se mostrava menos tensa, pois "*o doutor pediu a ultra-sonografia, aquela fotografia do nenê, e falou prá mim que depois do resultado é que ele vai poder dizer mais alguma coisa...*". Alguns dias depois, presente na reunião do grupo de mulheres, aparentemente tranqüila relatou que, pela ultra-sonografia, o feto está íntegro e com 12,5 semanas; que agora ela dispõe de condições emocionais para começar pensar no enxoval e participar dos trabalhos da oficina. Sente-se um tanto responsável pela irmã, que também está grávida e foi quem a estimulou a procurar assistência pré-natal.

De alguns fragmentos de falas das usuárias, já é possível destacar alguns elementos importantes da assistência pré-natal: o acesso à unidade, aos recursos, aos profissionais; a possibilidade de troca de conhecimentos; a informação enquanto subsídio essencial de atendimento e a recepção respeitosa que aqui será entendida como acolhimento. Tais elementos foram revelados nos contatos iniciais, na expressão dos seus desejos e nas críticas, quando se fazia o relato das experiências.

4. AS PROTAGONISTAS E SUAS EXPERIÊNCIAS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Por se tratar de um estudo que tem como objeto de investigação a avaliação da assistência pré-natal na ótica das usuárias grávidas, face a face com essas mulheres tentei apreender, a partir de várias falas, suas percepções e proposições, cruzando-as com as minhas próprias observações da unidade.

Nas entrevistas procurei respostas, basicamente, para as seguintes questões:

1. O que as mulheres entendem sobre assistência pré-natal?
2. O que as mulheres vivenciam enquanto assistência pré-natal?
3. O que as mulheres sugerem para a assistência pré-natal?

Estas questões desdobraram-se em diversos momentos e temas que foram compondo uma imagem mais compreensível da experiência destas mulheres no interior do serviço e , especificamente, da assistência pré-natal que não apenas "recebem", mas que buscam, definem, julgam, querem e tentam, com suas próprias condições, poder optar e nela influir. Este caminho de algumas escolhas, muitas ambigüidades, esperas e desejos é que passa agora a ser apresentado.

4.1 EM BUSCA DE ATENDIMENTO: ESCOLHAS DA USUÁRIA GRÁVIDA

Uma colega minha me avisou desse postinho...eu tô vindo desde o terceiro mês. (Princesa Diana)

*Foi minha irmã que me informou, de todo nenê ela faz pré-natal aqui.
(Cláudia Raia)*

Vim por intermédio da minha irmã, prá mim tá sendo bom...eu moro aqui perto e além disso eu precisei do doutor porque tava com dor na barriga e ele me atendeu. (Cláudia Raia)

As falas das mulheres deste estudo evidenciam alguns critérios que acabam por determinar a escolha do serviço pela usuária: a proximidade entre sua residência e a unidade de saúde; a boa experiência anterior - da própria usuária, de parentes ou amigas, de uma figura feminina, enfim, que faça parte de sua história como sujeitos concretos; e, a possibilidade de ser atendida em caso de intercorrência.

Um dos atributos mais valorizados para a escolha do serviço é, sem dúvida, o acesso, visto como um fator prioritário à efetivação do atendimento pré-natal. A economia do dinheiro para o transporte e o tempo poupado na busca de assistência são aspectos comumente mencionados, embora estes não representem problema para a maioria das entrevistadas. Apenas algumas delas moram em bairros mais distantes e alegam que o dispêndio de maior tempo para locomoção até o serviço interfere no cotidiano doméstico, demarcado por compromissos inadiáveis e muitas vezes intransferíveis para outros membros do núcleo familiar. Isto faz lembrar, além da situação econômica concreta, o modo como na nossa sociedade o cuidado da prole é sempre destinado à mulher, o que se explica pela hierarquia de gênero baseada na divisão sexual do trabalho. Na minha opinião, isso representa um obstáculo ao desenvolvimento integral da mulher e à sua vivência, pois restringe o desenvolvimento de seu potencial em áreas ou dimensões novas.

Por outro lado, a distância e os recursos econômicos tornam-se secundários diante do que as mulheres consideram fundamental - o fato de que serão atendidas quando for preciso, por um profissional competente.

...qualquer mulher que quiser o melhor para o seu bebê tem que procurar o melhor posto de saúde, nem que for o mais longe. (Xuxa)

Ao sentir-se bem atendida no serviço, sabendo que alguém está atento a ela, suas preocupações provavelmente serão aliviadas à medida que forem direcionadas pelas demandas próprias da gravidez. Num "clima" de confiança e satisfação, alguns aspectos de certa forma até negativos da dinâmica do serviço, resultam em simples detalhes, como por exemplo, a espera para ser atendida na consulta médica.

*...nem me importo de esperar, quero é ser bem atendida.
(Vera Fischer)*

Espero só uma meia hora, e não me importo. (Angélica)

Pelas falas acima, não se evidencia a espera como problema vivenciado pelas mulheres do estudo. Algumas consideram o fato de esperar como parte do processo de atendimento, que não se restringe a poucas pessoas, e o relativo conforto que a unidade oferece, contribui para aliviar o tempo que gastam enquanto esperam pela consulta. Outras consideraram o tempo de espera como um fator que favorece o atendimento pré-natal, por oportunizar o encontro com outras pessoas que vivem momento semelhante.

Também não fazem referência às dificuldades de agendamento das consultas, a atendimento em caso de intercorrência ou sobre equipamentos disponíveis na unidade:

*Fui atendida toda vez que marcaram e avisaram que eu posso vir fora do dia marcado se tiver algum problema...aí então fiquei mais tranqüila.
(Regina Duarte)*

Foi possível perceber que, assim como outros aspectos, a possibilidade de atendimento extra (não agendado) e a existência de um serviço dinâmico representam elementos que são considerados no momento de qualificar a assistência.

Vale dizer que uma vez confirmada a gravidez, cada mulher é uma mulher e suas reações, embora semelhantes na maioria dos casos, são individuais e particulares; daí o valor do acompanhamento feito por profissional em quem a usuária confie. Nesse momento da sua existência, a mulher está sobrecarregada pelo novo, e precisa compartilhar a experiência com alguém que a ajude a decifrar as transformações do seu organismo. O acompanhamento pré-natal deve ser visto como uma seqüência de encontros entre quem vai parir e quem vai intermediar essa chegada; ou seja, são imprescindíveis, por parte do profissional, competência e disponibilidade. As mulheres, na sua maioria, procuram por isso e o que observam é transmitido a outras, especialmente familiares e amigas.

Surpreendeu-me não ouvir das usuárias, como motivo de escolha, o fato desse serviço pertencer à rede pública, relacionando-o à sua condição econômica. Supus que tenha sido porque, dentre os serviços institucionalizados disponíveis a esta classe social, só existem, em sua maioria, serviços públicos; estes, que deveriam se constituir na porta de entrada do Sistema de Saúde, constituem-se, às vezes, na única forma de atenção disponível. Nesse caso, o acesso e o tipo de atendimento respondem pela escolha pelo serviço; além de algumas facilidades ou vantagens deste, o que pode refletir o nível de carência da população usuária da rede pública de saúde.

Outro aspecto evidenciado entre elas, no que concerne à opção por determinado serviço, trata-se da forma como são recepcionadas:

Me falaram que o pré-natal daqui é muito bom, porque o médico e as enfermeiras conversam e tratam a gente com educação.

(Senadora Marina)

Esta usuária enfatizou a importância de ter sido chamada pelo nome já nos primeiros contatos com o serviço. Percebeu-se individualizada, especial no atendimento, confirmando a íntima relação entre aspectos como cortesia, afabilidade e atenção a acolhimento. Quanto a isto,

observa-se pouca preocupação dos trabalhadores, ou muitas vezes não percebem a importância em entender algumas características próprias do usuário, que serviriam de pistas para realizarem os seus trabalhos. (Leitão, 1995, p.47).

Ou seja, atributos qualitativos ligados diretamente à relação usuária/profissional são destacados; as usuárias buscam no serviço não apenas respostas ou encaminhamentos clínicos; buscam, antes de tudo, serem tratadas como pessoas que são, com direito a serem ouvidas e consideradas em seus sentimentos e expectativas; buscam uma escuta acolhedora, valorização de suas queixas e ajuda para percorrer a trajetória para resolução de seu problema; buscam, além da eficácia do serviço, uma relação interpessoal e intersubjetiva, para troca de saberes e vivências, no espaço próprio dos serviços de saúde. Para Schraiber (1996), essa dimensão relacional é elemento substantivo das ações em saúde, compondo a qualidade e o impacto do serviço.

Pude verificar junto a estas mulheres o modo como não aceitam passivamente a prática dominante, em que dimensões subjetivas costumam ser relegadas em favor da pressa do atendimento, do distanciamento e da imposição de algum recurso tecnológico. Quando a mulher manifesta sua recusa é como se tentasse evitar que aquela prática, de certa forma violenta, torne-se lugar comum no cotidiano dos serviços.

A fala seguinte exprime o desabafo/protesto de uma usuária ante a constatação de ter sido atendida de forma mecânica, sem consideração à sua história clínica e à sua revelia.

...antes de vir aqui fui lá na policlínica X, que é mais perto da minha casa; mas não gostei porque nem conversaram comigo e pediram exame sem nem saber se eu tinha algum problema... não voltei mais lá. (Daniela Mercury)

A procura pela policlínica X ou outra, comumente relaciona-se à preferência em função do porte do serviço e da suposta abundância de recursos materiais e humanos, sugerindo maiores possibilidades na resolução dos problemas. Ao se ver frustrada nesta expectativa, a usuária busca outra unidade. Essa atitude mostra que a mulher desenvolve estratégias para ter acesso a um atendimento mais adequado e para diminuir o desgaste imposto pela procura de assistência.

Inferi que o acesso às consultas, de maior ou menor qualidade, não é facilitado por alguns serviços; nesse caso específico, ele aconteceu em função do empenho da própria usuária face à precariedade da oferta.

O atendimento "clínico", que tem como meta o processo de "cura", associado ao desenvolvimento da tecnologia, quase que imperativos do ponto de vista da atual lógica dos serviços, provoca um distanciamento entre os profissionais e as mulheres que buscam assistência pré-natal. Processa-se um tipo tácito de "recusa" do atendimento quando estas mulheres se vêem como sujeitos integrais e querem se ver respeitadas de acordo com as especificidades que a sua condição social define nas relações delas com os serviços e nos seus processos. Essa "recusa", apesar de ainda não representar manifestação comum nos serviços de saúde, atualmente tem se mostrado mais significativa, talvez até muito mais do que possam imaginar os profissionais, acostumados com a "paciente", passiva e supostamente satisfeita com o atendimento, que historicamente medicaliza suas queixas.

Percebi também que o modelo de prática médica vigente, alicerçada no sistema capitalista, volta-se mais para a doença, em que a medicação assume um importante papel. Esta característica do modelo, às vezes é rejeitada pela usuária:

...acho bom também porque aqui o médico não manda tomar remédio por qualquer coisa, tem que ser por um motivo justo.

(Maitê Proença)

Essas falas me indicaram que um bom atendimento para uma mulher não é necessariamente bom para outra. Quando expressa que deseja que a

ela se dirijam "falando com jeito" , ou quando não admite ser considerada "uma ignorante qualquer", a mulher está se referindo à humanização do serviço, que uma vez presente confere a este qualidade da atenção à saúde.

Essas opiniões das usuárias, relacionadas ao fator humanização, sobressaem-se e deveriam ser melhor consideradas pelos provedores de saúde, pois entre estas na verdade parece persistir uma visão da clientela como menos qualificada; percepções muitas vezes permeadas por preconceitos e simbolizações pouco refletidas.

A tendência da grande maioria das entrevistadas é pelo atendimento em que haja um equilíbrio entre suas necessidades subjetivas e aquelas identificadas como necessidades já absorvidas pelo serviço, em termos do que este dispõe de recursos tecnológicos. As pressões das usuárias implicam também em melhor atendimento médico, que inclui a competência técnica e o relacionamento pessoal dos profissionais de saúde, este último mais enfatizado:

Eu acho que mereço ser bem atendida, quer dizer, que eu possa falar o que penso, não só olhar prá minha cara, pedir exame e me mandar embora como se eu não tivesse nada prá falar, como se eu fosse uma ignorante qualquer.

(Regina Duarte)

Interroguei-me sobre os motivos de tamanha valorização ao aspecto subjetivo: é o que lhes falta nos serviços?; são suas maiores carências, face à qualidade de vida de que dispõem?; é "consciência" de suas necessidades enquanto sujeito integral? é resistência a sua autonomia/cidadania "roubadas"?

