

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**A PERCEPÇÃO E O PERCURSO DAS MULHERES
NOS CENÁRIOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO
PRÉ-NATAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Izabel Cristina Hoffmann

Santa Maria, RS, Brasil

2008

A PERCEPÇÃO E O PERCURSO DAS MULHERES NOS CENÁRIOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO PRÉ-NATAL

por

Izabel Cristina Hoffmann

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração em Cuidado, Educação e Trabalho em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial à obtenção do grau de **Mestre em Enfermagem.**

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Enf^ª. Lúcia Beatriz Ressel

Santa Maria, RS, Brasil

2008

H675p Hoffmann, Izabel Cristina

A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal / por Izabel Cristina Hoffmann. – 2008.

126 f. ; 30 cm.

Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, RS, 2008

1. Enfermagem 2. Gestantes 3. Pré-natal - cuidados
4. Saúde pública 5. Saúde da família I. Ressel, Lúcia Beatriz
II. Título.

CDU 616-083

Ficha catalográfica elaborada por
Josiane S. da Silva - CRB-10/1858

2008

Todos os direitos autorais reservados a Izabel Cristina Hoffmann. **A percepção e o percurso das mulheres nos cenários públicos de atenção pré-natal.** A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita com a autorização por escrito do autor. Endereço: Rua Coronel Getulio Mario Zanchi, 80, bloco “I” – segunda porta, apto. 304, Bairro Medianeira – Santa Maria/RS, 97060-150, fone (0xx)55 91770314; End. Eletr: izabel.h@gmail.com

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada,
Aprova a Dissertação de Mestrado

**A PERCEPÇÃO E O PERCURSO DAS MULHERES NOS CENÁRIOS
PÚBLICOS DE ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

elaborada por

Izabel Cristina Hoffmann

como requisito parcial para obtenção de grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA:

Lúcia Beatriz Ressel, Dr^a. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Ana Lúcia Bonilha, Dr^a. (UFRGS)

Maria de Lourdes Denardin Budó, Dr^a. (UFSM)

Zulmira Newlands Borges, Dr^a. (UFSM)

Santa Maria, 3 de dezembro de 2008.

Dedico este trabalho:

*Aos meus ancestrais (avós), eternamente,
e em especial aos meus progenitores,
por eu estar fazendo parte deste universo
de sabedoria, dedicação e amor à vida!*

*A todas as mulheres que de alguma forma contribuíram neste estudo,
desvelando os fenômenos da procriação da espécie humana!*

Agradecimentos

Ao Superior deste universo, por me conduzir pelo percurso do bem e me mostrar fontes de sabedoria, paciência, aprendizado, evolução e luz!

À minha família, porto seguro, para todos os momentos! Aos meus pais: Wilimar e Alair, pelo dom da vida, amor e estrutura familiar.

Ao meu amor Luiz e sua família, pelo companheirismo, apoio, compreensão pelas ausências, embora próximos!

A Ângela, minha irmã querida que, mesmo à distância, sempre auxiliou-me em grande estilo, para vencer as dificuldades. E ao meu cunhado, Mauro, pela sua sensatez e equilíbrio.

Ao Romano, sobrinho e afilhado, pelo afeto, disponibilidade e colaboração nesta trajetória.

Aos meus irmãos Adirlei, Carlos, Júlio e cunhadas, pelo carinho e respeito.

E a Noca, pela confiança e comprometimento dispensados para os cuidados ao nosso lar.

Às mulheres deste ensaio, que possibilitaram, por meio de seus depoimentos, maior compreensão do estar grávida. Elas foram ímpares para a construção deste estudo!

À Universidade Federal de Santa Maria e ao Hospital Universitário de Santa Maria, em especial à Direção (Vânia e Edmilson), Coordenação de Enfermagem (Salete) e Núcleo de Educação Permanente em Enfermagem, pela oportunidade para o meu crescimento profissional e pessoal.

Aos professores, aos colegas e às secretárias do curso de Mestrado em Enfermagem da UFSM, pelo carinho, pela condução das discussões em aula, trocas de saberes e pela construção de uma enfermagem política e ética.

À Professora Doutora Lúcia Beatriz Ressel, pela forma de condução as orientações, sabedoria, lapidação desta obra, sua acolhida e de sua família.

Às colegas do grupo de pesquisa: Cuidado, Saúde e Enfermagem, pela parceria e incentivo.

Às professoras da Banca Examinadora, por sua disponibilidade em participarem da validação deste trabalho, socializando comigo com espírito investigativo.

Àquelas pessoas (Professora Sônia, Jorge e Carlos) que auxiliaram no aprimoramento deste estudo, para torná-lo claro e formal.

À Secretaria Municipal de Saúde e equipes de Estratégia da Saúde da Família, pelas informações e acolhida durante a trajetória desta pesquisa.

A todos os colegas e parceiros do HUSM, PAM e FASCLA, pelo apoio, carinho e entusiasmo.

Em especial à equipe do Ambulatório Ala II/HUSM, que conviveu diariamente comigo,

compartilhando as angústias para dar conta das tarefas e prazos, sempre me dando força para o sucesso. Também à equipe da Unidade de Internação Toco-Ginecológica/HUSM, pelo aprendizado e carinho.

A Sandra Márcia e sua família, minha irmã do coração, pela garra, amizade, afinidade e orientações nos momentos de maior angústia.

A Tokiko, quem me trouxe para a área materno-infantil, pela parceria de trabalho, coleguismo, incentivo e amizade.

Ao Érico, Eloisa e família, pela amizade, atenção, escuta e carinho.

Aos demais familiares e amigos que estiveram comigo, próximos ou distantes, nesta trajetória de vida. Eles são muitos!

O empenho, a persistência e a dedicação foram muito grandes para conciliar o Mestrado com todas as atribuições de mulher, esposa, enfermeira, professora, amiga, aluna, colega, filha, tia, cunhada, sobrinha...

Sou muito grata pela oportunidade de realizar este percurso, ora permeado por momentos frágeis em que a vida nos desafia, ora com possibilidades de crescer intelectualmente, refletindo sobre a importância da vida num universo tão paradoxal!

*“Estrela de luz, que me conduz,
Estrela que me faz sonhar
Estrela de luz, que me conduz,
Estrela que me faz sonhar”*

(Paulinho Mocidade, Dico da Viola e Moleque Silveira, 1992)

El hombre gobierna por decreto, ella por persuasión... el imperio de la mujer es un imperio de ternura... sus instrumentos de mando son las caricias, sus amenazas son las lágrimas.

(Anthony Giddens, 1998)

*Uma incessante busca por algo fará surgir possibilidades e conduzirá a múltiplas escolhas.
Porém, a sapiência de cada pessoa, aliada ao contexto de vida, determinará o seu percurso
universal!*

(Izabel Cristina Hoffmann, 2008)

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

A PERCEPÇÃO E O PERCURSO DAS MULHERES NOS CENÁRIOS PÚBLICOS DE ATENÇÃO PRÉ-NATAL

Autora: Izabel Cristina Hoffmann
Orientadora: Lúcia Beatriz Ressel
Santa Maria, 3 de dezembro de 2008

Este estudo investigou o percurso das gestantes em um cenário de saúde pública, sob o seu próprio olhar. A pesquisa teve como *loco* os serviços públicos, e como sujeitos gestantes encaminhadas de uma unidade de saúde da família, provenientes das regiões da cidade (norte, sul, leste e oeste), para o serviço especializado em obstetrícia. O principal objetivo foi o de conhecer a percepção das gestantes em relação ao percurso que fizeram durante o ciclo gravídico, nos cenários de saúde pública no Município de Santa Maria/RS. Foi analisada a concepção cultural das gestantes acerca do pré-natal; foi investigado o seu discernimento quanto às crenças e valores que as direcionaram no percurso de atenção à saúde, no ciclo gravídico; bem como o seu conhecimento da movimentação que fizeram nos cenários de saúde do município. A metodologia norteadora da pesquisa está pautada em um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. A coleta dos dados ocorreu no período de abril a julho/2008, contando com a participação de 15 gestantes. Foi utilizado a análise temática de Minayo (2007). Para interpretar as informações foram estabelecidas duas grandes categorias: Percepções das Gestantes Sobre o Pré-natal, de onde se depreenderam seis subcategorias; e a outra foi o Percurso das Gestantes nos Cenários de Saúde, depreendendo-se duas subcategorias. Os resultados indicaram que a funcionabilidade do sistema de referência e contra-referência é precário, e não garante a continuidade das ações em saúde; o serviço de referência obstétrica tem realizado encaminhamento da gestante, sem a contra-referência formal, favorecendo a fragmentação do cuidado; as informações de um serviço para o outro ocorrem baseadas nos relatos das gestantes; e o relacionamento interpessoal está focado na relação de amizade entre os profissionais e gestantes, o que por vezes agiliza o encaminhamento e o acesso da mesma, porém nem sempre seguindo os fluxos e trâmites formais. Enfim, as gestantes estão acostumadas a se deslocarem entre as unidades de saúde da rede e do serviço de referência para intercorrências obstétricas e/ou acompanhamento de pré-natal de alto risco, com a expectativa de gerar um bebê saudável prioritariamente e, em segundo plano, para cuidarem de sua própria saúde. E que o cuidado com a gestação centrado no modelo biomédico não deixa de ter um caráter social e cultural impregnado de incertezas, de negociações, de adaptações e repadronizações individuais e coletivas nos cenários que as gestantes percorrem durante o ciclo gravídico.

Palavras-chave: Cuidado Pré-Natal; Humanização; Cultura, Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduation Program in Nursing
Universidade Federal de Santa Maria

THE PERCEPTION AND JOURNEY OF PREGNANT WOMEN ON THE PUBLIC HEALTH SCENERY IN PRENATAL CARE

Author: Izabel Cristina Hoffmann

Adviser: Lúcia Beatriz Ressel

Date: Santa Maria, December 3rd, 2008

Place: Turma do Ique Auditorium – UFSM

This study researched the pregnant women journey in the public health scenery, under their personal point of view. The research locus was the public health services and, the subjects were pregnant women directed from a family health unit, deriving from one of the town's regions (north, south, east and west) to the specialized service in obstetrics. The main purpose was to know the pregnant women perception in relation the journey they went through during the gravidic cycle in the public health scenery at the City of Santa Maria/RS. The cultural conception of the pregnant women about the prenatal care was analyzed; we investigated their discernment about the beliefs and values that directed them in the route of health attention in the gravidic cycle, as well as their knowledge about the movement they have done in the different town health sceneries. The leading methodology of this research is based on a descriptive field study with a qualitative approach. The data collection was performed in the period from April to July/2008, with the participation of 15 pregnant women. Minayo's (2007) thematic analysis was applied. To the analyses of the information collected, two major categories were established: The Perception of the Pregnant Women about the Prenatal Care from which six subcategories are deduced and, the other was The Trajectory of the Pregnant Women in the Health Sceneries giving rise to two subcategories. The results indicated that the functionality of reference and counter reference systems are precarious and, it does not guarantee the continuity in health actions. The obstetrics reference service had been directing the pregnant women without the formal counter reference favoring in this manner the fragmentation in care, the information from one service to another are based in the oral reports made by the pregnant women, the interpersonal relationship is based on the friendship relations between professionals and the pregnant women, this sometimes speed up directing and access to health care, but not always following the formal flow and formalities. We conclude that the pregnant women are accustomed to move from one of the health units in the network and from the reference service to obstetric interurrences and/or accompaniment of high level risk prenatal, with the prior aim of giving birth to a healthy baby and, in second plan, to take care of their own health. And, the pregnancy care centered in the biomedical model also has a social and cultural character impregnated with uncertainties, negotiations, adaptations and, individual and collective re-standardization in the sceneries the pregnant women go through during their gravidic cycle.

Key words: Prenatal Care; Humanization; Culture; Nursing

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Cenário da Pesquisa no Município de Santa Maria-RS.....	44
---	-----------

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A – Documento de Referência e Contra-Referência (Municipal).....	114
ANEXO B – Documento de Referência e Contra-Referência (Estadual)	115
ANEXO C – Documento de Referência e Contra-Referência (Federal).....	116
ANEXO D – Autorização da pesquisa pela SMS de Santa Maria-RS	117
ANEXO E - Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM.....	118

LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A - Solicitação de autorização de pesquisa para o HUSM.....	120
APÊNDICE B - Roteiro para a pesquisa com as gestantes.....	121
APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para a pesquisa.....	125
APÊNDICE D - Termo de confidencialidade	126

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS – Agente Comunitário de Saúde

AIH-DATASUS – Autorização de Internação Hospitalar - Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde.

A PAISM – A Política de Atenção Integral a Saúde da Mulher

BCFs – Batimentos Cardíacos

BEMFAM – Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil

BV – Baixo ventre

CO – Centro Obstétrico

DM – Diabetes Mellitus

ESF – Estratégia da Saúde da Família

FEE – Fundação de Economia e Estatística

G / P / A - Número de Gestações / Número de Partos / Número de Abortos

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IGA – Imunoglobulina do tipo A

IGG – Imunoglobulina do tipo G

ITU – Infecção do Trato Urinário

HAS – Hipertensão Arterial Sistêmica

HUSM – Hospital Universitário de Santa Maria

MS – Ministério da Saúde

O PAISM – O Programa de Atenção Integral a Saúde da Mulher

ONU – Organização das Nações Unidas

PHPN – Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento

PN – Pré-natal

PNAR – Pré-natal de Alto Risco

PNDU – Política Nacional de Desenvolvimento Urbano

PSF – Programa da Saúde da Família

RISPN – Relatório do Sistema de Informação Pré-natal

RN – Recém-nascido

RS – Rio Grande do Sul

SIA-DATASUS – Sistema de Informação de Atendimento do SUS

SIC – Segundo Informações Colhidas

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento

SM – Santa Maria

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

THB – Transtorno de Humor Bipolar

UBS – Unidade Básica de Saúde

UFSM – Universidade Federal de Santa Maria

US – Ultrassonografia

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	17
2 OBJETIVOS	20
2.1 Objetivo geral	20
2.2 Objetivos específicos	20
3 SUPORTE TEÓRICO	21
3.1 A política de saúde da mulher e suas demarcações	21
3.2 A gestante no Sistema de Referência e Contra-Referência e suas dimensões	28
3.3 A enfermagem na atenção ao pré-natal, em vários contextos	33
4 BASE METODOLÓGICA DA PESQUISA	41
4.1 O universo empírico da pesquisa	41
4.2 Participantes da pesquisa	45
4.2.1 Critérios de seleção das participantes da pesquisa	45
4.2.2 Captação das participantes	45
4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão	46
4.3 Procedimentos e técnicas de coleta e registro dos dados	46
4.4 Questões éticas da pesquisa em saúde	48
4.5 Procedimentos e técnicas de análise e interpretação dos dados	49
5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS	51
5.1 Conhecendo o universo das gestantes	51
5.2 Percepções das gestantes sobre o pré-natal	60
5.2.1 O significado do pré-natal para as gestantes	61
5.2.2 Motivação e disposição para o pré-natal	64
5.2.3 Planejamento e aceitação da gestação.....	66
5.2.4 A adesão e o acesso às consultas pré-natais	69
5.2.5 O profissional de saúde do pré-natal e os serviços de saúde de preferência das gestantes	74
5.2.6 Cenário do nascimento	81
5.3 Percurso das gestantes nos cenários de saúde	82
5.3.1 A referência e a contra-referência no percurso das gestantes.....	82
5.3.2 Os significados do encaminhamento nas vivências das gestantes	94
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES	104

7 REFERÊNCIAS	107
ANEXOS	113
APÊNDICES	119

1 INTRODUÇÃO

A temática da gestação passou, naturalmente, a fazer parte do meu contexto pessoal, sob influência de história familiar paterna, sendo bisneta, neta e sobrinha de parteiras no interior da cidade de São Pedro do Sul/RS. Nos anos de 1930, minha bisavó fez o parto da minha avó, nascendo o seu primeiro filho com aproximadamente 1.100 gramas. Os vizinhos comentavam que a criança não sobreviveria. Hoje essa criança é o meu pai, que está com 72 anos. Cresci ouvindo as histórias de parteiras, contadas pela família.

Minha bisavó fez mais de 1.112 partos, registrados em livro no museu da referida cidade. Minha avó, pelas anotações numa caderneta pessoal, realizou mais de 600 partos domiciliares. E uma das filhas da minha avó, hoje aposentada como auxiliar de enfermagem, acompanhou, já em nível hospitalar, mais de 1.500 partos. Em 2000, auxiliei meu primeiro parto, na época como estudante de enfermagem, recepcionando o recém-nascido, junto com um enfermeiro, em Caroebe, um povoado a 600 km de Boa Vista, capital de Roraima, numa expedição da Universidade Solidária, pela UFSM.

Por um período, em minha carreira profissional, o interesse pela temática sobre a saúde da mulher na fase reprodutiva, em especial no ciclo gravídico, ficou adormecido, pois as oportunidades iniciais como enfermeira foram, a maioria, na clínica médica. Passados alguns anos, fui convidada a trabalhar na maternidade do hospital-escola da UFSM, local em que retomei minha origem, com interesse especial, que vinha interiorizado em minha formação pessoal, assistindo mulheres nesse serviço.

Percebo que, os desafios para a mulher no ciclo gravídico não estão e nunca estiveram somente atrelados ao processo biológico de gestar e parir, e sim a um percurso que envolve aspectos culturais e sociais que permeiam o evento da reprodução.

Dessa forma, em concordância com Ximenes (2001), a gestação além de ser um fenômeno biológico e natural, envolve uma bagagem cultural. Esse evento é impregnado de crenças, mitos, costumes, modos de vida, que determinam como as mulheres e seus familiares enfrentarão o ciclo gravídico.

Nesse sentido, os acontecimentos durante a gestação são assimilados e vividos singularmente pelas pessoas. Assim, Helman (2003) menciona que a cultura na qual os indivíduos nascem ou vivem tem uma grande influência sobre os comportamentos e crenças

relacionados à saúde, além de outros fatores como os educacionais, os socioeconômicos e os ambientais.

Assim, devem-se evitar generalizações extensas sobre algum membro de grupos humanos, considerando o fato de que as diferenças entre integrantes do grupo podem ser tão relevantes quanto a distinção entre os próprios grupos. Logo, deve-se evitar fazer generalizações quanto à cultura de determinado grupo, pois outras evidências podem estar imperando em função de um dado contexto (HELMAN, 2003).

Em face disso, a gravidez é considerada um fenômeno singular para cada mulher, e costuma se processar em condições normais, de maneira saudável, podendo ser assistida em uma unidade de saúde. Porém, algumas situações desencadeadas por fatores de risco, exige um atendimento em serviço de maior complexidade, para atenção naquele momento. O que geralmente se dá no hospital de referência da região, sendo esperado que, após a resolução nesse centro hospitalar, a gestante seja encaminhada novamente à unidade de saúde, na comunidade onde mora.

Nessa direção, diferentes desenhos organizativos de atenção à gestante vão se formando, dando um significado de “rede”, de “cuidados à saúde” e de “sistema de referência e contra-referência”, o que regionaliza e hierarquiza os serviços de saúde (BRASIL, 2005a).

Convém ainda destacar que o Ministério da Saúde adota como conceito para os Sistemas de Referência e Contra-Referência, sendo ele um:

Modo de organização dos serviços configurados em redes sustentadas por critérios, fluxos e mecanismos de pactuação de funcionamento, para assegurar a atenção integral aos usuários. Na compreensão de rede, deve-se reafirmar a perspectiva de seu desenho lógico, que prevê a hierarquização dos níveis de complexidade, viabilizando encaminhamentos resolutivos (dentre os diferentes equipamentos de saúde), porém reforçando a sua concepção central de fomentar e assegurar vínculos em diferentes dimensões: intra-equipes de saúde, inter-equipes/serviços, entre trabalhadores e gestores e entre usuários e serviços/equipes (BRASIL, 2008a).

Ao considerar os cenários de saúde pública em que a enfermagem está presente – os quais as gestantes percorrem durante o ciclo gravídico – e o entendimento do sistema de referência e contra-referência apregoado pelo Ministério de Saúde, várias questões remetem à necessidade de refletir sobre o modelo tradicional – muitas vezes ineficaz – do percurso de atenção às gestantes. E tais questões impulsionam buscar novas formas de lidar com a viabilização de uma assistência orientada pelos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS).

Assim, a construção do Sistema de Referência e Contra-Referência tem sido um desafio nos diferentes cenários de atuação e entre os diversos profissionais, incluindo os enfermeiros. A percepção desse processo é de que ele existe em uma instância de idéias e de necessidades, parecendo estar resolvido e estruturado apenas no papel.

Nessa direção, penso e preocupo-me, como enfermeira que atua na área da saúde da mulher, sobre diversos aspectos que envolvem o itinerário terapêutico da gestante no sistema de referência e contra-referência. Explicito algumas dessas inquietações relacionando-as a: Que percurso e quais as implicações culturais e sociais essa mulher precisa vivenciar durante a gestação, até o momento do parto? Como as impregnações culturais desse sujeito feminino interferem no movimento de ir e vir de serviços menos complexos para os de alta complexidade, e vice-versa? Qual o profissional de saúde que cuidará dessa mulher após a alta hospitalar, na unidade de saúde? Como ela será recebida em outro cenário de saúde? Esses questionamentos, a meu ver, apontam para a questão da referência e da contra-referência das gestantes nos cenários de saúde pública no Município de Santa Maria/RS, e entendo que não pode ser desconsiderada as questões culturais que envolve cada gestante assistida nesse processo.