Na opinião das mulheres, quem as recebe ali, no âmbito do serviço, deve estar capacitado e interessado em atendê-las com presteza e segurança. Pois de alguma forma reivindicarão o direito às informações; estas dizem respeito a horário de atendimento, dinâmica do serviço em relação à exames, agendamentos, composição profissional e condições do bebê. Parecem achar que munidas de informações estarão instrumentalizadas para

exigir um mínimo de integralidade do serviço, em condições de procurar qualidade de atendimento e de serem mais críticas em relação ao sistema em geral. Quando a Organização Mundial de Saúde (OMS) redefiniu saúde, incorporou a esta aspectos sociais, culturais e emocionais; assim, saúde passou a ser vista como algo a ser conquistado, o que implica num envolvimento das usuárias, dos profissionais e do governo. Várias das mulheres entrevistadas solicitam atenção, compreensão e diálogo ao afirmarem que:

Prá mim, ser bem atendida é eu chegar no posto, perguntar o que eu preciso saber e o funcionário informar logo se vou ser atendida, e quem vai me atender...(Princesa Diana)

Demonstraram também que quando são ouvidas, manifestam dúvidas quanto aos seus corpos, e um grande número delas quer saber se é normal o que sentem, isto é, se o corpo está funcionando corretamente na fase de gravidez em que se encontram.

...então, eu acho que fui bem atendida, porque o doutor conversou comigo, pediu exame de sangue, urina e ultra-sonografia; eu tava com uma dor na barriga e ele me deu um remédio, aí senti que ele tava interessado. (Vera Fischer)

Ficou implícito que em alguma medida tenta-se superar o distanciamento entre usuária (população) e profissionais (órgãos públicos). Distanciamento gerado pelo autoritarismo e concentração de poder do sistema de saúde e, por outro lado, pela condição feminina socialmente determinada, contribuindo para a manutenção dos mecanismos autoritários.

No entanto, este enfrentamento, pode-se dizer permanente, com os órgãos públicos, promove o surgimento de um saber, propiciado pelo encontro entre a reivindicação de direitos e entre as próprias mulheres com suas distintas experiências.

Indagadas em relação ao acompanhamento pré-natal das gravidezes anteriores, várias mulheres afirmaram, com certo orgulho, sobre a procura já

nos primeiros meses de gravidez; as que não fizeram o mesmo, alegaram dificuldade de acesso aos serviços por morarem em região rural, à época, apesar de estarem cientes da importância da assistência pré-natal. Outras responderam que estão informadas sobre esta assistência e sua importância. Argumentando, ponderei que nem sempre estar informado significa conhecer; da mesma forma que conhecer não significa, necessariamente, fazer; e, por consequência, "ter a necessidade de" é diferente de "estar ciente da necessidade". Portanto, o que pode provocar ações condizentes com mudanças e atitudes voluntárias e críticas, é, entre outros, um certo senso de responsabilidade (individual ou coletivo) que nasce da própria percepção de mínima autonomia.

Considero pertinente destacar que

não existem estatísticas precisas, mas estima-se que 50% das gestantes brasileiras não façam o pré-natal ou façam uma única consulta ao ginecologista durante os nove meses de gravidez. (Revista Realidade Hospitalar, 1997, p.9).

Sabe-se no entanto, que muitas das mortes de mães, fetos e bebês poderiam ser evitadas com medidas simples. Às mulheres grávidas, caberia procurar atendimento e, em contrapartida, caberia ao sistema de saúde oferecer o atendimento de forma eficiente.

O Jornal Nacional, edição de 07.04.98 anunciou, entre suas manchetes, que "uma entre 130 mulheres grávidas no Brasil corre algum tipo de risco". Divulgou também nova versão de uma campanha governamental, a da Maternidade Segura, apoiada no pressuposto da necessidade de, no mínimo, 4 consultas durante os 9 meses de gravidez para que esta seja bem sucedida.

Como a manchete não entrou em detalhes, supus que o sucesso mencionado referiu-se ao nascimento de uma criança viva, saudável e, quanto à mãe, livre de complicações. Afirmção que considerarei, com base na minha vivência como enfermeira obstetra e nas leituras recentemente realizadas, de certa forma pretensiosa, pois mesmo o pré-natal criterioso, de caráter preventivo, permite apenas contornar possíveis ocorrências, não

"livrando", conceito e mãe, de complicações. Ou seja, o valor maior da assistência pré-natal não está no número de consultas, este é um dado relativo; aliás, o aumento desse número pode nem ter impacto nas taxas de mortalidade materna e perinatal se as consultas se reduzirem a "...rituais seguidos sofrivelmente, mal padronizados e não avaliados" (Senna, apud Schraiber 1996).

Além do mais, a exemplo das anteriores, a atual campanha trouxe embutida a valorização do aspecto quantitativo da assistência à mulher durante o período gravídico. Sem negar a importância desse, a questão que emergiu foi de que a reportagem não privilegiou o aspecto qualitativo da assistência pré-natal. Isto é, perpetua-se, nessa primeira divulgação da atual campanha, a hegemonia do clínico; se nem mesmo acentua a perspectiva qualitativa nos limites clínicos, tampouco "toca" na possibilidade do convívio mais humanizado, mais próximo da usuária grávida, considerando-a como pessoa que tem desejos, expectativas, curiosidades, sonhos e medos.

Muito além das mudanças físicas e hormonais, as emoções, percepções e pensamentos podem sofrer uma verdadeira revolução na gravidez, daí a importância da valorização da dimensão psicológica da mulher, que não se deve limitar ao número de consultas ou exame físico; e sim ao adequado acolhimento de suas carências e valorização de suas potencialidades. Pergunto-me então se o percentual de mulheres assistidas nos serviços de pré-natal tem sido diretamente proporcional às taxas de mortalidade materna, considerando a falta de acompanhamento emocional às mulheres durante a gestação.

4.2 "ENTRE MUDANÇAS E INCERTEZAS": O OLHAR SOBRE A PRÓPRIA VIVÊNCIA

A maioria das grávidas revelou entender a assistência pré-natal como importante, manifestando diversas idéias sobre o assunto:

Eu entendo o pré-natal como uma preparação desde o início da gravidez até o parto. (Angélica)

Acho que é um tipo de investigação, né, prá ver como está o nenê da gente. (Carla Perez)

Eu tenho prá mim que é uma espécie de tratamento, eu quero saber... (Xuxa)

Esta última fala revela o processo gravídico associado a noção de doença. Sabe-se que muitas mulheres são às vezes até reforçadas nessa representação. Nessa perspectiva a experiência gestacional passa então a ser tratada como um **processo sujeito ao controle médico** e conseqüentemente o seu decurso e resolução estão associados ao pré-natal. Nesse atendimento está em jogo o controle sobre o próprio corpo da mulher, constituindo-se em importante espaço para a construção de comportamentos relacionados à reprodução.

Percebe-se também que elas querem maiores explicações sobre o processo que ora vivenciam; uma vez informadas poderão obter melhorias reais nas suas condições de saúde.

As falas permitem supor também que um componente básico da busca desta usuária, nesse momento e nessa realidade, seja a aquisição de algum conhecimento e também a elaboração de opiniões a respeito do que está vivenciando. Suposição esta mencionada por Maldonado (1996) que aponta a vulnerabilidade da mulher grávida à ajuda, seja para aquisição de conhecimentos ou para o desenvolvimento de alguma habilidade. Consciente ou inconscientemente, talvez isso represente para ela, a princípio relegada socialmente, um primeiro passo para tornar menos incompleta sua cidadania,

que também pode ser expressa em forma de desejo e de necessidade. Esta visão de cidadania, pautada em aspectos subjetivos mais específicos da mulher, articula-se ao gênero feminino, conceito este, que por sua vez, limita ou expande as possibilidades dos indivíduos no contexto social brasileiro.

O saber/fazer em saúde, no que se refere às funções da mulher, principalmente na reprodução, incorporam uma orientação masculina, legitimada pela ciência e originada pela forma como a mulher, seu corpo e suas necessidades são vistas em uma sociedade que a desvaloriza em sua condição de gênero feminino.

Buscando assistência para si própria ou para o seu bebê, percebi que o entendimento que têm sobre assistência pré-natal e até a importância que a esta atribuem reside no **zelo com seu corpo e a saúde do filho**. Fato que se mostra natural, já que mesmo as grávidas pela primeira vez sabem de antemão que irão trilhar um caminho longo, permeado por desconforto, alegria, medos e descobertas.

A gravidez provoca emoções prazerosas, assim como zelos excessivos, às vezes. Mas entre sintomas e incertezas, pode haver realmente alguma chance de risco, escondido em informações microscópicas do organismo, que os exames pré-natais diagnosticam. Nesse raciocínio torna-se simples a compreensão de que para as usuárias a assistência pré-natal é explicada pela perspectiva do que poderá propiciar em termos de saúde ao binômio mãe-filho.

Esta compreensão reforça o fato de que a procura por serviços médicos em geral é fundamentalmente marcada por um caráter de **compulsoriedade**. Em se tratando da saúde da mulher, alguns princípios morais condicionam-na para a função reprodutiva. Nessas circunstâncias, o saber médico reforça a noção de que cabe a ele o poder de entender o que se passa no corpo de cada mulher. Isso está tão aderido culturalmente, que independente de classe social ou grau de escolaridade, estar grávida pressupõe assistência pré-natal e ponto final. Sem questionamento, o pré-natal passa a ser obrigatório para o sucesso da gravidez. À medida que as mulheres são encaminhadas ao pré-natal, mais estreita se torna a relação

com o sistema médico em função da fragilidade da mulher e dos riscos que a ameaçam enquanto grávida.

Eu vim porque estou grávida, e minha avó disse que mesmo se não tiver problema, o médico tem que me ver... (Regina Duarte)

A figura do profissional

A saúde do bebê, enquanto motivação máxima da mulher que procura assistência, se coloca na dependência do profissional que a atende; isto é, seja o médico, a enfermeira ou a auxiliar de enfermagem, ela espera que a atendam bem, com vistas à saúde do filho e também à sua, confirmando isso quando diz:

Aqui quem me atende é a auxiliar na pré-consulta, a enfermeira com as aulas e o doutor na consulta. Eu gosto dos três, quero é que eles olhem bem eu e o meu nenê. (Ivete Sangalo)

Aqui nesse posto tem a enfermeira com as aulas e o doutor que faz as consultas, prá mim os dois são bons. (Suzana Werner)

Além de associarem o processo de gravidez ao pré-natal, algumas mulheres dão grande importância em serem atendidas pelo médico, mesmo na incerteza de poderem falar das suas percepções quanto às necessidades ou expectativas. Isso contribui para fortalecer a primazia da figura do médico na assistência a gravidez.

De todos aqui eu prefiro o doutor. (Angélica)

Observei que nas referências positivas ao atendimento há sinais de proximidade e mesmo de certa familiaridade entre usuárias e equipe do serviço, o que facilita o entrosamento e que deveria se expressar num atendimento melhor. Quando o entrosamento acontece aumenta a possibilidade de tornar mais estreita a relação da usuária com o profissional, para que o carecimento daquela passe a ser um problema percebido por este.

Evidencia-se também certa tendência em não centralizar na figura do médico a principal referência em termos de composição profissional. Nesse centro de saúde o atendimento às usuárias grávidas foi sempre uma responsabilidade partilhada entre o médico ginecologista e as enfermeiras, apoiados posteriormente pela chegada da agente comunitária. Atribuo a isso o fato de as entrevistadas não terem centrado apenas no profissional médico os seus comentários quando lhes perguntei sobre o atendimento atual.

Prá mim tá sendo bom. O médico é o mesmo que fez da minha primeira gravidez, as enfermeiras continuam aqui e tá melhorando cada vez mais.
(Senadora Marina)

Para essa e várias outras usuárias, o médico ainda é rotulado como bom e eficiente quando "usa o aparelhinho", em detrimento à possibilidade de resolução dos seus agravos. No caso específico da mulher grávida, o aparelho utilizado adquire importância ainda maior, pois indica o bem estar do filho, o que determina a emergência de fortes sensações.