Justifico, a partir dessas reflexões, a importância deste estudo. Considerei fundamental conhecer como, a cultura influencia o percurso das mulheres gestantes nos cenários públicos de saúde, a partir da ótica delas. Essa ótica das mulheres pode revelar as fragilidades e as possibilidades da própria dinâmica do Sistema de Referência e Contra-Referência.

Finalizando essa apresentação, exponho a questão norteadora desta investigação: **Qual a percepção das gestantes sobre o percurso que fazem durante o ciclo gravídico, nos cenários de saúde pública no Município de Santa Maria/RS?**

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Conhecer a percepção das gestantes em relação ao percurso que fazem durante o ciclo gravídico, nos cenários de saúde pública no Município de Santa Maria/RS.

2.2 Objetivos específicos

- Analisar a concepção das gestantes acerca do pré-natal.
- Conhecer as crenças e os valores que direcionam as gestantes no percurso de atenção à saúde, no ciclo gravídico.
- Conhecer o percurso das gestantes nos cenários de Saúde Pública do Município de Santa Maria/RS.

3 SUPORTE TEÓRICO

Para fundamentar o estudo em relação ao “A Percepção e o Percorso das Mulheres nos Cenários Públicos de Atenção Pré-Natal”, apresenta-se três abordagens teóricas, ou seja: a política da saúde da mulher e suas demarcações; a gestante no sistema de referência e contra-referência e suas dimensões; e a enfermagem na atenção ao pré-natal, em vários contextos.

3.1 A política de saúde da mulher e suas demarcações

Em 1984, foi divulgado oficialmente no Brasil o Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PAISM. Esse programa foi instituído pelo Ministério da Saúde e teve como forte impulso a pressão de grupos de mulheres que buscavam assegurar uma atenção à sua saúde, de forma integral. Até então, a ênfase à saúde da mulher era dada ao pré-natal, acentuando o olhar acadêmico e assistencial para o período reprodutivo, tendo o predomínio de ações sobre a técnica, e não incluindo a mulher e sua família como sujeitos no processo gravídico-puerperal (OSIS, 1998).

Assim, a saúde da mulher era restrita, e sob o olhar biologicista ela deveria assumir seu papel social de mãe e doméstica, responsável pela criação, educação, cuidado com a saúde de seus filhos e familiares. Os programas de saúde eram verticalizados, definidos pelo nível central. Em consequência, havia a fragmentação da assistência e um menor impacto nos indicadores na saúde da mulher. Nesse contexto, o movimento feminista criticava todo modelo verticalizado de programa de saúde para as mulheres, os quais centralizavam a atenção apenas no ciclo gravídico-puerperal da mulher (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, é fundamental destacar a atuação marcante do movimento feminista, como coadjuvante no redirecionamento da política de saúde da mulher. Foi, sem dúvida, a atuação organizada desse movimento, articulado com profissionais liberais, universidades, partidos políticos e outros grupos minoritários, que fez ocorrerem mudanças expressivas na atenção à saúde da mulher, um enfoque que abarcou todo o ciclo de vida das mulheres, e não apenas o período gravídico-puerperal (COSTA, 1999).

Esta participação de mulheres no movimento feminista culminou com o movimento nacional que lutava pela democratização do país. Influenciados pelo Movimento Sanitário, formaram os principais atores do contexto em que surgiu o PAISM (OSIS, 1998).

O PAISM igualmente previa que a mulher, como sujeito de cuidado, deveria ser percebida e abordada não apenas focando os aspectos biológicos, mas também considerando suas outras dimensões, como a social, a econômica, a histórica, a política e a cultural, uma vez que é na interação desses aspectos que resulta o perfil de saúde e doença do ser humano.

Tal programa, singularizado pelos princípios da integralidade e universalidade do SUS, representou um marco social na atenção à saúde das mulheres. A partir dele, que também marcou o direcionamento da assistência à saúde feminina, as mulheres deixaram de ser vistas apenas como “parideiras”, e o cuidado à sua saúde não mais se restringiu aos períodos do pré-natal, do parto e do puerpério (OSIS, 1998).

Todavia, um estudo a respeito dos avanços do PAISM, no período de 1998 a 2002, apresentado por Correa e Piola (2003), concluiu que, apesar da luta pela resolução de problemas no conjunto de ações à saúde da mulher, existiam ainda várias lacunas. Dentre elas cita o climatério e a menopausa, as queixas ginecológicas, a infertilidade, a reprodução assistida, a saúde da mulher na adolescência, as doenças crônico-degenerativas, a saúde ocupacional, a saúde mental, as doenças infecto-contagiosas e a inclusão destas nos aspectos de raça e gênero.

Em 2003, novas ações foram propostas pela Área Técnica de Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. Elas incluíram a atenção às mulheres rurais, às mulheres com deficiências, às mulheres negras, indígenas, presidiárias e lésbicas. Tais ações salientaram a emergência de se estabelecer relação entre a saúde da mulher e o meio ambiente (BRASIL, 2007a).

Esse programa, a partir de 28 de maio de 2004, passou a ser nomeado de Política de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM). Evidencia-se com essa mudança o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos. Tal política agregou ações relativas à prevenção e tratamento das mulheres com HIV/AIDS, bem como ações relativas às mulheres portadoras de doenças crônicas degenerativas. Como política de atenção à saúde, ampliou as ações de integralidade e de promoção da saúde, voltando-se a determinados grupos anteriormente excluídos, como as mulheres rurais, as presidiárias, as mulheres negras e as mulheres lésbicas. E promoveu uma ruptura dos princípios até então norteadores, com ações voltadas para integridade e equidade (BRASIL, 2007a).

Além disso, continuou permeando aquilo já proposto no programa, ou seja: a atenção integral à mulher, tanto clínica quanto ginecológica e educativa; o aperfeiçoamento do controle pré-natal, do parto e puerpério; a abordagem dos problemas presentes desde a adolescência até a terceira idade; o controle das doenças transmitidas sexualmente; o controle do câncer cérvico-uterino e mamário; e a assistência para concepção e contracepção (OSIS, 1998).

No ano de 2007, o Ministério da Saúde estabeleceu que a saúde da mulher deveria ser uma das prioridades do atual governo. A PNAISM passa a ser interpretada essencialmente como uma “política”. Foi elaborado, então, em parceria com diversos setores da sociedade, como o movimento de mulheres, o movimento negro, o das trabalhadoras rurais, a sociedade científica, as organizações não-governamentais, os gestores do SUS e as agências de cooperação internacional, o documento “*Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*”. Essa política apontou a saúde como direito de cidadania e deve nortear as ações de atenção à saúde da mulher, contribuindo para que as mulheres brasileiras avancem em suas conquistas (BRASIL, 2007a).

A PNAISM tem como objetivo principal a redução da morbimortalidade da mulher em todas as fases da vida. Garante acesso aos serviços de saúde de diferentes complexidades, e inclui, pela primeira vez, um serviço público que contempla a mulher em todo o seu ciclo vital. Além do aspecto inovador da PNAISM, o marco que a diferencia de outros programas políticos foi à valorização de ações educativas, considerando o conhecimento prévio do sujeito, com o objetivo de proporcionar uma reflexão sobre saúde promovendo o autoconhecimento e a busca pela auto-estima feminina, incorporando a mulher como sujeito ativo no cuidado à sua saúde (BRASIL, 2007a).

No que concerne ao tema deste estudo, observa-se que a atenção ao pré-natal tem sido foco de constantes revisões. Uma série de ações têm sido organizadas e objetivam o acolhimento da mulher, desde o início de sua gravidez até o final da gestação, garantindo o bem-estar materno e neonatal.

Essa política estimulou a participação da enfermagem nas ações de saúde da mulher, especialmente no pré-natal, preconizando ações educativas que garantem, além da qualidade da assistência, um atendimento à mulher e o estímulo pela busca de sua cidadania.

Entende-se que a atenção no pré-natal, quando de qualidade, pode contribuir com a diminuição no índice de mortalidade materna, índice este preocupante no Brasil. Ele se mantém estável, enquanto o esperado seria sua diminuição, já que hoje o país se encontra como uma das potências emergentes do mundo e uma liderança regional. Pelos dados oficiais

brasileiros de mortalidade materna, 74 mulheres morrem a cada 100 mil nascidos vivos, enquanto que os melhores índices europeus mostram que, a cada 100 mil nascidos vivos, ocorrem três mortes maternas na Dinamarca, quatro na Alemanha, oito na França (BRASIL, 2002a).

Pode-se considerar que o índice de mortalidade materna é um dos melhores parâmetros para avaliar a qualidade de vida e de saúde de um país, e que 90% dos óbitos maternos poderiam ser evitados, com um cuidar mais qualificado no período gravídico-puerperal. Há, portanto, necessidade de maior reflexão e atenção a respeito das ações de saúde para com as gestantes (BRASIL, 2002a).

Nesse sentido, destacam-se as ações de atenção no pré-natal, que, de acordo com o Ministério da Saúde, é todo o conjunto de ações realizado durante o período gestacional da mulher, visando um atendimento global da sua saúde, de maneira individualizada, procurando sempre a qualidade e resolutividade desse processo. Além disso, deve-se promover um resgate do potencial feminino na compreensão do processo da gestação, respeitando os limites e valorizando o momento da gravidez e a conscientização da importância da participação ativa das famílias no mesmo (BRASIL, 2001).

É importante destacar que, no final da década de 90, foi instituído o Programa de Apoio à Implantação de Sistema Estadual de Referência Hospitalar para a gestação de alto risco (Portaria MS/GM n.º. 2.817 de 28 de maio de 1998), com o objetivo de organizar e melhorar a assistência às mulheres com maior risco obstétrico (BRASIL, 2002b).

Nessa direção, o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN, lançado em 2002, sob a Portaria/MS/GM n.º. 569, de 16 de julho de 2002, apresentou um elenco de ações propostas pela diretriz nacional, buscando qualificar e humanizar a atenção no pré-natal e no nascimento. Para isso, depreendem vários recursos, tais como os humanos e os materiais; a organização de rotinas com procedimentos benéficos; uma rede de relações pautadas em princípios éticos, os quais assegurem à gestante autonomia, privacidade, compartilhamento, com ela e sua família, sobre as decisões, condutas e procedimentos a serem realizados (BRASIL, 2005b).

O PHPN tem como finalidade instituir uma nova estratégia de atenção à mulher no período gravídico-puerperal, e tem como principais objetivos reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal, ampliar o acesso ao pré-natal, dar cobertura e qualidade ao acompanhamento do pré-natal, à assistência ao parto e puerpério para as gestantes e ao recém-nascido, na perspectiva dos direitos a cidadania (BRASIL, 2002b)

Dessa forma, o pré-natalista precisa estabelecer critérios para qualificar as consultas e promover o vínculo entre a assistência ambulatorial e o parto, além de indicar os procedimentos mínimos a serem realizados (PARADA, 2008).

Conforme Brasil (2001), a atenção humanizada é abrangente, pois envolve uma rede de conhecimentos, práticas e atitudes que possibilitam a promoção do parto e do nascimento saudáveis, bem como a prevenção da morbimortalidade materna e perinatal.