Tô achando ótimo, o doutor até já colocou o aparelho prá ouvir o coração do nenê. (Vera Fischer)

Novamente revelam o valor atribuído ao recurso tecnológico inerente a certa assimilação do padrão médico dominante, em que a realização de procedimentos como a ausculta através do aparelho denominado Sonar, torna-se indispensável à avaliação diagnóstica. Sugerindo um desenvolvimento tecnológico e científico de tal ordem que passa a exigir que todos os procedimentos e instrumentos sejam colocados ao alcance de todos, numa utilização indiscriminada.

Vale citar que a maioria dos exames/procedimentos que requerem alta tecnologia estão longe do alcance do esmagador contingente da população, além do que sequer conhecem esses exames. Simples ou sofisticados, é preciso que as mulheres saibam dos procedimentos existentes e quais os caminhos para ter acesso àqueles que protegerão, a elas e a seus filhos, de danos às vezes irreversíveis e outros, possíveis de correção, desde que

detectados em tempo hábil. Aos poucos estamos assistindo a divulgação de tais procedimentos e parece ser uma questão de tempo que a maioria das mulheres saiba da sua existência e eficácia.

Sem desmerecer sua importância, o que se deve combater é a predominância de tais medidas sobre o valor de um diálogo (anamnese) e da clínica (exame físico); ou impedir que o "acolhimento" seja substituído pelo arsenal técnico. O grande perigo está na possibilidade de, nesse caminho, a mulher se tornar objeto da tecnologia, o que se assiste principalmente na obstetrícia, cujo exemplo concreto é o número de cesarianas no Brasil. Questiono então sobre o impacto da tecnologia na redução da morbi/mortalidade materna e neonatal. A usuária talvez muitas vezes desconheça a lógica mercantil que determina alternativas profiláticas e procedimentos diagnósticos, amplamente reforçados pela mídia, em apresentações duvidosas e parciais sobre a realidade de saúde do nosso país.

Destaco como critério de qualidade atribuído ao atendimento pelas usuárias, a atividade organizada e sistematizada das oficinas de reflexão, espaço que elas consideram especial, pela proximidade com as outras mulheres também usuárias grávidas e pela possibilidade de trocar experiências. Estas oficinas funcionam como parte da estrutura da assistência pré-natal, sob responsabilidade da enfermeira, a quem as mulheres dirigem comentários como :

...e essa oficina prá conversar que é muito boa, porque a gente ouve outras mulheres falar umas coisas parecidas com as nossas, e a enfermeira depois vai explicando. (Cláudia Raia)

Em outras palavras, aquilo que a mulher vive, quando compartilhado e refletido, abre uma porta para a compreensão de si mesma e também de outras mulheres.

Já tô careca de conhecer pré-natal, escolhi este porque minha cunhada falou que tem a parte de aula com a enfermeira, e isso prá mim é importante...o que eu sei é que tudo é um repasse, prá todo mundo acabar aprendendo. (Daniela Mercury)

Embora a enfermeira constate que sua clientela seja de nível econômico menos favorecido, sendo algumas "carentes", não parece ver isto como obstáculo para uma relação satisfatória, e de maior proximidade. Ela vê a usuária como alguém que sabe o que quer e esta por sua vez deposita na enfermeira, com seus conhecimentos, a possibilidade de ter respondidas suas perguntas, esclarecidas suas dúvidas e encaminhadas suas necessidades. Mesmo que as queixas tenham por referência primeira o corpo biológico, a mulher não quer ser vista abstraída das suas determinações psicossociais e culturais. O que geralmente se contrapõe à imagem que fazem do médico, pois informam que:

Não recebo orientação do médico. (Senadora Marina)

Na primeira consulta não tive orientação do médico, só depois que eu recebi os exames, ele falou prá mim colocar os pés prá cima e comer com pouco sal; agora, na aulinha a gente é orientada sobre o que perguntar. (Carla Perez)

A enfermeira que orienta mais, ela tem mais jeito, acho que o doutor é mais prá tratar da gente. (Regina Duarte)

Salvo algumas exceções, pelas falas é razoável supor que há uma carência importante do trabalho educativo por parte do profissional médico.

Quando há interesse do profissional de saúde em realizar um trabalho educativo a receptividade é satisfatória e os resultados são positivos. Na minha percepção, o profissional médico geralmente não se mostra interessado em valorizar o potencial de aprendizado da usuária, talvez até por ter incorporado o seu papel como essencialmente clínico, tanto pelo sistema de saúde como pela própria população. Por sua vez, a profissional enfermeira parece estar investindo mais no aspecto educativo da assistência, talvez por entender este como uma nova alternativa de atenção à saúde das pessoas que não precisa dividir com nenhum outro profissional. Assim motivada, a enfermeira percebe na mulher um grau de esclarecimento e atitudes bem definidos na exposição e condução dos seus problemas, além de geralmente

demonstrar maior receptividade. Como a lógica que direciona esse modelo assistencial é voltada para o desenvolvimento de ações de cunho individual, as ações ditas de caráter mais coletivo passam a ser executadas de acordo com a disposição e iniciativa de algum profissional mais persistente, médico ou enfermeira.

Este aspecto pode servir como termômetro, tanto no andamento dos trabalhos como nos resultados obtidos pelo serviço, e indicar, como possibilidade de melhoria, a integração dos profissionais, constituindo-se numa equipe multiprofissional a realizar uma atividade conjunta.

Penso ser pertinente mencionar nessa discussão que as relações configuram-se como mais próximas ou mais distantes também em função do lugar e do papel atribuídos histórica e culturalmente ao médico e ao usuário. Diante do saber médico o usuário pouco ou nada questiona. Àquele se atribui o saber como algo inerente e intransferível; a esse, a ignorância e disponibilidade para receber passivamente o que lhe for imposto. Essa dicotomia, entre o conhecimento técnico do profissional e o suposto desconhecimento da mulher sobre si mesma constitui-se em campo propício ao desenvolvimento das relações de poder unilaterais. Nessa perspectiva, um dirige e o outro aceita, numa assimetria que geralmente privilegia o profissional; em outras palavras, o usuário parece sempre fragilizado, diante dos profissionais e das organizações.

Outro elemento que também contribui para configurar as relações como mais próximas ou mais distantes é a histórica desvalorização da mulher em nossa sociedade. As expressões subjetivas femininas não são identificadas e entendidas como merecedoras de atenção pela prática assistencial dominante. Isto se revela em algumas falas que configuram um atendimento permeado por contradições de classe social e gênero. Sendo assim a usuária grávida se vê duplamente atingida: por ser mulher vivendo numa sociedade androcêntrica e patriarcal e por depender da rede de serviços onde é tratada como "paciente". Repete-se a situação de subordinação, gerada e geradora de uma assimetria constituinte na nossa sociedade, marcada por vários elementos, inclusive o de gênero, a delinear a posição dos indivíduos.

Um aspecto não apreendido das falas, mas abstraído a partir delas é que da mulher é expropriado o processo de gravidez, ao tempo que acontece uma devolução dele a ela mediado por concepções técnicas e ideológicas, onde a normatização do seu papel sexual (concepção, nascimento e vínculo com o filho) é ditado por padrões que servem à reprodução social. Esta percepção pode ser ratificada por Xavier (1989), quando afirma que

...da concepção ao puerpério, um círculo se fecha em torno do corpo da mulher, onde submetido a um imaginário técnico da prática médica, o ver e o olhar - os gestos e as falas ocupam um lugar central no discurso e na clínica da medicina dominados pela eficácia e pela precisão, de um saber que se crê absoluto sobre a vida, a morte, a dor e o sofrimento. O pai sabe, o médico sabe, a mulher ouve e não é escutada, e se é, logo é descartada.

O saber feminino

Depreendo de algumas falas, um aspecto para ser comentado: o saber produzido pela mulher como um elemento, que quando manifestado é desvalorizado por ela mesma, ou enquadrado em camadas inferiores do conhecimento, condizente com sua situação social. Não esquecendo que tal situação social é marcadamente definida pela desigualdade entre os sexos.

Apesar dos limites que lhes são impostos, social e culturalmente, a mulher já não pode desconhecer a importância do seu corpo enquanto sede de conhecimento, já que é ele marcado pelos ciclos e eventos das várias fases da sua sexualidade. Já não pode mais desconhecer a necessidade de estar ciente de que os subsídios norteadores de medidas preventivas, diagnósticas e terapêuticas se voltam para este corpo e a ele se dirigem, sendo ela, a mulher que está sendo atendida, o principal sujeito do processo.

Certamente a mulher tem condição de acrescentar aos estudos (sobre gravidez, procriação e outros) o ponto de vista subjetivo, trazendo o vivenciado como referencial para se tratar cada um desses assuntos que lhe

dizem respeito. É fundamental buscar maior compreensão desse saber para melhoria dos serviços básicos. Acrescenta-se a isso o fato de que o corpo abriga também a base para o desenho da identidade social, onde se definirão alguns elementos (valores, tarefas entre outras), elaborados a partir das experiências vividas, diferenciados entre homens e mulheres, mantendo sempre o gênero como suporte e condição suficiente.

A mulher, estimulada pelas micro e macro estruturas que a cercam, é preparada para a gravidez desde a mais tenra idade, numa aura de mitos e aparatos; ao tempo que vai apreendendo todo o sentido social da gravidez e da maternidade, em função de seu gênero. A ela é atribuído o papel de reprodutora; simultânea e paradoxalmente, dela é expropriado o saber construído pela vivência do processo gravídico, esta sim intransferível. Isso tem sido, em alguma medida, incorporado pelas próprias mulheres, o que se percebe quando as informantes desautorizam-se da condição de conhecer o seu próprio processo de gravidez.

É uma coisa necessária (pré-natal), porque eu sozinha não posso adivinhar como tá o nenê na minha barriga. (Regina Duarte)

Algumas expressam, nas falas, certas ambigüidades, ou melhor, seus depoimentos soam como reforço ao poder já historicamente conferido ao saber dominante em saúde.

No processo de gravidez, a mulher é a protagonista, pois está presente em todas as fases, da concepção à resolução; e vive em todas elas ansiedades, medos, dúvidas, sonhos e desafios que serão os elementos na edificação do seu conhecimento. Elementos que conforme Grisci (1994), perfazem uma história, a história de sua vida. É o seu saber, o saber que a usuária tenta, lenta e às vezes timidamente, revelar e compartilhar, nos diversos âmbitos do serviço de saúde:

À espera da consulta médica uma das entrevistadas diz:

Da outra vez falei com ele sobre minha preocupação, acho que tenho diabete e ele pediu exame prá ver a taxa de glicose.(Cláudia Raia)

Algumas expressam sua dor/queixa, superando às vezes, o constrangimento que lhes causa exporem-se e solicitarem auxílio. Outras chegam com uma queixa específica, enquanto que um número menor está à procura apenas das ações que fazem parte da rotina do pré-natal. Essa diferença entre as usuárias, relacionada a volume/tipo de queixa não parece ser algo para o qual os profissionais estejam atentos; a prática nos serviços aponta mais para um nivelamento, no que se refere às necessidades de quem procura assistência.

Uma das usuárias disse que se estivesse tudo normal com sua gravidez poderia até se tratar em casa, o que me fez levantar a hipótese de que as doenças de maior gravidade são objeto de preocupação enquanto que as outras são menos valorizadas, podendo ser resolvidas sem os recursos médicos institucionalizados. A prioridade para as intercorrências mais graves evidencia que o processo patológico vem revestido de uma certa urgência, obrigando a transposição de obstáculos que seriam impeditivos em outras circunstâncias.

No intervalo da reunião de grupo outra mulher diz:

Prá ter um nenê sem problema vou precisar de ajuda e muita orientação da enfermeira, se bem que alguma coisa eu já sei... (Princesa Diana)

As falas não deixam dúvidas quanto à prévia compreensão que a mulher tem dos seus problemas, chegando mesmo a sugerir caminhos que conduzam à resolução deles. A mulher precisa crer mais no que sente e intui e não somente naquilo que vê e escuta; precisa valorizar suas pequenas ações e descobrir a riqueza embutida no sutil, no gesto, no toque que às vezes ela tem como menor.

"Preocupações de mulher"

Chamou minha atenção, na fala anterior, a preocupação desta e de outras mulheres em terem um nenê sem problemas. Evidencia-se aí que as informações veiculadas nos serviços de saúde reforçam o papel da mulher como única responsável em gerar filhos ; e filhos hígidos, de preferência. Praticamente isentam o pai, o colocam à parte, recaindo sobre ela toda a responsabilidade, assim como os agravos psíquicos. Não se pode negar, no entanto, que a gravidez também influencia o homem, e cada um, à sua maneira, solidariza-se com a mulher na divisão das responsabilidades com o filho. Por outro lado, o acompanhamento pré-natal que contemple a figura e o papel do pai ainda não faz parte da estrutura de assistência da grande maioria dos serviços de saúde.