Começando no pré-natal, busca garantir que a equipe de saúde venha a realizar procedimentos comprovadamente benéficos para o binômio mãe/filho e a família envolvida, evitando intervenções desnecessárias, favorecendo a privacidade e a autonomia desses atores sociais.

Também significa humanizar quando a equipe de saúde reconhece a individualidade no atendimento, estabelecendo com cada mulher um vínculo, de forma a perceber suas reais necessidades e capacidade de lidar com o processo do nascimento, trazendo-lhe bem-estar e garantindo a segurança de sua saúde e de seu filho (BRASIL, 2001).

Em consonância com Zampiere (2006), apesar dos esforços dos profissionais e dos planejadores das políticas públicas, a cobertura da atenção pré-natal não é satisfatória. Os critérios mínimos instituídos no PHPN não estão sendo cumpridos pela maioria dos estados cadastrados; e os índices de mortalidade materna ainda são altos. Além disso, o princípio de integralidade não supre o atendimento proposto, nem o atendimento humanizado, que deveria ser pautado no respeito à dignidade humana, na competência relacional, na técnica, na responsabilidade social e no compromisso com o outro.

Nessa abordagem, destaca-se o Manual de Atenção ao Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, do MS, lançado em 2001, em que é descrito o parto como uma experiência humana extremamente significativa e enriquecedora. Esse trabalho propõe individualidade no atendimento, bem como estimula a formação da consciência crítica e a autonomia da mulher, além de destacar a importância da promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (CARDOSO et al, 2007).

Nesse sentido, entende-se que a pouca informação na assistência pré-natal fragiliza a assistência. Além de expor a mulher a risco de agravos nesse período, pode levar até à morte materna (LANDERDAHL et al, 2007).

Aos serviços de saúde cabe a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, assim como a incorporação de condutas acolhedoras e o menos intervencionistas possíveis. A assistência pré-natal deve ser organizada e atender as reais

necessidades das gestantes, utilizando para isso conhecimentos técnico-científicos, com meios e recursos adequados e disponíveis (BRASIL, 2005b).

Destaca-se também que as ações educativas, propostas pela PNAISM na assistência pré-natal, devem propiciar uma reflexão acerca da vivência do parto, de forma integradora, enriquecedora e feliz. O pré-natal deve favorecer a promoção da saúde do casal grávido e do bebê, atuar de forma a resgatar o conhecimento do próprio corpo, e viabilizar a capacitação das mulheres para o autocuidado numa perspectiva da integralidade do ser humano (ALVIM; BASSOTO; MARQUES, 2007).

Diante disso, faz-se necessário unir esforços e formar parcerias coletivas de setores governamentais e não-governamentais, para melhorar a qualidade da atenção ao pré-natal no país. Nesse sentido, o Ministério da Saúde estabelece que estados e municípios devem dispor de uma rede de serviços organizados para a atenção obstétrica e neonatal, indicando mecanismos de referência e contra-referência pautados nos seguintes critérios:

Vinculação de unidades que prestam atenção pré-natal às maternidades/hospitais, conforme definição do gestor local (...) garantia de internamento, sempre que necessário; (...); garantia de atendimento das intercorrências obstétricas e neonatal; (...) transferência da gestante e/ou neonato em transporte adequado, mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário (...) (BRASIL, 2005b, p. 9-10).

Salienta-se que uma atenção qualificada e humanizada no pré-natal se dá pela incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, acesso fácil aos serviços e ações integradas com todos os níveis da atenção, as quais preconizam a promoção e a assistência à gestante no mecanismo de referência e contra-referência (BRASIL, 2005a).

É importante referir que a Organização Mundial da Saúde – OMS recomenda princípios essenciais para a atenção pré-natal. Dentre esses, merece destaque, nesta pesquisa, o quarto princípio, o qual menciona que o cuidado na gestação deve ser “regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para outros de cuidado secundário e terciário” (BRASIL, 2005b, p.14).

Embora a política nacional de saúde vise à qualidade nas ações, sabe-se que esse é um processo lento, que permeia questões educacionais, econômicas, sociais, culturais, históricas, que precisam ser discutidas e amplamente socializadas entre profissionais e usuários, na tentativa de busca conjunta de soluções para os problemas de saúde da população.

Nesse sentido, o Rio Grande do Sul – RS foi o último estado a implantar o PHPN, assim compartilha com a atual política nacional, divulgando, em março de 2008, o

“Plano_RS_Mulher”, o qual contempla a qualificação e a humanização da assistência no período gravídico-puerperal.

De acordo com dados da Secretaria de Saúde estadual, em relação à cobertura do atendimento pré-natal, já no ano de 2000 mais de 50% das gestantes do estado fizeram sete ou mais consultas no período pré-natal, percentual este que alcançou os 65% em 2005. No âmbito dessa secretaria, é realizado um trabalho de estímulo aos municípios para adesão ao Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, no qual todos os municípios estão atualmente habilitados e em fase de implantação de protocolos clínicos para essa qualificação. Por meio do programa são capacitados: a rede básica, para o pré-natal; os hospitais, para a atenção ao parto e o atendimento ao recém-nascido em sala de parto (PLANO_RS_MULHER, 2008).

Entre outros, são objetivos ampliar a captação precoce da gestante e a realização de sete ou mais consultas de pré-natal durante a gravidez, incluindo a consulta de puerpério, para orientação quanto ao cuidado do recém-nascido e aos métodos contraceptivos.

Com a criação do monitoramento da atenção ao pré-natal e ao puerpério, pelo Ministério da Saúde, acredita-se que será possível a avaliação de indicadores de processo, de resultados e de impacto disponibilizados pelo Sistema de Informação do Sistema Único de Saúde - DATASUS/MS, por meio de um sistema informatizado, o Sistema de Informação Pré-Natal - SISPRENATAL, de uso obrigatório nas unidades de saúde, o qual facilita a avaliação, a partir do acompanhamento de cada gestante (BRASIL, 2005b).

No ano de 2003, iniciou-se o processo de implantação do SISPRENATAL no Município de Santa Maria/RS, não se efetivando naquela época por questões estruturais e políticas. Sendo retomado no ano de 2006, inicialmente a implantação se deu nas unidades de Estratégias de Saúde da Família - ESF e após nas Unidades Básicas de Saúde. O serviço de referência para alto risco da cidade ainda não aderiu ao SISPRENATAL. Esse sistema de informação gera vários relatórios de indicadores, os quais possibilitam reconduzir as ações no pré-natal.

O processo de implantação começou dentro da Secretaria Municipal de Saúde, numa seqüência de etapas. Ou seja, desde a leitura e discussão das Portarias GM/MS N°. 569, 570, 571 e 572 (BRASIL, 2000), com análise situacional do município frente ao requisito estabelecido pelo programa do SISPRENATAL. Após a organização de materiais e fluxos, procedeu-se à sensibilização e capacitação das equipes *in loco*, em especial os pré-natalistas, para efetivar a implantação do referido programa (PEDROLO, 2006).

Na seqüência, será apresentado um breve panorama do SISPRENATAL no município de Santa Maria/RS, como forma de sustentar a importância dos dados estabelecidos por este programa para desenvolver ações que promovam maior atenção as gestantes.

Dentre os relatórios citados, destacou-se, até o presente momento, o *Relatório de Indicadores do SISPRENATAL* do período de 17/10/2006 a 31/12/2007. Nesse período, resultaram 4.207 nascidos vivos, foram cadastradas 779 (18,11%) gestantes e selecionadas 754 (96,79%). O número de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta em até 120 dias, em relação ao número de nascidos vivos, no período em questão, foi de 626 gestantes selecionadas, ou seja, 14,88%. Igualmente foram selecionadas 74 (16,05%) de um total de 461 gestantes inscritas que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal. Já das gestantes que realizaram 6 (seis) consultas de pré-natal e todos os exames básicos, foram selecionadas 46 (9,98%), de um total de 461 gestantes. Além desses indicadores, existem vários outros que possibilitam avaliar cuidados especiais durante o pré-natal. Nota-se, com base nesses dados, a possibilidade de rever as ações prestadas no pré-natal, visto que, por ser um novo controle, os profissionais da saúde precisam estar atentos aos registros e às informações de maneira adequada, de acordo com as exigências do programa (RISPN, 2007)¹.

Nesse cenário, percebe-se que a enfermagem tem ocupado importantes espaços, que auxiliam na implantação de programas, na implementação, no controle, registro, manutenção e disponibilidade dos dados em relação ao pré-natal, de forma atualizada.

3.2 A gestante no Sistema de Referência e Contra-Referência e suas dimensões

As gestações de alto risco respondem por 80 a 90% da morbimortalidade perinatal. No Brasil, 20 a 30% das gestações são de alto risco. Já, nos países desenvolvidos, são em torno de 10%. No entanto, muitas condições obstétricas exigem encaminhamento da gestante a um serviço de complexidade, geralmente o hospital de referência da região (OLIVEIRA, 2005).

¹ Fonte: RISPN (2007) – Relatório do Sistema de Informação Pré-Natal – SISPRENATAL, do Município de Santa Maria/RS, no período de 17/10/2006 A 31/12/2007. O SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, tem por objetivo o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde de Gestantes e Recém-Nascidos, ampliando esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbi-mortalidade materna, perinatal e neonatal, melhorando o acesso, dando cobertura e qualidade ao acompanhamento pré-natal, à assistência ao parto e puerpério e à assistência neo-natal, subsidiando municípios, estados e o Ministério da Saúde com informações fundamentais para o planejamento, acompanhamento e avaliação das ações desenvolvidas, através do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

O Sistema Único de Saúde (SUS) brasileiro adotou, em sua política, o sistema de referência e contra-referência para designar os encaminhamentos dos usuários entre os cenários de saúde pública. Acredita-se que esse seja um tema transversal que permeia todos os usuários do SUS, independente de cor, idade, raça, sexo, clínicas ou especialidades do setor saúde.

Detalhando os significados do sistema de referência e contra-referência, Cegalla (2005) refere que *sistema* significa inter-relação das partes ou dos elementos de um todo, os quais funcionam como estrutura organizada; *referência* é a idéia de algo que serve para alguém se orientar, situar-se; *contra* significa oposição, direção contrária. Assim, compreende-se *Referência e Contra-Referência* como o encaminhamento do usuário pelo profissional da saúde, visando a um processo organizacional interinstitucional das diferentes esferas de atenção à saúde.

Diversos são os meios para que ocorram tais encaminhamentos, alguns adotando formulários para referenciar e contra-referenciar. Esses formulários são utilizados entre as instâncias de saúde municipal (Anexo A), estadual (Anexo B) e federal (Anexo C). A partir deles, observa-se que há uma organização que legitima o acesso e o atendimento dos usuários no SUS.

Para tanto, os profissionais que atuam no pré-natal precisam reconhecer os fatores de risco reprodutivo, tais como: características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis; história reprodutiva anterior; intercorrências clínicas crônicas; e doença obstétrica na gravidez atual. Após se constatar um ou mais desses fatores, a gestante precisa ser assistida em sua Unidade Básica de Saúde – UBS, conforme indicam os protocolos do Ministério da Saúde.