O que se apresenta como desafio, dentro do atendimento à usuária grávida, são os problemas não somáticos, as chamadas "preocupações de mulher". São assim denominadas por não corresponderem às necessidades normatizadas pelo sistema e pelos serviços; e como conseqüência da forma discriminatória da sociedade organizada em relação ao gênero feminino. Sobre isso Maldonado (1985) argumenta que a evolução tecnológica da obstetrícia resultou numa profunda dissociação entre os aspectos somáticos e emocionais no atendimento clínico. Kitzinger (1987) considera que a utilização muitas vezes indiscriminada de procedimentos para avaliação diagnóstica da vitalidade do feto, sem referência à mulher, como pessoa, pode causar confusão e angústia nas gestantes.

Incluem-se entre as chamadas "preocupações", as ansiedades, os medos, as dúvidas, os sonhos e enfrentamentos que juntos configuram a gravidez como uma das crises do ciclo vital, que "invadem" a mulher nas suas dimensões biológica, cultural e psicossocial. O tema gravidez, na psicologia, é abordado como um momento existencial de extrema importância no ciclo vital da mulher. Um verdadeiro fenômeno natural, direta e intimamente vinculado às vivências quotidianas e individuais. Na opinião de Marcon (1989),

quando se nega a singularidade de cada indivíduo e a elaboração própria de sua história socialmente vivida, se impede que o contato com os profissionais de saúde possa resultar no atendimento às expectativas de quem o procurou.

A repercussão da gravidez sobre o organismo feminino está alicerçada na interrelação entre as alterações físicas evidentes e as que acontecem interiormente na mulher, gradativamente modificada com a evolução do processo. A gravidez interfere de forma implacável na vida pessoal e profissional da mulher, enfim, nas suas relações.

Em geral os profissionais assumem os problemas clínicos, por eles reconhecidos como concretos; os outros, ligados ao psíquico, ou são considerados como pertencentes à esfera dos insolúveis e externos aos consultórios, ou no melhor dos casos, delegados à enfermeira, supostamente mais afeita e acessível a estas questões.

Vale ressaltar que algumas autoras revelam o interesse de enfermeiras em explorar a situação da mulher grávida além da dimensão biológica. Entre elas, destaco Nascimento (1984), que apontou a importância/necessidade de se considerar os sentimentos da mulher durante o ciclo gravídico. Por sua vez Marcon (1989) valorizou as percepções da mulher sobre as alterações que ocorrem durante a gravidez; Patrício (1990), preocupou-se com o aspecto social da mulher grávida e Yoshioca (1996) estudou, entre outras, o significado da assistência pré-natal para as gestantes.

Entre as entrevistadas algumas admitem ter iniciativa para conversar mais sobre o que está diretamente relacionado com a gravidez e boa parte delas posiciona-se revelando outras necessidades ligadas à esfera da sexualidade, ainda que do ponto de vista biológico:

Eu converso sobre sexo, sobre os problemas com meu marido, porque não posso guardar tudo sozinha prá mim. (Daniela Mercury)

Eu falo sobre o nenê e sobre minha vida com meu marido, como estão as coisas em casa. Um dia entrei chorando e não saí enquanto não desabafei. (Maitê Proença)

Essas falas levaram-me a refletir sobre a necessidade de estarmos (profissionais) atentos, por ocasião do atendimento à usuária, pois existe ali mais do que necessidade de assistência clínico-obstétrica, isto é, permeando o compartilhamento de saberes existem também ocultamentos, sentimentos, desejos e expectativas.

A restrição que algumas mulheres têm em conversar sobre outros assuntos, em especial aqueles ligados à sexualidade, origina-se, no meu entender, tanto na negação do saber sobre sua sexualidade como na assistência que fragmentada, trata a mulher como objeto de cuidado. Essa concepção conquistou certa hegemonia nas áreas biológica e sociológica, que não condizem com o entendimento aqui posto sobre as dimensões e potencialidades humanas.

Segundo Pamplona (1990), o silêncio e o ocultamento do saber sobre a sexualidade não é vazio de significado, é um silêncio que significa a transmissão de um modelo de ser mulher, no qual o não saber, o desconhecimento, é entendido como algo natural à expectativa de conduta adequada à condição feminina. Neste sentido os tabus, preconceitos e regras de conduta que envolvem a questão da sexualidade, constituem-se em estratégia do silêncio através da qual a sociedade exerce o controle sobre o corpo da mulher.

As falas anteriores podem também ser exemplos de que a mulher que busca o serviço espera ser o sujeito da atenção em saúde, para ser ouvida, reconhecida e ver respeitados os seus direitos no espaço de atendimento.

Cada usuária tenta, a seu modo, encontrar no serviço, formas de satisfazer necessidades que apenas ela conhece; à medida que recebe estímulos, as revela. São necessidades que se traduzem tanto em queixas clínicas como em busca por ajuda concreta na economia doméstica; quaisquer que sejam, promovem uma ligação efetiva entre a usuária e o serviço; e a modalidade de auxílio desejado é compatível com a sua condição social.

Muitas colegas informaram que quem faz o pré-natal aqui ganha o enxoval, então eu vim porque meu nenê inda não tem nada. (Carla Perez)

Essa fala sugere que a ajuda material implica em subalternidade e sujeição de alguém que precisa e está recebendo uma dádiva. Um olhar mais atento alertou-me para a possibilidade de haver nessa situação, certo acordo entre a usuária e o serviço. Ou seja, ela precisa do bem concreto que é o enxoval e o serviço precisa cumprir sua função social de atendimento; ambos estariam então, num pacto velado, satisfazendo suas expectativas. Mesmo reconhecendo os limites desta relação velada é preciso refletir sobre as possibilidades de espaços como estes, que menos comprometidos com o modelo assistencial clínico, ganham em abertura para novas experiências, onde a dimensão verdadeiramente educativa pode emergir. Além de ser apropriado para desmistificar a idéia de gratuidade sobre a assistência prestada nas instituições públicas e recuperar a noção de contribuinte direta ou indireta da clientela, visando à sua aproximação com o serviço.

4.3 A POSSIBILIDADE DE CONSTRUÇÃO DE UM ESPAÇO EDUCATIVO

Ao solicitar sugestões para melhoria da atenção prestada, algumas entrevistadas consideraram que atender melhor e conversar mais com a usuária seria útil para aprimorar a qualidade do serviço.

Entendo que quando a mulher faz referência a necessidades tais como a convivência com o marido e problemas em casa está querendo dizer que se trata de sua vida e que está buscando uma escuta acolhedora; se encontra essa resposta, em forma de escuta ou de elementos mais concretos, reconhece que foi bem atendida.

Este é então um aspecto que, uma vez revisto, contribuiria para a melhoria dos serviços que oferecem assistência pré-natal - a necessidade de mudança de atitudes referente à mulher: humanização da atenção.

Humanizar a atenção significa também humanizar o trabalho, quer dizer, o local onde este trabalho acontece e também quem o realiza. Humanizar significa priorizar a subjetividade da usuária.

Assim, quanto à estrutura física, um espaço adequado, com ventilação, iluminação e água potável é o mínimo necessário. E em relação a quem realiza esse trabalho, cabe colocar a possibilidade de se imprimir, entre usuária e profissional, uma modalidade de relação que tenha como destaque a humanização da atenção à mulher no atendimento individual ou coletivo.

Isto implica num somatório de forças e iniciativas, inclusive, as pertinentes ao preparo específico dos profissionais, já que o despreparo desses tem contribuído para gerar relações tênues e conflitantes entre eles e as usuárias. Implicaria também passar a ver a mulher em suas plurais dimensões e lançar mão de outros especialistas, já que o setor de saúde sozinho não dá conta de tudo o que compõe e afeta o ser humano e nem do conjunto das transformações necessárias. Assim, ver e atender a mulher nessa perspectiva, significa também o envolvimento de uma equipe multiprofissional desenvolvendo um trabalho interligado, pois diferentes óticas em interação propiciam maior possibilidade de compreensão e atenção.

Implica também em estarem (os profissionais) todos preparados para os movimentos de avanço e recuo, pois sem constantes reflexões sobre a nossa prática profissional, sobre a interrelação com a comunidade, é pouco provável a mudança. Porque mudar significa o defrontamento com os nossos medos de ataque ou perda de referenciais sobre os quais estamos confortavelmente assentados.

Apesar de existir no nosso país uma política de saúde que prioriza o atendimento a clientela como a mulher, a criança, o adolescente e o idoso, sabe-se que em nível local há uma insatisfação em relação à assistência. Tomando como exemplo o espaço da prática educativa, este não tem marcado presença nas falas das usuárias; quando se referem a abordagens diferentes das convencionais, fazem alusão às experiências isoladas, atribuindo a um profissional X a responsabilidade pela iniciativa. A participação das usuárias nessas iniciativas pontuais parece estar geralmente

vinculada a algum trunfo, como o agendamento da consulta médica e de preferência, a distribuição de leite.

No âmbito micro, na unidade de saúde, medidas simples, que sequer requerem maiores investimentos financeiros, podem ser tomadas e contribuem para tornar o espaço físico que recebe a mulher mais adequado ao perfil feminino. Por ação da gravidez este perfil feminino está apurado pela sensibilidade e é rapidamente motivado à expressão ao se deparar com um fundo musical, uma florzinha na jarra e uma xícara de chá fresquinho. Diante disso a maioria reage dizendo:

*... a senhora não me perguntou, mas eu gostei muito da flor em cima da mesa, do chá e dos biscoitinhos, parece que eu tô em casa, só que é ainda melhor, até esqueci dos meus problemas.
(Cláudia Raia)*

Durante o tempo de permanência no centro de saúde, cenário do estudo, não ouvi das usuárias qualquer fala que indicasse insatisfação ou objeção em participar dos momentos reservados às discussões em grupo. Percebi, às vezes, certa inibição, natural ao "primeiro encontro", e também a incerteza sobre se poderia colocar em prática os "conselhos" dados pela enfermeira. Uma vez esclarecido a elas sobre a não obrigatoriedade em participar e muito menos em seguir alguma recomendação surgida nos encontros, os obstáculos desapareciam; como se ao descobrirem-se sujeitos de direitos, entravam e ali permaneciam até o término.

... com tudo isso e ainda de barriga cheia, não vou faltar à reunião de jeito nenhum. (Ivete Sangalo)

A partir daí, quando se rompia um pouco com a formalidade, num claro indício de terem encontrado atenção, de terem se sentido acolhidas, se permitiam falar, até muito espontânea e descontraidamente. Isto reafirma que as expressões manifestam o desejo da troca, como conseqüência da recepção e da comunicação verbal que faz as pessoas tornarem-se sujeitos, pois "comunicam" suas necessidades, vivências, sentimentos, conhecimentos

e potencialidades, revelando seu cotidiano e permitindo que a comunicação torne-se uma efetiva prática de atenção ao ser social.

Sinalizo que as falas anteriores não se resumem numa minoria de mulheres e sim em um conjunto delas. Sem dúvida que certos gestos "tocam fundo" às mulheres, é como se ligasse uma tomada para descarga do emocional, do íntimo. Me pergunto então que histórias existem e se revelariam nas dores, queixas e demandas; quão heterogêneas seriam as experiências trazidas pelas usuárias; e o quanto de fatores sociais, psicológicos e culturais do grupo social se revelariam. Estou me referindo às verdadeiras situações de sofrimento, geralmente não ditas (ou ditas nas entrelinhas), ligadas principalmente à situação social e à condição feminina. Associando por exemplo, gênero e saúde, muitos problemas podem ser desencadeados, uns mais evidentes que outros, aguda ou cronicamente. Suponho que o fator subjetividade seja o pano de fundo dessa questão e as percepções serão certamente marcadas pelas especificidades de gênero.

Tanto que, imediatamente após aqueles comentários (fala anterior), feito em tom de brincadeira, afloram os assuntos mais intimistas, que têm relação com as expectativas e necessidades que as trouxeram ao serviço. Revelam nesses momentos que além de buscarem entendimento a respeito do que acontece com seus corpos, querem também falar do que comumente não falam e até mesmo em tocar outras pessoas, numa manifestação clara de estarem insatisfeitas com atitudes mecânicas, clínicas e superficiais. Estas apenas as obrigam a procurar atendimento, enquanto que aquelas as motivam a buscarem atenção e dela participarem como donas de si, autônomas. Autonomia aqui entendida como o "exercício da capacidade de autodeterminação para pensar, agir, querer e sentir em uma relação tal com as coisas e os outros em que estes não sejam impostos; mas interrelacionais" (Chauí, 1995).