Os casos não previstos deverão ser referenciados para a atenção especializada, que, após avaliação de conduta, deverá contra-referenciar a gestante para a atenção básica, com as recomendações para acompanhamento da gestação, e/ou deverá acompanhar o pré-natal nos serviços de referência para gestação de alto risco. Nessa situação, a equipe da atenção básica precisa manter o acompanhamento da gestante, atentando para a execução das orientações e condutas prescritas pelo serviço de referência (BRASIL, 2005b).

Na maioria dos países, de acordo com Helman (2003), a principal estrutura de atendimento é o hospital e, ao contrário do que ocorre no sistema tradicional, o paciente é separado da família, dos amigos e da comunidade, em um momento de crise pessoal. Numa perspectiva antropológica, pode-se explicar o processo de hospitalização do sujeito através da despersonalização. Nessa situação, ele é transformado em um caso numerado e colocado em meio a estranhos. A ênfase recai sobre sua doença física.

A especialização hospitalar garante que os pacientes sejam colocados em alas de acordo com a idade, gênero, condição, gravidade de sua doença, etc. As pessoas são destituídos de sua identidade e uniformizados, havendo perda do controle sobre seu próprio corpo. Esses pacientes são tratados por profissionais que nunca viram antes, em uma relação caracterizada pela distância. Nas enfermarias, os pacientes formam comunidades temporárias. O hospital, como o restante do sistema, está inserido dentro de um contexto, sofrendo influência de fatores culturais e econômicos, em nível local e nacional (HELMAN, 2003).

Nesse sentido, qualquer que seja a visão, um hospital continuará sendo uma instituição da biomedicina, por excelência. Devido à estrutura e às tecnologias, os hospitais passam a ter um custo operacional muito alto. No mundo em geral, os custos e o fato de os hospitais se localizarem em grandes cidades, com bastante aporte tecnológico, estão fazendo com que o papel dessas instituições seja reavaliado, surgindo a idéia dos hospitais regionalizados e distritais, para servir a comunidade (HELMAN, 2003).

Na obstetrícia, observam-se efeitos negativos desse processo, pois os hospitais tornaram-se fábricas de alta tecnologia para a produção, em massa, de bebês perfeitos, passando à gestante a mensagem de que seu corpo é uma máquina defeituosa, que precisa ser controlada por técnicos e não por ela (VIEIRA, 2002).

Para Helman (2003) algumas tecnologias diminuem a distância entre as perspectivas biológicas de vida e morte, como o ultra-som, o qual, por meio do conhecimento do sexo do bebê, dá à criança uma identidade social antes de seu nascimento. Em países subdesenvolvidos, a aquisição dessas tecnologias pode ter impacto significativo nas políticas de saúde pública, na medida em que se direcionam recursos escassos, que deveriam ser aplicados em medidas preventivas de promoção da saúde, para soluções de alta tecnologia.

Na sociedade brasileira, as diversas ações de intervenção no processo saúde/doença, através da rede de atenção, comportam aspectos tecnológicos e assistenciais, em função do perfil epidemiológico de 20 a 30% ser gestação de alto risco. Assim, o Ministério da Saúde classifica as organizações em saúde como sendo um modo de gestão, sendo elas denominadas: “desenhos organizativos da atenção à saúde”. Tem-se pensado em novas práticas de cuidar, tratar ou escutar, de atenção à saúde, sob uma construção participativa e horizontalizada (BRASIL, 2005a).

Vários modelos de atenção têm sido aplicados em nosso país. Para Cecílio (1997), o modelo pensado em forma de *pirâmide* (tomando como sua base as unidades de saúde, e o hospital como ápice) representa a possibilidade de uma racionalidade de atendimentos, ocorrendo um fluxo ordenado de baixo para cima e vice-versa, por meio do mecanismo de

referência e contra-referência, trabalhando adequadamente as necessidades das pessoas, em seus devidos espaços.

A visão de que a pirâmide organiza a assistência em graus crescentes de complexidade, com a população fluindo de forma organizada entre os vários níveis, por meio de mecanismos formais de referência e contra-referência, não tem sustentado a realidade de saúde dos brasileiros nem contemplado os preceitos do SUS (CECÍLIO, 1997).

De acordo com Cecílio (1997), o Sistema de Saúde precisa ser pensado em *círculo* (horizontalizado), oferecendo aos usuários diversas “portas de entrada”. Independente da procura inicial ter sido o pronto-socorro do hospital, todo o usuário precisa ser inserido e reorientado na rede do Sistema Único de Saúde – SUS. A forma de *círculo* se associa à idéia de movimento, de muitas alternativas de entrada e saída. Esse modelo vislumbra o atendimento de forma universalizada, com equidade, organizado, buscando atendimento integral, de boa qualidade, disponibilizando à população os avanços científicos em defesa da vida humana.

A população tem entrado por todas as portas do sistema, uma vez que os serviços não funcionam com lógicas articuladas, não assegurando a resolução dos problemas do usuário do SUS. Também é visível o despreparo de muitas equipes de saúde para acolher os usuários e adequá-los no devido local de atenção à saúde. Faz-se necessário reler os preceitos do SUS, que prevê um sistema único e organizado para a integralidade e humanização, que funcione como “malha de cuidado ininterrupto à saúde” e não como um sistema burocrático e despersonalizado de encaminhamentos (BRASIL, 2005a).

No que se refere ao cuidado à gestante, fica claro, quando Ceccim (2005) menciona que a noção de linha de cuidado está ligada à noção de organização e de atenção em saúde. Este autor toma em referência o conceito de cuidado relacionado à organização da gestão setorial e das práticas assistenciais. Esse entendimento é permeada por uma concepção de saúde não centrada apenas em tratamentos de doenças, mas na inclusão de pessoas em sistemas de produção de cuidado à saúde que valorizem a participação do usuário e sua vida.

Nessa concepção de cuidado, torna-se necessário planejar fluxos com ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar através de uma rede cuidadora. Trata-se do sistema de referência e contra-referência como um tramado de cuidados, e não centrado numa hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais. Assim permitindo a inclusão do usuário, para que ele tenha conhecimento da estrutura do serviço e da rede assistencial, podendo ser uma pessoa, participante e influente nessa rede (CECCIM, 2005).

Em função disso, os desenhos organizativos precisam contemplar a demanda, suprindo as necessidades das gestantes. Isso deve ocorrer de tal forma, que possibilite fluir organizadamente o trabalho das equipes de saúde, oferecendo espaço para todos. Então, é preciso a criação de núcleos efetivos, como os de comunicação (informatização das redes de saúde), protocolos de serviços, entre outros. Eles devem ser criados com a finalidade de permitir a funcionabilidade do trabalho dos profissionais de saúde, os quais, por sua vez, devem satisfazer e incluir as gestantes em seu processo de pré-natal.

Compete ao SUS, de acordo com a Lei nº. 8.080 de 19 de setembro de 1990, prestar assistência às pessoas por intermédio de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, com a realização integrada das ações assistenciais e das atividades preventivas (BRASIL, 2008b). Ainda, conforme essa legislação, são princípios do SUS: universalidade de acesso; integralidade de assistência; preservação da autonomia das pessoas; igualdade e equidade na assistência; direito à informação; divulgação dos serviços; epidemiologia para definir prioridades; participação da comunidade; descentralização; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento; conjunção de recursos financeiros; serviços resolutivos; e organização para evitar duplicidade de ações (BRASIL, 2003).

Diante disso, os cenários de saúde pública precisam garantir a assistência à gestante, de forma a contemplar suas necessidades. De acordo com Brasil (1988), a Constituição Federal de 1988 (Art.198) prevê as ações e os serviços de saúde integrada de uma rede regionalizada e hierarquizada para constituir um sistema único, organizado conforme as diretrizes da descentralização, com uma única direção em cada esfera de governo, visando à integralidade das ações, com participação social e com poder deliberativo. Logo, a rede de serviços deve ser uma rede de cuidados, configurando-se como uma rede única.

Diferentes aspectos tecno-assistenciais convivem dentro do SUS. Eles expressam diferentes desenhos organizativos da atenção, dentre os quais estão o significado de “rede”, de “cuidados à saúde” e de “sistema de referência e contra-referência”, assim diferentes formas de regionalizar e hierarquizar (BRASIL, 2005a).

Diante das práticas multiprofissionais em saúde, percebe-se que o sistema de referência e contra-referência é complexo. Isso leva à instigação e ao aprofundamento de estudos e pesquisas, os quais busquem a causa dessa complexidade e proponham soluções de melhoria para efetivar o processo.

3.3 A enfermagem na atenção ao pré-natal, em vários contextos

A gravidez é um momento especial, que pode levar profissionais da saúde a atuarem, especialmente o(a) enfermeiro(a), nos cenários de saúde pública para além da maternidade, ou seja, na busca da cidadania das mulheres. Esse novo olhar sugere que os profissionais da saúde devem proporcionar um trabalho mais próximo às necessidades individuais no pré-natal. Mandú (2006b) destaca que:

O encontro entre o profissional e a mulher gestante será uma importante estratégia de acompanhamento pré-natal, por ampliar a possibilidade de uma reflexão compartilhada a respeito das belezas e dos sofrimentos que podem ocorrer no período gravídico. Tal encontro deve representar o empenho possível na busca de superação do controle das intercorrências obstétricas, atual foco da atenção em saúde, deslocando-o para a consideração à qualidade de vida e ao acolhimento no atendimento; gerando como consequência, uma assistência mais global e humanizada (MANDÚ, 2006b, p. 11).

Quando esse encontro não acontece de maneira favorável, poderá formar uma barreira para a continuidade do pré-natal, tornando difícil a procura dos serviços pela gestante. Para que o encontro seja positivo, o profissional precisa desenvolver habilidades e competências de escuta ativa e de acolhimento, com o intuito de tornar qualificado o seu atendimento. Se isso ocorrer, o reconhecimento das gestantes e/ou companheiros e outros familiares se concretizará, de tal forma, que eles encontrarão estratégias de enfrentamento para os desafios que uma gestação pode trazer. Logo, precisa-se de interação entre os sujeitos participantes na gestação, permitindo a percepção de possíveis conflitos existentes.

A assistência de enfermagem precisa buscar estabelecer a prática da comunicação e a escuta ativa com as gestantes, promovendo o intercâmbio de informações e experiências, disponibilizando informações adequadas, democratizando o saber e estimulando a busca da autonomia nas mulheres envolvidas, já que é direito da gestante ser informada sobre sua saúde e participar das decisões referentes à sua vida.

De acordo com Ximenes (2001), a gravidez é um momento singular de cada mulher e de seus companheiros e familiares, o qual não pode ser tratado como doença, apenas de modo cauteloso.

Nessa direção, a OMS faz várias recomendações para a atenção pré-natal, baseadas na revisão sistemática de estudos controlados e na aplicação de alguns conceitos da medicina percebidos em evidências. Dentre os seus dez princípios, neste trabalho destaca-se o quarto, o

qual ressalta que o cuidado na gestação deve ser “regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para outros de cuidado secundário e terciário” (BRASIL, 2005b, p.14).

No Brasil, vem se registrando um número cada vez maior de consultas no pré-natal por mulheres que realizam partos no SUS. Em 1995, em média, as consultas/parto se iniciavam em 1,2; e, em 2003, aumentaram para 5,1 consultas/parto².

Nos últimos anos, a cobertura pré-natal tem sido mais expressiva, em termos numéricos. Isso é demonstrado pelo aumento do número de consultas de pré-natal em relação a outros determinantes de qualidade para esse cuidado, como a possibilidade de diminuir a incidência de sífilis congênita, expressa em 12 casos/1000 nascidos vivos no SUS, e também a ocorrência de hipertensão arterial, que continua sendo a causa mais comum de mortalidade materna no país (BRASIL, 2004).

Para qualificar e humanizar a assistência no período gravídico-puerperal, o Ministério da Saúde instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento – PHPN. Porém, do total de gestantes que nele se inscrevem, somente uma pequena parcela realiza o elenco de ações proposto pela diretriz nacional. O referido programa está estruturado nos seguintes princípios: “toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; toda gestante tem direito a assistência ao parto e ao puerpério e que seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; e todo recém-nascido tem direito a assistência neonatal de forma humanizadora e segura” (BRASIL, 2002b).

Em função disso, faz-se necessário unir esforços e formar parcerias coletivas de setores governamentais e não-governamentais para melhorar a qualidade da atenção pré-natal no país. Destaca-se que uma atenção ao pré-natal qualificada e humanizada pode ser obtida pela incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; acesso fácil aos serviços; e ações integradas com todos os níveis da atenção, que preconizem a promoção e a assistência à gestante (BRASIL, 2005b).

Dessa forma, é importante elucidar que o enfermeiro está regulamentado pela Lei nº. 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem. E pelo Decreto

² Fonte: SAI-DATASUS/MS e AIH-DATASUS (Autorização de Internação Hospitalar – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde), 2004.

nº 94.406, de 08/06/1987, que no Art. 8º lhe incumbe, privativamente, dentre várias atribuições, a prestação de assistência de enfermagem à gestante e a participação na elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contra-referência, nos diferentes níveis de atenção à saúde³.

Além disso, a enfermagem representa um papel relevante no pré-natal, pois a Portaria nº. 1.625, de 10 de julho de 2007, ampara legalmente o enfermeiro para realizar assistência integral às pessoas e famílias, na Unidade de Saúde da Família. E, quando indicado ou necessário, também no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (BRASIL, 2007b).

Acredita-se que o enfermeiro, para conseguir estabelecer adequadamente uma relação de ajuda com uma pessoa, terá de conhecê-la bem, sabendo quanto à natureza de seus problemas e dos recursos que ela possui para resolvê-los, levando em consideração seus hábitos, crenças e valores.

Para Helman (2003), um conjunto de crenças sobre a manutenção da saúde deve incluir o modo correto de comer, beber, vestir-se, rezar e conduzir a vida. Em algumas sociedades, a saúde é mantida com uso de talismãs religiosos, e a maior parte da assistência se dá entre pessoas ligadas por laços de família, amizade, por organizações religiosas ou profissionais.

Percebe-se também que alguns aspectos da assistência informal podem ter influência negativa sobre as pessoas, como, por exemplo, a sua alternância durante um período de tratamento, para serviços e profissionais diferentes, e em lugares distantes de suas residências.

Nessa abordagem, Helman (2003) aponta que a assistência à saúde não pode ser vista de maneira isolada de outros aspectos, como os sociais, religiosos, políticos e econômicos. O pluralismo, na assistência à saúde, deve ser visto também sob aspectos culturais. Pode-se considerar que há um pluralismo na assistência à saúde da mulher nas sociedades modernas, visto que há variadas opções terapêuticas. Porém suas escolhas vão depender da singularidade das mulheres e suas famílias. Ou seja, em conformidade com a cultura das gestantes e do contexto onde vivem.

Os diferentes significados simbólicos que circundam a procriação e a maternidade parecem ser construídos culturalmente. Conforme Helman (2003), os antropólogos relatam as diferenças evidentes nas percepções sobre concepção, gravidez e parto, entre grupos culturais

³ DECRETO Nº 94.406/1987 – LEI Nº 7498/1986 – Disponível em: <http://www.lei.adv.br/94406-87.htm> - Acesso em: 11/11/08.

distintos. Para os antropólogos, a “cultura” informa aos membros da sociedade a natureza da concepção, as condições adequadas para a procriação e gestação, o desenvolvimento da gravidez e do parto, e as regras e fundamentos lógicos do comportamento pré e pós-natal. Com base nesse pensamento, o enfermeiro precisa apreender a cultura a partir de cada sujeito de seus cuidados – no caso específico deste estudo, com as mulheres gestantes – e utilizar o que assimilou em suas práticas diárias.

Nessa ótica, Helman (2003) conceitua *cultura* como:

“(...) um conjunto de princípios (explícitos e implícitos) herdados por indivíduos membros de uma dada sociedade; princípios estes que mostram aos indivíduos como ver o mundo, como vivenciá-lo emocionalmente e como comportar-se em relação às outras pessoas, às forças sobrenaturais ou aos deuses e ao ambiente natural. Essa cultura também proporciona aos indivíduos um meio de transmitir suas diretrizes para a geração seguinte mediante o uso de símbolos, da linguagem, da arte e dos rituais (...). Crescer em uma determinada sociedade é uma forma de enculturação pela qual o indivíduo, aos poucos, adquire sua “lente”. Sem essa percepção de mundo, tanto a coesão quanto a continuidade de qualquer grupo humano seriam impossíveis” (Helman, 2003, p.12).

Entende-se, assim, que cada sociedade apresenta normas de comportamento e expectativas para cada etapa do ciclo de vida. Estas se relacionam e refletem a visão cultural em relação à forma como as pessoas promovem e mantêm sua saúde, e como previnem-se de doenças.

Para compreender a questão cultural na profissão do enfermeiro, buscou-se aproximação com a Enfermagem Transcultural, descrita por Madeleine Leininger. Ela foi a primeira doutora enfermeira em antropologia que atribuiu as diferenças comportamentais à cultura das pessoas.

Sob essa percepção, Leininger construiu a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural conceituando *cultura*, como: “os valores, crenças normas e modos de vida de um determinado grupo aprendidos, compartilhados e transmitidos e que orientam seu pensamento, suas decisões e suas ações de maneira padronizada” (Leininger, 1991, p.47).

E, na mesma direção, definiu o *cuidado cultural* como:

“os valores, as crenças e os modos de vida padronizado aprendidos, subjetiva e objetivamente e transmitidos que auxiliam e sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana ou seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte”(Leininger, 1991, p.47)

Segundo Leopardi et al (1999), Leininger afirma que o cuidado é uma necessidade humana essencial para o total desenvolvimento e manutenção da saúde, e para sobrevivência dos seres humanos em todas as culturas do mundo. O cuidado é a essência da enfermagem e também seu foco único, unificador e dominante. Nessa mesma linha de pensamento, Leininger acredita que o *cuidado cultural* apresenta significado holístico importante para o conhecimento, explicação, interpretação e predição do fenômeno do cuidar, na enfermagem (LEOPARDI, et al, 1999). Isso é referendado por Bobak et al (1999), quando diz que as crenças e as práticas culturais em torno da gravidez estão relacionadas às estruturas econômicas, religiosas, de parentesco e políticas, e são influenciadas pela visão de mundo de cada cultura em particular.

Para Leininger, (1991, p.47), *visão de mundo* é a maneira pela qual as pessoas vêem o universo ou o mundo e configuram um “quadro ou instâncias de valor” sobre o mundo e suas vidas.

Em seu referencial teórico, Leininger apresenta outras conceituações acerca do cuidado cultural e que dizem respeito aos temas em estudo. Ela conceitua *diversidade do cuidado cultural* como “as variações e/ou as diferenças nos significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos de cuidado dentro ou entre coletivos que são relacionados às expressões assistenciais, apoiadoras ou capacitadoras do cuidado humano” (p.47). Também, essa teorista propõe o constructo de *universalidade do cuidado cultural*, destacando-o como “os significados, padrões, valores, modos de vida ou símbolos comuns, similares ou predominantemente uniformes de cuidados, que se manifestam em muitas culturas e refletem as formas assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras de auxiliar as pessoas” ((Leininger, 1991, p.47). Este referencial teórico, destaca-se por possibilitar a ampliação do olhar dos profissionais de enfermagem durante o ciclo gravídico, enfocando os significados e as crenças em relação ao percurso que as gestantes realizam durante o pré-natal. Entendendo, portanto que as dimensões culturais e a estrutura social são condicionantes desse processo, aponto a visão dessa autora acerca das mesmas.

Para Leininger, as *dimensões culturais e de estrutura social*, envolvem:

“os padrões e os aspectos dinâmicos dos fatores estruturais e organizacionais inter-relacionados de uma determinada cultura (subcultura ou sociedade) que incluem os valores religiosos, de companheirismo (social), políticos (e legal), econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais, os fatores etno-históricos e como esses fatores podem estar inter-relacionados e funcionam para influenciar o comportamento humano em diferentes contextos ambientais” (Leininger, 1991, p.47).

Nessa perspectiva, é possível inferir que os profissionais da saúde precisam transcender o foco biomédico na atenção ao pré-natal, passando a considerar os aspectos multifatoriais que influenciam a vida da gestante em todo seu contexto ambiental.

Contudo, Leininger (1991) define o *contexto ambiental* como “a totalidade de um evento, situação ou experiência particular que dá significado às expressões humanas, interpretações e interações sociais em ambientais físicos, ecológicos, sociopolíticos e/ou culturais determinados” (p.48). Dessa forma, pode-se encontrar apoio na interpretação dessa autora, quando se refere a *etno-história*, pois, para a mesma, ela abrange

“os fatos, os eventos, as instâncias, as experiências passadas de indivíduos, grupos, culturas e instituições que são principalmente centralizadas em pessoas (etno) e que descrevem, explicam e interpretam os modos de vida humana em determinados contextos culturais e durante períodos curtos ou longos de tempo” (Leininger, 1991, p.48).

Significa que a história de cada gestante precisa ser ouvida pelos enfermeiros e outros profissionais da saúde, como meio de auxiliá-la, em especial durante os nove meses da gestação, pois esse período pode ser marcado por mudanças de comportamento que afetam seu contexto cultural e de sua rede social, com a vinda de mais um membro para a família. Nessa ótica, o percurso que a gestante desenvolve no pré-natal, oferecido pelo SUS, pode também ser revelador de suas concepções culturais, para além de possibilidades econômicas ou geográficas.