O que emerge no discurso destas usuárias como ponto de dificuldade é o acesso a serviços de urgência/emergência no momento do parto. A despeito do avanço tecnológico este continua sendo sede de risco e de imprevisibilidade; do ponto de vista emocional um momento importante e

também assustador. A mulher costuma idealizá-lo e se frustra quando acontece algo que não planejou ou deixa de acontecer o que contava como praticamente certo. Cabe ao profissional facilitar-lhe a expressão de suas necessidades, expectativas e do que ela dispõe como possibilidade para resolução de algum imprevisto.

Sabidamente o sistema de referência - contra referência não funciona como devia entre os vários níveis de atenção no município. Portanto, para a grávida usuária da rede pública de saúde persiste a preocupação quanto ao local do parto. O médico entrega para a mulher que se encontra nas últimas semanas de gravidez um encaminhamento de internação para o momento de surgimento dos sinais de trabalho de parto. Sabe-se, no entanto, que o fato de fazer o pré-natal num determinado serviço e obter a solicitação médica não representa garantia de internação, devido à insuficiência de vagas. Essa situação provoca insegurança na mulher, pois afinal, além de estar esperando por algo desconhecido (parto), desconhece também o local onde este irá acontecer, ou se terá acesso a algum "lugar".

... e aí então, a hora do parto é a que mais me preocupa, eu tenho medo do hospital, de demorar com muita dor e das coisas que vão ser feitas lá. (Carla Perez)

Além de expressar ansiedade, esta mulher explicita algumas razões pelas quais o parto representa sua principal preocupação.

Num intervalo da conversa, uma mulher falou sobre a necessidade de se construir mais hospitais, pois os poucos que existem estão sempre lotados. Apesar dessa noção, a usuária não elabora um raciocínio menos contingencial sobre a cidade, o sistema de saúde e as necessidades da população.

As usuárias têm dúvidas e também críticas ao atendimento prestado nas poucas instituições públicas; algumas escolhem entre estas, mesmo levando em consideração experiências anteriores; outras resolvem tentar a internação num hospital universitário, conhecido por oferecer atendimento de qualidade, apesar de ser restrito em número de leitos; não faltando também quem resolve...

...entregar prá Deus, ele é o maior e dá conta do recado na hora H.
(Suzana Werner)

Numa resposta revestida de certo caráter divino e apelo ao sobrenatural, a mulher atribui à Deus, prerrogativas de poder público.

Algumas relataram, informalmente, casos de mulheres atendidas através do SUS, que sofreram maus tratos, passaram por situações constrangedoras e foram submetidas a procedimentos arbitrários/desnecessários. Os medos e preocupações expressos nas falas relacionam-se ao efeito do poder profissional conferido pelo saber que a estrutura legítima; este, além de contribuir para mascarar o direito de cidadã da usuária, representa, em última instância, uma forma de violência.

Diante disso parece que só a confiança numa proteção divina pode apaziguar as incertezas produzidas num contexto assistencial de relações empobrecidas e intervenções limitadas.

Há também a preocupação em escolher o médico que vai realizar o parto:

Prá mim, bom mesmo é se o Dr. X (médico do pré-natal) fizesse meu parto, nem ia fazer questão do hospital. (Ivete Sangalo)

Fica claro a importância que a usuária atribui ao vínculo de respeito e confiança que por vezes estabelece com o profissional no decorrer do acompanhamento pré-natal.

Isto se verifica também na fala de uma usuária receosa pelo futuro do bebê, por ter vivido experiências que comprometem sua história obstétrica. Essas dão um tom diferenciado à avaliação quando indagadas sobre a expectativa do parto:

Nas minhas contas eu já tô entrando no terceiro mês e não sinto o nenê mexer. O médico, eu confio nele, falou que cada barriga é uma barriga, e não é porque eu já perdi dois que vou perder o terceiro filho...mas o jeito é esperar (no rosto uma expressão de crítica).
(Suzana Werner)

Nesta indicação parece ser significativa a exigência de atenção por parte de um indivíduo que procura outro, que sobre ele exerce forte poder e influência, da necessidade de se revisar os parâmetros que permeiam tal relação, que é o caso da relação médico-usuária. Quando a mulher conclui que... o jeito é esperar, tem aí embutida certa dose de obediência aliada a uma denúncia à recomendação posta. Interpretei isso como indício significativo da condição de subalternidade da mulher e as repercussões desta sobre a participação no processo que acontece em seu corpo. O dito e o não dito nessas relações expressam uma expectativa de que a usuária, mesmo não muito informada, irá esperar pela resolução. O que configura uma relação baseada na dependência, que não aconteceria se nessa ocasião o médico investisse em estimular a mulher a atuar mais em benefício de si mesma, a confiar nele mas também em seus próprios critérios e recursos, tornando-se ativa e participativa do processo vivido.

Pressupondo que a mulher que chega ao serviço é portadora de uma individualidade, cabe aos profissionais definirem junto com ela ações a partir dos aspectos que compõem esta individualidade. A criação e transformação qualitativa dos espaços de atendimento também se ampara nessa iniciativa. Somam-se a esta: melhor comunicação, vínculo de confiança e afetividade, transformação da relação profissional-paciente em profissional-usuária/cidadã, avaliação crítica e continuada de propostas assistenciais inovadoras implantadas e da atuação dos profissionais que destas participam.

Pude fazer uma constatação interessante: as mulheres desse estudo exploram as informações que recebem na trajetória que fazem pelos setores da unidade. O que ouvem num primeiro contato elas discutem com os profissionais e outras mulheres que encontram no corredor, na reunião em grupo e na oficina; como se quisessem esgotar o entendimento. E é aí, na oficina de trabalhos manuais, enquanto trabalham, que as informações, já bem exploradas, parecem "tomar corpo" e passam a ser consideradas como verdadeiras e confiáveis. E outro aspecto: apesar de um número expressivo delas declarar, num primeiro contato, que nada sabem sobre determinado assunto, em seguida expõem durante algum tempo seus pontos de vista, de

preferência sobre aquilo que constitui o material das vivências mais imediatas. Quando começam a se expressar, suas opiniões tomam um caráter avaliativo - na forma de se ajustarem, de se sentirem agredidas, de se rebelarem e até de resistirem ao que lhes é imposto pela dinâmica do serviço.

Explico melhor: as mulheres sentem necessidade de "processar" as informações que recebem através da troca entre elas; é o momento de se apossarem do que é comum, do que pode ser melhorado, esclarecido ou alterado, visando a uma autonomia alicerçada naquele saber que por ter sido compartilhado e avaliado passa a ser rotulado como correto; é um processo interativo. Como todas vivem situações semelhantes naquele momento, instala-se um clima de entendimento e compreensão. O que uma das participantes fala tem ressonância em todas as outras. Além do efeito visivelmente estimulante produzido pelos momentos em grupo, pautados por processos que naturalmente diminuem as angústias e por reflexões que as ajudam a separar o que vivem daquilo que é normatizado.

Pareceu-me que assim como a necessidade econômica doméstica motiva à atividade lúdica, por sua vez, esta estimula a troca de experiências e conhecimentos. Entendi que os espaços, com potencial para dimensões educativas, reforçam, ou melhor, preenchem a lacuna deixada pela consulta clínica, que se caracteriza geralmente por ser rápida e essencialmente técnica; ao passo que as outras atividades são vistas como espaços de discussão, orientação e descontração.

Nesse tipo de espaço estabelece-se um tipo de convívio onde parece haver maior identificação profissional-usuária, o que possibilita que as mulheres evidenciem o cotidiano de suas vidas, onde até juízos de valor e preconceitos são livremente expressos. Onde a profissional e a usuária partem de uma desigualdade inicial de informações e conhecimentos para através do trabalho de discussão, interagirem e recriarem um novo conhecimento. A mulher pode levar consigo novos sentidos/motivações para a condução do seu cotidiano. Creio também, que quando a profissional se

coloca de forma atenta à sua identidade de gênero, enquanto ator e sujeito de mudança, alivia o distanciamento tão comum entre ela e a usuária.

Observei que nesses espaços a enfermeira tentava não se colocar de maneira estática diante das usuárias; demonstrava flexibilidade, o trabalho parecia ficar mais prazeroso e o resultado melhor à medida em que a atuação profissional tinha como norte as necessidades das usuárias. Talvez até por esta ação estar mais comprometida a uma abordagem recreativa do que técnica, onde dá-se maior permissão para escapar dos roteiros e condutas pré-estabelecidas.

Com isso não estou querendo dizer que as oficinas de trabalhos manuais representam uma proposta educativa bem fundamentada e sistematizada. Mas que, apesar de toda a sua precariedade, conseguem revelar o potencial de construção de espaços educativos a partir de encontros e vivências cotidianas da usuária nos serviços de saúde.

Em termos de proposições da usuária para melhoria do atendimento estas se resumem à: concentração das atividades de pré-natal num só dia da semana; garantia de acompanhamento no trabalho de parto pelo mesmo médico que a atendeu durante a gravidez e, o fator mais citado entre as usuárias, a garantia de internação num dos hospitais da rede no momento do parto.

Apesar das positivas e freqüentes referências feitas pelas usuárias à atividade educativa, esta não foi citada como importante ao bom atendimento enquanto proposição de melhoria. Suponho poder atribuir isto ao fato do caráter educativo permeando a assistência (através da reflexão, do diálogo) ainda ser visto como prática alternativa, sustentada pelo "jeito" de algum profissional trabalhar. Não estando institucionalizada e não concebida por profissionais e clientela como "terapia", ou como oportunidade de exercício da organização e participação popular, passa a ser vista, no cotidiano do serviço e para as usuárias, como menos importante.

Conforme Mandú (1996), é quando as mulheres encontram respostas ao que consideram suas necessidades que reconhecem que são adequadamente assistidas; no que pode ser complementada por Grisci(1994), quando esta

afirma ser no discurso próprio das mulheres e na expressão do seu imaginário que reside e onde se poderá encontrar uma solução para a sua opressão, tanto de classe como de gênero.

Paradoxalmente, mesmo tendo havido predominância de referências positivas à relação profissional-usuária quando permeada por certa afetividade, as usuárias não apresentaram o entendimento de que é nesse momento/espço que serão melhor reconhecidas e satisfeitas em suas necessidades. Outro fator que suponho estar ligado à não referência da oficina de reflexão como proposta de melhoria do atendimento é o fato de não relacioná-la à figura do médico ou de ação assistencial sistemática.

As usuárias associam a figura do médico às consultas, e a da enfermeira à face educativa da assistência pré-natal, pelo menos na unidade estudada. Nessa perspectiva e considerando que na maioria das unidades a enfermeira não tem "tomado" a assistência pré-natal como de sua competência e atribuição, penso ser ainda remota a possibilidade de ver a atividade educativa como parte sistemática desse atendimento. Torná-la prática comum nos serviços implica num trabalho militante, exige luta contra uma conjuntura adversa (desestruturante) do setor saúde.

Assim, ocorre uma delimitação da atenção à saúde em pré-natal à prática de consultas e das práticas educativas de cunho participativo/organizativo a iniciativas de organização popular situadas fora dos serviços de saúde, se não até mesmo em oposição ou contestação às formas como estes são oferecidos.

Ainda em relação aos fatores elencados para melhoria, até certo ponto, as usuárias eximiram a unidade de aspectos negativos, uma vez que a esta se referiram com expressões de apreço e credibilidade; consideraram-na um bem passível de usufruto, de direito do cidadão; acenaram com a ampliação das atividades oferecidas, até mesmo de transformar a unidade em maternidade, numa clara alusão à idéia de ser a instituição hospitalar o local privilegiado de atenção à saúde.

De modo geral, a unidade as satisfaz, à medida que são atendidas no que apresentam de simples e corriqueiro, não arriscando ao fornecimento de

pistas para uma ação transformadora originadas dos elementos existentes nos seus cotidianos. É como se tivessem introjetado o mínimo disponível do serviço público como o possível e a elas permitido. Isso vem confirmar a ainda escassa familiaridade da mulher com os instrumentos de ação política, pois em parte se resigna com o que recebe. O descaso histórico do poder público para com a qualidade dos serviços sociais leva as usuárias a verem aquela unidade como um bem almejado e o valorizam também por conhecerem os limites até maiores de outras unidades básicas do município.