Nessa linha de pensamento, é possível nos depararmos com outras formas ou maneiras de cuidado escolhidas pelas próprias gestantes. Assim, Leininger se refere aos *sistemas de cuidados genéricos (populares e leigos)*, que incluem os

“conhecimentos e habilidades tradicionais, populares (com base doméstica), culturalmente aprendidos e transmitidos usados para proporcionar atos assistenciais, apoiadores, capacitores ou facilitadores para outro ou por outro indivíduo, grupo ou instituição com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar um modo de vida humano, uma condição de saúde (ou bem-estar) ou para lidar com situações de deficiência e morte” (Leininger, 1991, p.48).

O cuidado genérico normalmente acontece atrelado às estratégias que as gestantes buscam para atender as suas necessidades de saúde, muitas vezes como primeiro recurso. Já os *sistemas de cuidados profissionais* são conceituados por Leininger (1991) como:

“o cuidado profissional formalmente ensinado, aprendido e transmitido assim como o conhecimento da saúde, doença, bem-estar e as habilidades práticas que

prevalecem em instituições profissionais, geralmente com pessoal multidisciplinar para atender os consumidores” (Leininger, 1991, p.48)

Nesse sentido, quando a gestante acessa o pré-natal, esse momento está sinalizado pelos cuidados formais de saúde no ciclo gravídico. Ou seja, um cuidado profissional adequado, sob o olhar da sociedade ocidental.

Em conformidade com George (1993), para Leininger (1991) o conhecimento do cuidado cultural é ético. A partir desse prisma, Leininger considera que existem uma diversidade e uma universalidade cultural na prática do cuidar, as quais precisam ser conhecidas e compreendidas para que a enfermagem possa assistir sua clientela de maneira satisfatória e humanística. Assim, a gestante é um ser que exige também um cuidado ético, por ela estar inserida numa diversidade e numa universalidade culturais que transferem, em especial aos enfermeiros, a assistência de enfermagem pautada em preceitos éticos humanísticos que propiciem cuidados adequados ao momento que a mulher no ciclo gravídico vivencia.

É indispensável acrescentar que a teoria de Leininger (1995) possui como pressuposto o cuidado como um fenômeno universal, que se manifesta em diferentes grupos, diante do tempo-espaço. Assim, depreende três modalidades para seguir as decisões e as ações frente ao cuidado diário:

- *preservação/manutenção do cuidado cultural*: Quando os profissionais da assistência apóiam, facilitam, capacitam e auxiliam as pessoas daquela cultura a preservar ou manter padrões culturais importantes relacionados ao seu próprio cuidado, garantindo o bem-estar e a recuperação, nas situações de doença ou limitações da vida perante a morte.

- *acomodação/negociação do cuidado cultural*: Esta é a modalidade permeada por decisões e ações dos profissionais em relação às pessoas de um determinado grupo cultural, onde estas são estimuladas para uma adaptação ou negociação com os cuidados previstos ou prestados pelos profissionais de saúde, visando a resultados ajustados especificamente segundo valores culturais, crenças e modos de vida de cada grupo, de maneira satisfatória e benéfica à saúde.

- *repadronização/reestruturação do cuidado cultural*: Relacionam-se às decisões e ações profissionais assistenciais, apoiadoras, facilitadoras ou capacitadoras, que colaboram com a pessoa para a reorganização, trocas e mudanças da forma de viver para um novo padrão de atendimento à sua saúde, preservando as crenças e valores culturais da pessoa, proporcionando-lhe uma vida mais benéfica e salutar, pelo compartilhamento com os profissionais e demais colaboradores.

Amparada nos constructos acima, e em consonância com Baruffi (2004), penso que é no momento de compartilhar com a gestante que o profissional enfermeiro e sua equipe atingem seus objetivos. Para tanto, é fundamental conhecer e respeitar os valores e as crenças culturais das gestantes, na busca do seu bem-estar e para orientar a co-participação de ambos no cuidado pré-natalista.

Isso exige do enfermeiro uma doação, dedicação e comprometimento nas ações realizadas com a gestante no seu contexto de vida, na sala de espera, na consulta pré-natal, em qualquer tempo-espaço, como destaca Leininger (1995).

Transpondo a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural para o foco deste estudo, pressupõe-se que a enfermagem poderá considerar esses conceitos inter-relacionados como forma de atuar nas práticas de atenção à saúde da gestante, voltadas para uma assistência humanizada.

4 BASE METODOLÓGICA DA PESQUISA

Esta pesquisa norteou-se metodologicamente como um estudo de campo, descritivo, com abordagem qualitativa. Para Leopardi et al (2001) e Minayo (2007), a investigação qualitativa compreende a descrição e a análise da realidade, com as suas diferentes formas de representar as experiências vivenciadas pelas pessoas ou de experienciar um fenômeno. Há uma implicação entre o conhecimento sobre o mundo e os sujeitos que o constroem, numa relação dinâmica entre o sujeito e o objeto. Logo, a interpretação do fenômeno, atribuindo-lhe significados, é parte integrante do processo de conhecimento, tanto do pesquisador como dos atores.

A escolha pela abordagem qualitativa revelou-se como a melhor maneira de extrair da realidade uma forma adequada de entender a problemática. Conforme Leininger (1985), o paradigma qualitativo é o mais adequado para se descobrir características, normas e significados dos fenômenos pesquisados. Aplicando-se esse método, o investigador entra no mundo das pessoas e permanece nele, procurando utilizar formas naturais para a exploração, como a observação e a documentação. Por meio delas, ele aprende sobre as pessoas e seus esquemas de referências.

É a partir das relações espontâneas que se aprenderá a conhecer o grupo investigado. Neste estudo, isso ocorreu a partir da congregação das crenças e costumes das gestantes, em relação ao percurso vivido no ciclo gravídico nos cenários públicos de saúde do Município de Santa Maria/RS.

Geertz (1989) ressalta a importância da busca dos dados centrada nos significados dos acontecimentos, uma vez que, de acordo com ele, nesses significados estão as representações dos sujeitos pesquisados. Portanto, essas representações precisam ser apresentadas para expressar a questão cultural de determinado grupo.

4.1 O universo empírico da pesquisa

A pesquisa foi realizada na cidade de Santa Maria/RS, considerada como o “coração do Rio Grande do Sul”, por estar situada na região central do estado, a cerca de 300 km de Porto Alegre. Ela

possui uma área de 1.780 km e clima subtropical úmido. É um importante centro de educação, atualmente contando com sete instituições de ensino superior, entre elas a Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), a primeira universidade federal do interior do país⁴.

A cidade tem uma população de 270.073 mil habitantes fixos (de acordo com estimativa do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE para 2007) e, aproximadamente, mais de 30 mil habitantes flutuantes. Concentra, na zona urbana, em torno de 95% da população e, na zona rural, o equivalente 5,3%. Possui uma taxa de urbanização de 91,74 %, superior à do estado, que é de 78,66 %. Conforme pesquisa da Organização das Nações Unidas – ONU, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento – PNUD (2000), Santa Maria é a 45ª cidade em qualidade de vida do Brasil e a 9ª do Estado. Segundo dados de 2006, da Fundação de Economia e Estatística – FEE a expectativa de vida nessa cidade, ao nascer, é de 74,01 anos, e a densidade demográfica do município é de 145,4 habitantes/km², o que contribui para sua organização e torna o município tranquilo para se viver⁵.

Conforme o Plano Municipal de Saúde (2005-2008), a cidade é pólo assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado, que é composta, administrativamente, pelas 4ª e 10ª Coordenadorias Regionais de Saúde – CRS, da Secretaria Estadual de Saúde – SES. Essas duas Coordenadorias, conjuntamente, possuem uma população em torno de 1.134.110 habitantes, onde a cidade de Santa Maria é a referência para a assistência à saúde de média e alta complexidade. Nesse contexto, o Hospital Universitário é o principal serviço público especializado, que não atende somente o Município de Santa Maria (PMSSM, 2005).

O sistema de referência e contra-referência entre os serviços da rede básica/especialidades/hospitais encontra-se em fase de organização. Tendo em vista que Santa Maria é o principal Pólo Assistencial da Macrorregião Centro-Oeste do Estado e sede do módulo assistencial da Micro-região de Santa Maria, a Secretaria de Saúde está reorganizando seus respectivos serviços, de modo a buscar a eficiência e eficácia da atenção à demanda local e regional. Nesse sentido, a Secretaria Municipal de Saúde do município, tem investido no cadastramento de seus munícipes por meio do Cartão SUS (PMSSM, 2005).

Os serviços de saúde de Santa Maria distribuem-se em 31 unidades básicas de saúde – UBS, em serviços especializados e complementares, em hospitais, em Pronto Atendimento Infantil e Adulto e em Serviço de Vigilância à Saúde. As UBSs do município estão distribuídas em 21 Regiões Sanitárias (13

⁴ Jomal Fórum Mundial de Educação Santa Maria. Disponível em: <http://www.forummundialeducação.org/santamaria>, acesso em 05 mai.2008.