Vale lembrar também que a população assimilou, em parte, um conceito da Atenção Primária à Saúde que renunciava assistência simplificada e barata para a população mais carente. Na prática isso foi traduzido como serviços desprovidos de infra-estrutura para o atendimento.

Por mais que a mulher grávida tenha direitos garantidos por lei (exames, informações, consultas), apontando para conquista da cidadania, na relação entre ela e os serviços de saúde tem-se, no entanto, que a qualidade da assistência a mulher no pré-natal do setor público permanece aquém do desejável. Conforme Maldonado (1996), tal assistência necessita de "muito esforço e criatividade para prosseguir no sentido de cuidar melhor das pessoas que estão gerando e oferecer a esses novos seres um bom acolhimento". Soma-se a isto, as dificuldades que as mulheres geralmente têm em se organizarem e exigirem que os serviços as atendam com base naqueles direitos; principalmente porque a clientela dos serviços públicos constituem-se majoritariamente por mulheres de baixo nível sócio-econômico e baixo grau de escolaridade.

Para Minayo (1994), as futuras mães, por não se constituírem sujeito coletivo, e sim usuárias individuais do sistema, sofrem, sobretudo, os reflexos de uma política de insegurança social; agem mais por negação e resistência que por positividade nas propostas. Ou seja, na maioria das vezes, os protestos são individualizados, expressos nas reclamações feitas diretamente a quem as atende; comumente as mulheres não se organizam em busca da satisfação de seus carecimentos de saúde.

O processo educativo seria o mediador para o conhecimento dos direitos e deveres da cidadã mulher, que conseqüentemente falaria mais alto e traria consigo adeptas para conquista de assistência pré-natal numa perspectiva qualitativa (personalizada e humanizada). A atividade educativa apontada neste estudo como adequada pressupõe a educação em saúde permeando todos os espaços/momentos de interação e permuta de conhecimentos entre profissionais e usuárias; e estruturado com base na identificação das expectativas, vivências e potencialidades dos envolvidos no processo de atendimento.

5. O vivido e o desejado à luz do conceito de integralidade

Objetivei, neste trabalho, contribuir para o estudo da assistência à saúde a partir da apreciação e análise do atendimento direcionado a uma clientela específica, a mulher, no contexto de uma unidade básica e sob os "olhos" desta usuária.

A análise das manifestações do grupo estudado confirmou a expectativa da usuária grávida em ser atendida de modo a considerar seus problemas orgânicos e também aqueles determinados pelas situações concretas de vida, como os relacionados à sua condição feminina. Para ela são importantes tanto suas necessidades materiais como suas necessidades subjetivas.

Assim, esse trabalho tratou também de avaliar, ainda que de forma superficial, a qualidade de um serviço público de atenção à saúde da mulher sob a perspectiva da usuária. Pertinente se fez, então, a definição prévia de alguns critérios de qualidade e supus que, sendo a usuária a "matéria-prima" dos serviços públicos, a sua satisfação deveria ser o objetivo almejado por esse serviço de saúde.

Considerando o fator qualidade como requisito necessário aos serviços públicos, procurei identificar elementos que a compõem (Donabedian apud Santos, 1995). Assim, a definição de qualidade compreendeu os aspectos técnico-científico, a relação mútua profissional/usuária e a satisfação desta pela assistência recebida. Estes aspectos foram identificados a partir de subsídios extraídos das respostas das mulheres sobre o atendimento pré-natal. O reconhecimento deste como de qualidade ou não vinculou-se à vivência de cada uma delas; ou seja, as usuárias avaliaram o serviço de acordo com características individuais, sócio-econômicas, culturais e nos motivos da procura pelo atendimento. A qualificação do serviço por essas mulheres revelou-se, além de tudo, como importante na interação entre o

prestador e a usuária, à medida que sua satisfação é um julgamento sobre a qualidade do atendimento prestado.

A trajetória metodológica do estudo, traçada em busca das vivências das usuárias no serviço público de atenção à mulher permitiu uma melhor apreensão do fenômeno da avaliação sob a perspectiva da usuária, esta perspectiva implicou na retomada dos significados das necessidades sentidas e a organização do serviço de saúde em estudo.

A síntese dos temas que emergiram do discurso destas mulheres pode ser representada em dimensões técnicas e humanas da assistência pré-natal: o acolhimento pela sensibilidade, o técnico pela competência e a educação pela autonomia. Apresento-as a seguir como uma tentativa de conclusão deste estudo.

5.1 O **acolhimento** pela sensibilidade

A abordagem humanizada do atendimento, voltada para as singularidades de quem está sendo atendido, foi destaque entre as usuárias. Nesse aspecto referiram-se à sua totalidade como ser humano e o merecimento de um atendimento que as visualizasse enquanto tal pelos serviços de saúde. Ressalto que nesse contexto, o termo "atendimento" foi interpretado como sinônimo de "acolhimento", voltado para as peculiaridades das mulheres.

No novo Dicionário Aurélio, temos:

Acolhimento - ato ou efeito de acolher, recepção. Atenção, consideração. Refúgio, abrigo, agasalho. ACOLHER, significa dar acolhida ou agasalho a . Dar acolhida a; receber. Atender; receber. Dar crédito a, dar ouvidos a .Admitir, aceitar. Tomar em consideração; atender a . Abrigar, agasalar. Agasalar-se, hospedar-se. Abrigar-se, recolher-se. Refugiar-se; amparar-se (Ferreira,1988, p.11).

O significado assim expresso reforça a importância do **acolhimento** quando se pretende um atendimento mais humanizado, voltado para as singularidades de quem está sendo atendido.

Na perspectiva dos serviços de saúde, sua organização e planejamento, alguns autores têm lançado seus olhares em direção ao **acolhimento** permeando o processo de trabalho.

Para Campos (1994), a noção de acolhida abrange tanto o acesso dos usuários ao serviço público como a noção de responsabilidade dos profissionais pelos problemas deste usuário. O que remete à questão do vínculo, aqui entendido como uma relação tão próxima a ponto de um sensibilizar-se com o sofrimento do outro, essencial à construção de um tipo de atendimento pautado pela participação conjunta, no empenho por melhores condições de assistência e pelo compromisso no cuidado com a saúde, primando ambos, profissionais e usuários, por cidadania e dignidade.

Para Merhy (1994), acolhimento

é a relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários que a eles se aportam.

Ou seja, para este autor, o acolhimento refere-se à noção de humanização do atendimento; afirma também que

...o usuário, quem quer que ele seja, espera que a relação trabalhador de saúde - usuário seja capaz de gerar um acolhimento, que permita uma atuação sobre o seu sofrimento, o seu problema.

Acrescenta ainda que o usuário espera, no convívio com o profissional, se tornar cada vez mais sabido, para ir resolvendo, por si, parte de seus sofrimentos e para ir solucionando parte dos obstáculos que lhe tem causado problemas. Ou seja, o usuário tem interesse em ser cada vez mais autônomo no enfrentamento do cotidiano; e um atendimento humanizado, solidário,

suposto como essencial ao desenvolvimento da essência humana, certamente contribui para o alcance dessa autonomia.

Entre os critérios elencados pelas usuárias em relação à qualidade do atendimento destacou-se o que definiram como "bom atendimento". Pude constatar que este compreende, em parte, a forma como o profissional de saúde interage com a usuária no espaço do serviço. Isto é, ficou implícito o desejo de não se verem reduzidas ao estritamente biológico, mas contextualizadas em relação a aspectos externos ao corpo físico e à complexidade humana. Ressaltaram a tendência, principalmente por parte do médico, em biologizar condicionantes ou determinantes sociais, afastando-se desse modo do que realmente motivou a busca do serviço pela usuária. Registraram, então, críticas à qualidade do atendimento.

Quanto à interação, valorizaram a maneira como são recepcionadas e conduzidas às atividades constituintes da assistência pré-natal. Entendi que a dificuldade maior não se encontra no espaço físico ou na rotina do serviço, mas nas atitudes dos profissionais envolvidos. Nesse sentido, as usuárias estudadas não mencionaram explicitamente, mas acenaram com a possibilidade de incorporação da perspectiva de gênero como estratégia para melhoria da atenção à condição feminina e para a construção da cidadania, já que esta perspectiva ampliaria a possibilidade das mulheres serem consideradas em suas singularidades.

No espaço do atendimento pré-natal, destacaram como critério de qualidade do serviço a competência do profissional, também enquanto interlocutor dos seus problemas; estes são os responsáveis pela busca da assistência. Os problemas compõem o cotidiano, que por sua vez expõe minuciosamente a vida de cada indivíduo, permitindo assim a interferência onde for necessária; portanto, antes de tudo, conhecê-los é fundamental.

As mulheres enfatizaram a expectativa em serem ouvidas com atenção, em poderem falar e interferir naquilo que lhes diz respeito enquanto atendimento. Aliás, permitir que falem significa, em outras palavras, deixar emergir o feminino na sociedade.

Suas falas revelaram que a posse de si mesmas é condição fundamental para existirem como pessoa integral. A maioria delas sugeriu entender que o domínio do próprio corpo é pressuposto básico para existirem como sujeitos portadores de direitos e responsabilidades. Enfim, é requisito para viverem, usufruindo das prerrogativas inerentes à autonomia, liberdade e cidadania; conceitos estes que exigem reformas sociais e de mentalidades. Acreditam que o saber construído pela vivência pode ser somado ao saber científico do profissional em benefício de sua saúde e a do seu bebê. E que esse "intercâmbio" deveria ser permeado por atitudes de respeito às suas individualidades - nesse sentido, serem recebidas com cortesia poderia ser o ponto inicial para uma relação de compartilhamento simultâneo de conhecimentos e de sentimentos.

O "acesso" para suas necessidades foi outro critério apontado pelas usuárias em relação à qualidade da assistência; caracterizaram-no como a distância ou proximidade entre o local da residência e o local da prestação do serviço. Ou seja, as usuárias entendem-no apenas do ponto de vista geográfico, quando a busca por serviços públicos de saúde deveria ter o direito como sua principal referência. Poucas delas estenderam o entendimento sobre o acesso na perspectiva de uma condição importante para o aperfeiçoamento da atenção à saúde, quando se sabe que o acesso aos serviços públicos com qualidade tem sido uma demanda básica dos movimentos de mulheres. No Brasil, o acesso igualitário e universal às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde é uma das exigências definidas pela Constituição. Nesses termos, é função do Estado garantir o acesso da população à rede de serviços de saúde e das políticas formuladas para viabilizá-lo.

5.2 O técnico pela competência

O "bom atendimento", a que me referi anteriormente, foi traduzido pelas usuárias também pela competência técnica do profissional, pela presteza deste em dar respostas.

O aspecto essencialmente técnico foi avaliado pela presteza em dar respostas às dúvidas, em solicitar exames e interpretá-los, em fazer os encaminhamentos pertinentes, além do nível de aplicação do conhecimento e da tecnologia. Isto é, as mulheres se apoiaram na competência como uma importante dimensão do atendimento para a preservação da saúde.

Nesse estudo, uma minoria de mulheres considerou a gravidez como processo patológico. Percebi que essa noção faz parte, ao lado de outras, de um conjunto de elementos que a usuária absorve do discurso clínico. A convivência ocasionada pela seqüência de consultas faz com que a mulher incorpore certos argumentos para explicar determinadas necessidades ou expectativas.

Esse fenômeno tornou-se mais evidente quando manifestaram interesse em exames e procedimentos de maior complexidade tecnológica, como se estes fossem indispensáveis ao diagnóstico e às terapêuticas das mais corriqueiras intercorrências do período gravídico. E, num primeiro momento também não percebem que esses encaminhamentos, quando não criteriosos, contribuem para aumentar a distância entre a usuária e o profissional, além de limitar a assistência apenas ao que se considera patológico, grave. Há que se criar mecanismos de forma a permitir que altos graus de tecnologia sejam aplicados, no sentido de contribuir para a qualidade do atendimento. Em relação à isto, Maldonado e Canella (1984) refere:

uma nova postura frente ao pré-natal não coloca de lado o cuidado com a assistência técnica adequada; simplesmente evita o excesso de tecnicismo e o encantamento com os últimos "avanços da ciência" que acabam sendo iatropatogênicos, na medida em

que introduzem um enfoque "patológico" na gestação....

Tais recursos nem sempre estão disponíveis para a grande maioria da população, no entanto, uma vez divulgados, e seu consumo estimulado pela medicina, passam a ser vistos como de direito. Este, uma vez não usufruído, aponta para essas mulheres o lado perverso das políticas do setor público, quando na verdade desviam o foco de tal perversidade, ressaltando apenas alguns de seus sintomas.

Esses e outros aspectos cruéis do sistema de saúde são resultantes da implantação do modelo liberal-privatista (Campos et al., 1989), no qual o usuário deve se tornar um mero objeto depositário de saúde (algo absolutamente previsível). Tais aspectos só podem ser reconhecidos pelos saberes que o modelo legitima e o chamado universo das necessidades de saúde torna-se uma propriedade exclusiva de alguns trabalhadores de saúde, de acordo com a concepção médica hegemônica. Tal premissa define também a relação profissional-usuário pautada pela impessoalidade e pelo distanciamento, imposto geralmente pelo saber do primeiro, em detrimento à relação acolhedora, responsável e autônoma.

O próprio modelo acaba por determinar a postura dos profissionais, que direcionados pelo estilo médico-centrado, geralmente tendem a tratar o usuário de forma objetivante e descompromissada. Em relação ao exposto,

...se não for trabalhada a possibilidade de repensar uma nova maneira de se atuar em saúde, não será possível forjar um novo modelo de se relacionar com o sofrimento e com a vida, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva, afirma Cecílio, L. C. et al, 1992.

Aos profissionais responsáveis pela assistência pré-natal, as usuárias referiram-se com críticas e comentários positivos. Concentraram na figura do médico suas maiores expectativas, principalmente no momento do parto; este, ainda considerado assustador, porque imprevisível, no qual a figura do médico tem sido a mais constante, segundo as usuárias. Não negando a

importância da participação de outros profissionais em todas as etapas do atendimento à mulher, no município de Cuiabá.

5.3 A educação pela autonomia

Esse trabalho confirmou o espaço educativo como a possibilidade de maior horizontalidade na relação entre profissionais e a população, por representar uma experiência de humanização, já que se constitui um momento oportuno de se acionar processos que reforcem o vínculo entre os envolvidos; mesmo quando esse espaço não está organizado e sistematizado em trajetórias orientadas por referenciais pedagógicos explícitos. Referenciais estes que reconhecem o indivíduo como sujeito da ação, estimulando a participação crítica e valorizando os seus conhecimentos acerca das temáticas pertinentes à saúde, esta como um direito a ser discutido e refletido.

Foi importante perceber esse espaço como propiciador de resgate de conhecimentos prévios, como adequado à discussão do omitido e à manifestação de percepções a partir de vivências; como também de construção de novos conhecimentos. Fragmentos de discursos evidenciaram a necessidade de aproximação constante e a troca de saber entre usuárias e profissionais, com vistas à recriação do conhecimento, a partir da interação.

Este espaço permite que outros aspectos também se revelem: o acesso aos equipamentos, a estruturação do atendimento à saúde, as facilidades ou dificuldades no enfrentamento do cotidiano, o nível de informações sobre o processo gravídico e as possibilidades de reflexão.

O trabalho pluridisciplinar imprescindível na ação coletiva seria, nesse processo, o elemento facilitador para o acesso à informação e reflexão, estímulos para uma vivência mais prazerosa da gravidez. Acredito em maior possibilidade de mudança e melhoria quando se constroem espaços em que,

além da atividade de trabalho tecnicado, existe também o exercício da criatividade.

Esta constatação veio de encontro à uma importante dimensão dos serviços de saúde no Brasil - a das relações entre instituição, profissional e usuárias, com vistas à reorganização dos serviços e do desenvolvimento da cidadania social e política. Nesta perspectiva, os novos modelos deverão se voltar também para as questões subjetivas, num constante dialogo com os interessados, em detrimento às atitudes de autoridade.

Os movimentos pela democratização no Brasil (década de 80), especificamente o de mulheres, apontaram a necessidade delas serem vistas, a partir daí, de forma diferente. Em alguma medida isso foi incorporado pela política governamental do Ministério da Saúde. Isso foi explicitado nos documentos que nortearam as ações básicas da Assistência Integral à Saúde da Mulher (AISM), que sugeriram a participação desta como "sujeito da sua própria história". Assim, as instituições públicas de saúde propuseram práticas aparentemente inovadoras; no entanto, em sua maioria essas se realizaram de forma autoritária ou paternalista. Ao passo que o investimento para melhoria do atendimento à saúde exige a existência de um vínculo, "tecido" a partir da consideração de que ambos, usuária e profissional, são pessoas capazes de compartilhar valores, percepções, limitações e potencialidades; que a relação profissional-usuário é permeada por um conjunto de expectativas, geralmente mais evidente da parte daquele que busca o serviço, que deseja ações de saúde efetivas e um acolhimento que permita a manifestação de suas necessidades, a reflexão e a ação.

Campos (1994), sinalizou um distanciamento entre os profissionais e pacientes, nos serviços públicos e privados, nos quais os indivíduos não são considerados na sua condição de sujeitos sociais. E mais que sinalizar, o autor propôs uma reformulação das práticas de saúde, nos âmbitos coletivo e individual, cujo foco principal fosse a construção de novas relações entre os atores sociais constituintes do sistema de saúde. Esta proposta vislumbra a ampliação do nível de autonomia do usuário e implica que os profissionais envolvidos desenvolvam um trabalho transdisciplinar, complementar e

cooperativo, além da consideração ao saber do indivíduo que procura por atendimento. Vislumbra também a construção de um novo mundo, no qual a sobrevivência se relaciona intimamente com a solidariedade, que se contrapõe ao mundo neo-liberal, concentrador de renda e excludente.

Tal proposta, por si, vincula saúde ao paradigma surgido na década de 70, que a conceitua enquanto resultado das condições de vida e trabalho. E "tratá-la" sob essa visão sugere associá-la a uma outra prática social, à educação, constituindo assim uma área temática que integra as ciências sociais e as ciências da saúde.

Valla e Stotz (1993), defendem a educação em saúde como um campo de conhecimentos que pode, entre outras, apontar à população os meios para pressionar os governos à aplicação adequada dos recursos públicos; ou seja, considerando as condições de vida e de trabalho aponta-se para a discussão da cidadania, já que sugerem a instrumentalização dos indivíduos na luta política pela saúde.

As ações educativas em saúde representam importantes instrumentos de intervenção na assistência, com vistas à melhoria da qualidade desta, a serem utilizados pelos profissionais de saúde como estratégia para minimizar o distanciamento desses com os usuários dos serviços. Tanto no processo de trabalho no modelo individual de atenção quanto no modelo de saúde coletiva, para o alcance da tão falada humanização do atendimento, para o qual o grande desafio reside no despertar do profissional a uma decisão interior/individual de abrir mão de certos privilégios e despertar para uma nova forma de agir no seu cotidiano - prevendo o ator usuário com suas complexidades, demandas e avaliações sobre a assistência.

Sabe-se de antemão que muito deverá ser superado para que o profissional realmente "encontre" esta mulher grávida que é, ao mesmo tempo, genérica e singular. Genérica porque constitui a espécie humana e singular por ser concreta, demandando atendimento, pois está socialmente exposta a riscos.

Os mesmos autores, Valla e Stotz, recomendam a construção do que chamam laços de solidariedade/afetividade entre os profissionais e usuários,

considerando os seus efeitos benéficos sobre a vida das pessoas - maior controle e maior percepção do mundo em que vivem. Defenderam também que "todos somos educadores" e como tais devemos nos dirigir aos usuários, supondo estes, sujeitos de suas próprias vidas, com plena consciência do contexto social em que estão inseridos.

Para este salto de qualidade, é fundamental, o ato psicológico do acolhimento que inclui a escuta como uma possibilidade de construção de um espaço de trocas, identificação e satisfação de necessidades. Nova forma de atuação em saúde favoreceria também, à mulher, a reflexão sobre sua condição numa sociedade em que o jugo ainda tem sido a ordem, mas onde é concreta a perspectiva de rompimento com o que existe de autoritário, inclusive no micro-espço dos Serviços de Saúde.

Alguns "Vislumbres"

Retomando então o eixo norteador do trabalho, pergunto-me se é possível pensar num projeto de atenção à saúde da mulher grávida tomando por referência a integralidade humana, que considera a situação feminina de modo complexo e inter-relacional, nas suas dimensões bio, psico-emocional, sócio-cultural e físico-ambiental. Ou seja, a mulher compõe-se de uma estrutura biológica, racional, dotada de emoções, desejos, conhecimentos, potencialidades e valores em dinâmica interação com o ambiente físico e sócio-político-cultural histórico. É um ser com uma subjetividade que, em interação com o ambiente, busca a satisfação de suas necessidades, transformando a si mesma e ao meio.

Nessa perspectiva, a mulher é sujeito em condições de se impor, sugerir, criar, interferir, construir; e também de reproduzir, desde que vista na sua multidimensionalidade. E, atendê-la a partir dessa compreensão, pressupõe considerar que seus carecimentos em saúde originam-se de elementos concretos de vida, que uma vez expressos, apontam o que merece atenção (limites, problemas). Por outro lado, a percepção das plurais

dimensões da mulher será possível a partir de uma prática o que implica no rompimento com a atenção centralizada na profissão médica, pois a articulação com outros setores sociais ampliaria a possibilidade da mulher à educação para o conhecimento de si mesma.

A UBS estudada nesse trabalho mostrou que compõe, ao lado de outras unidades, de outros municípios brasileiros, foco de resistência ao modelo existente, representado pela atuação de alguns profissionais. O atendimento à mulher, especialmente no espaço educativo, começa se configurar como diferenciado, identificando um interesse por sua história de vida, o que imprime contornos mais humanos ao atendimento. Ou seja, as concepções referentes ao corpo feminino, reelaboradas sob a égide do processo democrático do país, permeiam a prática: ações desenvolvidas por diferentes profissionais em algum momento se interligam e, mesmo de forma incipiente, tentam atender a mulher para além do enfoque biológico-reprodutivo.

O discurso das usuárias revelou um considerável saber, no que se refere ao atendimento pré-natal que têm recebido. Identifiquei em algumas manifestações certa desarmonia entre o que esperam e conhecem acerca dos serviços e do desempenho dos profissionais de saúde; como também uma apreensão limitada sobre os elementos que direta ou indiretamente estão vinculados à qualidade desses serviços públicos de saúde.

A escolha do serviço por parte das usuárias recaiu na facilidade de acesso e no atendimento, no que se refere à relação interpessoal; basearam-se ainda em experiências anteriores para a avaliação do serviço no momento da escolha. Recaiu também sobre as facilidades ou vantagens que este poderia oferecer, revelando o nível de carência da população usuária dos serviços públicos de saúde.

Constatei que uma vez bem atendida, os vínculos de confiança e respeito equiparam-se ao valor que conferem à competência técnica esperada pelas usuárias, em relação aos profissionais, em especial do médico. Ou seja, não se trata de uma confiança incondicional mas calcada no parâmetro da competência técnica. Nesse sentido, a lógica, que norteia o uso do sistema

público dessas usuárias, relaciona-se ao bom atendimento e à relação pautada por afetividade do usuário com os profissionais de saúde.

As usuárias percebem que na maioria das vezes a relação entre elas, profissionais e o sistema está mesclada por condicionantes da instituição exigindo constantes reformulações para se adaptar às imposições do cotidiano dos atores que a vivem.

Os elementos advindos dessa convivência, que serão componentes da avaliação da assistência, nem sempre são expressos de forma precisa, coordenada e sintetizada. Foi possível caracterizá-los como referentes à demanda, ao tratamento oferecido, às condições de infra-estrutura dos serviços e pelas relações com os profissionais, marcadas, às vezes, pela unilateralidade. Segundo Minayo (1994), esses elementos constituem um saber que poderia ser considerado estratégico para um planejamento mais democrático e, também, como dado decisivo para o avanço dos movimentos sociais em torno das reivindicações de saúde como direito individual e coletivo. Acrescento que esses elementos, somados às atuais condições de vida subsidiariam a construção das idéias que as usuárias desse estudo têm sobre atendimento pré-natal e em última instância, das políticas sociais de saúde.

A atividade educativa, na verdade uma proposta metodológica, ainda incipiente, no cotidiano da unidade do estudo e de outros serviços, sugere que a finalidade possa ser a superação da prática que tem o corpo biológico como referencial para propostas e ações de saúde, interferindo na apreensão da usuária de forma mais abrangente. Que a atividade educativa possa ser ainda, a perspectiva de uma assistência à mulher numa concepção de integralidade; não apenas de ações entre os diversos níveis do sistema de saúde, conforme visão dos reformistas, mas integralidade enquanto compreensão da mulher na sua totalidade de dimensões como ser humano; num determinado momento histórico e dentro de um enfoque biopsiossocial, no contexto em que ela vive.

O PAISM, considerado a partir de 1983 como o modelo assistencial capaz de atender as necessidades da saúde feminina, incorporou, entre

outros pontos, a importância de se considerar as dimensões psicológicas e sociais nessa atenção e a promoção de práticas educativas. O cotidiano do trabalho acabou reduzindo as ações propostas ao simples tratamento do aparelho reprodutor feminino, ou seja, os sofrimentos femininos são reduzidos à dimensão biológica e isso dificulta a compreensão de gênero e saúde. Tudo isso sugere um desafio, no sentido de reorganizar a atenção voltada para considerar além das demandas já constituídas, a criação de espaços para a emergência de outras necessidades; já que estas geralmente são diluídas em meio a patologias ou obstruídas pela própria história do atendimento. Um desafio que, em resumo, implica em legitimar outras dimensões da mesma demanda.

Creio ser importante relativizar a idéia de que uma proposta metodológica de cunho educativo, poderia ser uma alternativa suficiente para transformar a qualidade do atendimento nos serviços públicos e contribuir para a implementação do SUS, desde que não se configurasse num modelo com um fim em si mesmo. A Educação em Saúde, como prática pedagógico-social concreta, representa uma estratégia para o alcance do princípio da integralidade, proposto pelo SUS/PAISM.

O SUS, na sua fase inicial, permitiu uma melhoria do acesso resultante da ampliação da oferta de serviços, mas somente isto não é suficiente. A identificação dos problemas concretos e de possíveis alternativas para enfrentamento e superação implica na abertura dos profissionais e dos serviços, ao acolhimento da usuária grávida. Implica também em dar visibilidade para práticas como escuta, responsabilização, respeito e vínculo.

"Vírgula, porque o ponto final de uma ciência viva não existe e nunca poderá existir".

(W. RADECHI : palavras finais do livro Resumo do curso de psicologia.
In : PERESTRELLO).

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** Tradução por Waltensir Dutra. 3. Ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira. 1985. 370 p. Tradução de: L'Amour en Plus.

BELFORT, P. Medicina preventiva: assistência pré-natal. In: REZENDE, J. de **Obstetrícia.** 4. Ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1982, cap. 10.

BONADIO, I. C. **"Ser tratada como gente"** - A vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. São Paulo, 1996. 200 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-Natal - Normas e manuais técnicos.** 2. Ed. Brasília, 1988.p. 1-41.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revolução das coisas e reforma das pessoas. O caso da saúde. In: CECÍLIO, L. C.O . (org.) . **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994. Cap. 2, p. 29-87.

CAMPOS, G. W. S. ; MERHY, E. E. & NUNES, E. D. **Planejamento sem normas.** São Paulo, Hucitec, 1989.

CANESQUI, AM., 1987. **Assistência Médica e à Saúde e Reprodução Humana.** Textos NEPO, 13. Campinas: NEPO, 1987, Universidade Estadual de Campinas.

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia.** 5. Ed. São Paulo: Ática, 1995.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE E DIREITOS DA MULHER, 1., out. de 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, 1986, 57 p. (Publicação avulsa do Ministério da Saúde).

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., mar. De 1986, Brasília. **Relatório Final**. Brasília, 1986, 21p. (Publicação avulsa do Ministério da Saúde).

CUIABÁ. PREFEITURA MUNICIPAL. Fundação de Saúde de Cuiabá. Coordenadoria de Planejamento. **Plano Municipal de Saúde**. Cuiabá, 1998.

FERREIRA, A B. H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro, Nova Fronteira, 1988.

FERREIRA, S. L. **Mulher e serviços de saúde**: o processo de trabalho em Distritos Sanitários. Salvador, Ultragraph, 1996.

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Rio de Janeiro, Vozes, 1994. P. 67-80.

GRISCI, C. L. I. Ser mãe: produção dele, reprodução dela. In: CARDOSO, R. S. **É uma mulher...**, Petrópolis, Vozes, 1994.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo, 1993. 288 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.

INSTITUTO NACIONAL DE PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Resolução 123**, 27 de maio de 1986. Publicada no Boletim de Serviço do INAMPS, número 126 de 7/7/1986.

L'ABBATE, S. Comunicação e educação: uma prática de saúde. In: MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo, Hucitec/Lugar Editorial, 1997. Parte 3, p. 267-292.

KITZINGER, S. **Mães: um estudo antropológico da maternidade**. Lisboa, Presença, 1987.

LEITÃO, L. R. G. Não basta apenas ouvir, é preciso escutar. CEBES. **Saúde em Debate**, n. 47, p. 46-49, 1995.

LEMONS, D. de O. **As representações sociais do grupo familiar da gestante sobre a gravidez: uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal**. Florianópolis, 1994. 119 p. Dissertação (Mestrado). Universidade Federal de Santa Catarina.

LUDKE, M.; ANDRÉ, M. E. D. **A pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo, Escola Paulista de Medicina, 1986.

MALDONADO, M. T. **Psicologia da gravidez**. 6 ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1985.

_____ **Nós estamos grávidos**. 8 ed. São Paulo, Saraiva, 1996.

MALDONADO, M. T. e CANELLA, P. **A relação médico-cliente em ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981. 203 p.

MAMEDE, M. V.; BUENO, J. V.; BUENO, S. M. V. Percepção da condição de saúde entre mulheres. **Revista Brasileira Enfermagem**. Brasília, v.46, n.2, p. 95-100, abr./jun. 1993.

- MANDÚ, et al. **Atenção "integral" à saúde feminina:** significados e implicações. Cuiabá, 1997, mimeografado.
- MARCON, S. S. **Vivenciando a gravidez.** Florianópolis, 1989. 383 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- MARETTI, M.; NEME, B. Assistência Pré-Natal. In: NEME, B. **Obstetrícia básica.** São Paulo, Sarvier, 1994, cap. 15.
- MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde.** Ribeirão Preto, 1998. 225 p. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- MENDES, E. V. As políticas de Saúde no Brasil nos anos 80: a conformação da reforma sanitária e a construção da hegemonia do projeto neo-liberal. In: MENDES, E. V. (org.) **Distrito Sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde.** 2 ed. SP/RJ, HUCITEC/ABRASCO. 1994. P. 19-91.
- MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida (ou como aproveitar os ruídos do cotidiano dos serviços de saúde e colegiadamente reorganizar o processo de trabalho na busca da qualidade das ações de saúde). In: CECÍLIO, L. C. O (org.) **Inventando a mudança na saúde.** São Paulo, Hucitec, 1994. Cap. 3, p. 117-160.
- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.** 3. Ed. São Paulo, Hucitec, 1994.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática.** Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 26 p. (Publicação avulsa do Ministério da Saúde).

NASCIMENTO, M. G. P. do. **Interesses e preocupações a respeito do parto: gestantes presentes na unidade de pré-natal do Amparo Maternal.** São Paulo. Dissertação (Mestrado). Escola Paulista de Medicina, 1984.

NETO, O. C. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. (org.) **Pesquisa social: teoria, método e criatividade.** Rio de Janeiro, Vozes, 1994. P. 51-66.

NOGUEIRA, M. I. **Assistência Pré-Natal: prática de saúde a serviço da vida.** São Paulo, Hucitec, 1994.

NOZAWA, M. R.; SCHER, N. O discurso de parto de mulheres vivenciando a experiência da primeira gestação. **Revista Saúde e Sociedade**, 5 (2): 89-119, 1996.

OLIVEIRA, D. M. M. **A comunicação enfermeira-gestante na consulta de enfermagem em unidade de pré-natal.** Salvador/Ba. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal da Bahia, 1996.

OSHIRO, J. H. **Educação para a saúde nas instituições de saúde.** São Paulo, 1988. Dissertação (Mestrado) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo.

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

PAMPLONA, V. **Mulher, parto e psicodrama**. São Paulo, Ágora, 1990.

PATRÍCIO, Z. M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis: UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

PINOTTI, J.A ;ZEFERINO, L. C. & FAÚNDES,A. Conceito de atenção integral à saúde da mulher. In: **Tratado de Ginecologia** (Halbe, org.), pp. 47-51. São Paulo: Rocca, 1987.

PITTA, A M. F. A equação humana no cuidado à doença: o doente, seu cuidador e as organizações de saúde. **Saúde e Sociedade**, v.5, n.2, p. 35-60, 1996.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Lei n. 8.080**. Brasília, Presidência da República, em 19 de setembro de 1990.

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. **Lei n. 8.142**. Brasília, Presidência da República, em 28 de dezembro de 1990.

ESPECIAL MULHER: a grande mudança no Brasil. Ago./set. 1994. Parte integrante da Revista Veja ano 27. Ed. 1351. 106p.

REVISTA REALIDADE HOSPITALAR. ano 2, n.3, jan. 1997, p.9.

SAID, F. A **No "ser com", o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação**. Curitiba, 1995. 149 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná.

SCHRAIBER, L. B.; GONÇALVES, R. B. M. Necessidades de saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L. B.; NEMES, M. I. B.; GONÇALVES, R. B. M. **Saúde do adulto**. Programas e ações na unidade básica. São Paulo, Hucitec, 1996. Cap. 1, p. 29-47.

SANTOS, M. P. dos Avaliação da qualidade dos serviços básicos de atenção à saúde da criança sob a ótica do usuário. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília. V. 48, n. 2, p. 109-119, abr./jun. 1995.

TRIVIÑOS, A. N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. São Paulo, Atlas, 1994.

VALLA, V. V.; STOTZ, E. N. **Participação popular, educação e saúde: teoria e prática/organização**, 2 ed. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

XAVIER, D.; ÁVILA, M. B.; CORREA, S. Questões femininas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In: LABRA, M. E. (org.) **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis, Vozes, 1989.

YOSHIOCA, M. R. **Tendo que ser maior que os obstáculos para existir como enfermeira** – São Paulo, 1996. 199 p. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.

Roteiro da entrevista

⇒ Dados objetivos:

1. Qual o nome completo da senhora?
2. Quantos anos a senhora tem?
3. A senhora freqüentou escola?
() sim () não
* Se sim: até que série escolar?
* Se não: sabe ler e escrever? () sim () não
4. A senhora mora com quem?
* Tem companheiro? () sim () não
5. Quantos filhos a senhora tem?
6. Qual é a idade da gravidez atual?

⇒ Dados subjetivos:

1. Por que a senhora procurou assistência pré-natal?
2. Como / Onde / Por quem a senhora foi informada sobre este serviço?
3. Porque a senhora escolheu este serviço?
4. O que a senhora entende por assistência pré-natal?
5. O que a senhora sabe sobre a assistência pré-natal deste serviço?
6. A senhora fez acompanhamento das gravidezes anteriores?
() sim () não () incompleto () completo
* se sim: onde? Quantas consultas?
* se não: por que?
* se incompleto: por que?
7. O que acha do atendimento que está recebendo?
() bom () ruim

3. Como é feito o agendamento das consultas?
9. A senhora é atendida sempre que agendada?
10. No dia da consulta, por quanto tempo a senhora costuma esperar para ser atendida?

11. Como a senhora ocupa o tempo, enquanto espera pelo atendimento?

12. Quanto tempo dura a consulta?

13. A senhora vem às consultas:

() acompanhada () desacompanhada

* Se acompanhada: por quem?

* Se desacompanhada: por que?

14. A senhora recebe orientações?

() sim () não

* se sim: quais?

15. Entre os procedimentos abaixo, quais são realizados?

- | | |
|----------------------|-------------------------------|
| () anamnese | () obs. de perda vaginal |
| () ex. fís. geral | () ex. das mamas |
| () palpação | () solic.de ex. de sangue |
| () mensuração | () solic.de ex. de urina |
| () dinâmica uterina | () solic. de ultrasonografia |
| () ausculta fetal | () vacinação anti-tetânica |

16. A senhora sente liberdade para conversar com o profissional sobre:

- () problemas específicos da gravidez
- () sobre seu trabalho
- () sobre suas relações familiares
- () sobre suas vivências e experiências em geral.

17. Que assunto são abordados pelo profissional?

18. A senhora está satisfeita com a assistência recebida?

() sim () não

* se sim: por que?

* se não: o que falta? o que sugere para ser melhor?

19. Qual é o profissional que atende a senhora? e a senhora, tem preferencia por algum, para o atendimento?