⁵ Fonte: <http://www.santamaria.rs.gov.br> - acessado em 27/12/07

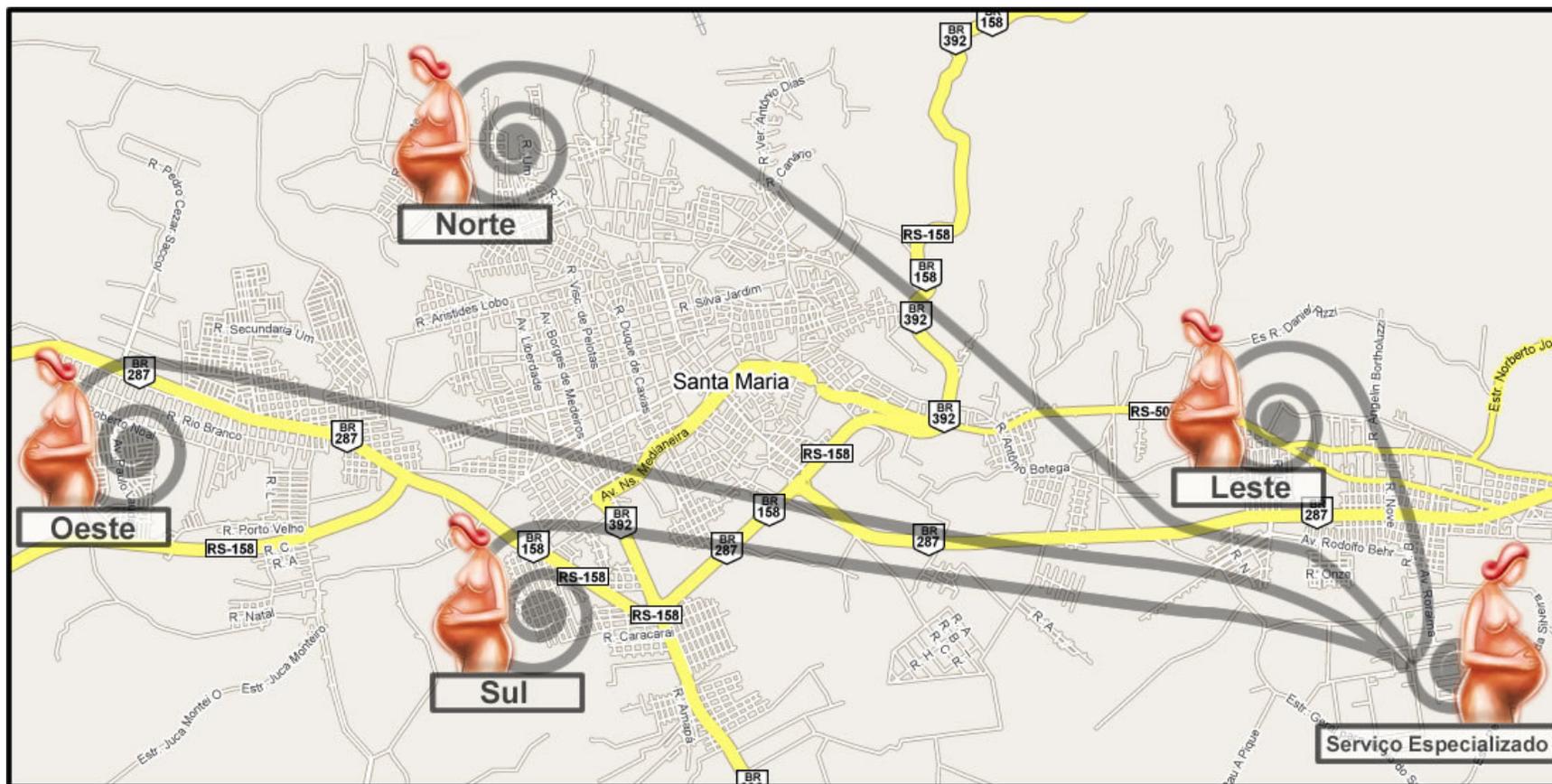
na zona urbana e 8 na zona rural)⁶. Nessas UBSs, atualmente o município conta com 16 equipes de Estratégia da Saúde da Família – ESF.

Para desenvolvimento deste trabalho, inicialmente fez-se um contato, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), com a enfermeira responsável pela política da saúde da mulher do referido município, para se elencar os possíveis locais da pesquisa. A partir da informação de que todas as ESFs realizam o pré-natal por enfermeiros, optou-se por pesquisar cinco ESFs, localizadas nas zonas norte, sul, leste, oeste e centro. Essa escolha se deu, em parte, por serem locais em que os enfermeiros realizam o pré-natal e, por outro lado, porque existe vínculo com atividades acadêmicas da UFSM. Porém, ao visitar os referidos locais, percebeu-se que algumas dessas unidades não apresentavam serviço de consulta de enfermagem no pré-natal, no período da pesquisa. Nesse sentido, foi excluída a unidade de ESF da região centro, devido à enfermeira não realizar as consultas de pré-natal.

Outro cenário deste estudo foi o HUSM. Ele é um hospital-escola em que são desenvolvidas atividades de ensino, assistência, pesquisa e extensão, sendo uma instituição de referência de boa localização geográfica regional para 45 municípios do estado, a qual presta atendimento à população pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Sua área de atuação concentra-se na região centro-oeste do Rio Grande do Sul. Suas instalações estão compostas por ambulatórios, unidades de internação, laboratórios, administração, unidades de apoio, entre outros. Ele é o maior hospital público do interior do estado (PROCHNOW, 2004).

Para situar o cenário da pesquisa, vale destacar a distância percorrida pelas gestantes no município de Santa Maria/RS até o serviço especializado em obstetrícia (Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM), onde se apresentou da seguinte maneira: partindo da unidade de ESF da *região norte* até o HUSM, são em torno de 17,9 Km em 29 minutos; saindo da unidade de saúde da *região sul* chegando ao HUSM, são 12,9 Km em 15 minutos; da unidade de ESF da *região leste* até o HUSM, são 3,4 Km em 7 minutos; e partindo da unidade de ESF da *região oeste* chegando ao HUSM são 14 km em 27 minutos. Na seqüência, será apresentado um *mapa* do referido Município, o qual representa o trajeto geográfico “de carro”, realizado pelas gestantes nos cenários públicos de saúde, durante o ciclo gravídico.

⁶ Conforme definição do PMSSM - *Plano Municipal de Saúde de Santa Maria/RS (2005)*, em Ata da Reunião Ordinária do dia 1º de outubro de 1998, do Conselho Municipal de Saúde.



FONTE: Dados Cartográficos 2008, MapaLink / Tele Atlas / Google Maps - Adaptado por Citruz Comunicação -

4.2 Participantes da pesquisa

As participantes da pesquisa foram *gestantes* que fizeram pré-natal assistidas por enfermeiras, e que haviam sido referenciadas pelas unidades de ESF de quatro regiões do Município de Santa Maria/RS (norte, sul, leste, oeste) para o serviço especializado (HUSM). Foram convidadas a colaborar neste estudo de três a cinco mulheres de cada região, totalizando 15 gestantes.

4.2.1 Critérios de seleção das participantes da pesquisa

Foram selecionadas gestantes que fizeram pré-natal assistidas por enfermeiras nas unidades de ESF e que apresentaram intercorrências no ciclo gravídico, tendo sido referenciadas para atendimento no serviço especializado – HUSM.

4.2.2 Captação das participantes

Para a captação das gestantes, inicialmente foi feita uma apresentação do projeto de pesquisa às equipes de ESF. Naquele momento criou-se um vínculo com os serviços de saúde da rede. Recebi o apoio e as informações para captar as gestantes pela maioria dos componentes das equipes, ou seja, enfermeiros, técnicos de enfermagem, médicos, recepcionistas, dentistas e agentes comunitários da saúde.

A partir de então, as gestantes foram convidadas a participar do estudo, nos dias em que estavam agendadas para a consulta pré-natal na unidade de saúde. Após esclarecer a pesquisa e receber o aceite da gestante para participar da mesma, combinava como, quando e em que local seria realizada a entrevista.

Das 15 participantes escolhidas aleatoriamente, nove foram encontradas nas unidades de ESF das regiões norte, sul e leste; as outras participantes da unidade de ESF da região oeste foram captadas diretamente no HUSM, devido ao momento de transição estrutural e política da equipe de saúde daquele local.

Nesse sentido, basicamente as entrevistas ocorreram em dois locais: nas próprias unidades de Estratégia de Saúde da Família e no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco do HUSM.

4.2.3 Critérios de inclusão e exclusão

As gestantes incluídas neste estudo fizeram pré-natal nas unidades de ESF, tiveram algum atendimento com os enfermeiros durante o pré-natal, e haviam sido referenciadas para atendimento no HUSM, em qualquer trimestre gestacional, devido a intercorrências no ciclo gravídico.

Foram excluídas as gestantes que não tiveram intercorrências de saúde no ciclo gravídico e fizeram o pré-natal em uma das unidades de ESF, não tendo sido referenciadas ao HUSM; bem como as que não foram atendidas por enfermeiros durante o pré-natal.

4.3 Procedimentos e técnicas de coleta e registro dos dados

Ao realizar contato com as enfermeiras das referidas equipes de ESF, solicitou-se o documento de contra-referência (Anexo B ou C) trazido pelas gestantes no retorno do hospital, para análise *a posteriori*. A resposta de todas foi de que não recebiam documentos de contra-referência. Algumas gestantes traziam fichas de atendimento do serviço de “emergência obstétrica” do HUSM, ou até uma nova “carteira de gestante” com anotações do serviço especializado, tanto do Ambulatório do Pré-Natal de Alto Risco, quanto do Centro Obstétrico e Unidade Toco-Ginecológica do referido hospital.

Para a coleta de dados, foi aplicada a entrevista semi-estruturada. Segundo Bardin (1977), a entrevista semi-estruturada é:

(...) aquela que parte de certos questionamentos básicos, apoiados em teorias e hipóteses, que interessam à pesquisa, e que, em seguida, oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do informante. Desta maneira, o informante, seguindo espontaneamente a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo investigador, começa a participar na elaboração do conteúdo da pesquisa (BARDIN, 1977, p.146).

Além disso, essa forma de entrevista valoriza a presença do investigador, oferece liberdade e espontaneidade ao informante, enriquecendo a investigação. Para aplicar a entrevista, foi composto um roteiro com alguns tópicos, os quais serviriam de guia para o pesquisador não perder o foco do estudo.

Utilizou-se um roteiro de entrevista (APÊNDICE B) permitindo que a entrevistada conduzisse a conversa de acordo com sua própria lógica. Nessa técnica, a ordem e a seqüência dos temas são estabelecidas pelas entrevistadas, mas a entrevistadora aproveitou as “entradas” que elas deram, para explorar os temas desejados. Na entrevista, durante a conversa, procurou-se avaliar o momento e a pertinência da temática escolhida, conforme orientação de Minayo (2007).

Em conformidade com VÍCTORA et al (2000), o tipo de entrevista na pesquisa qualitativa, pode ser escolhido de acordo com os objetivos da pesquisa, apresentando um grau de formalidade segundo o que é culturalmente apropriado para o grupo a ser investigado.

A maioria das gestantes que compuseram este estudo preferiu realizar a entrevista antes das consultas de pré-natal, ou antes da realização de algum exame solicitado pelos serviços, o que evitava a necessidade de retorno ao local. Algumas agendaram outra data, de acordo com sua conveniência. Foi solicitada, ainda, às gestantes, a permissão para o uso de gravador digital (MP3), para facilitar a coleta dos dados.

Seguindo a orientação etnográfica, utilizei a técnica da observação dos acontecimentos (APÊNDICE B), para coletar outros dados que contribuíssem com a pesquisa. Para este estudo, optei pela “observação sistemática ou estruturada”, que pode ser planejada, definindo antecipadamente anotações que compuseram categorias pré-estabelecidas. A partir do estabelecimento desse roteiro, foi possível delinear o perfil do grupo estudado, bem como as características do mesmo (CERVO, et al., 2007).

Também Gil (2006) confirma que a observação sistematizada frequentemente é utilizada com os objetivos de descrever precisamente os fenômenos que acontecem no momento da pesquisa. Assim, foi possível extrair os aspectos do grupo de gestantes significativos para alcançar os objetivos propostos neste estudo.

Para o registro das observações, adotou-se o diário de campo como forma de documentar os acontecimentos. Segundo Minayo (2007), o diário de campo é um caderno onde o pesquisador escreve impressões pessoais, as quais podem ir se modificando com o tempo, em função dos dados de conversas informais, observações de comportamentos contraditórios com as falas, manifestações dos interlocutores quanto aos tópicos investigados, entre outros.

4.4 Questões éticas da pesquisa em saúde

No entendimento de Mesquita (2002), a dimensão ética precisa ser observada em todo tipo de estudo que envolve a vida humana. No contexto atual, a globalização e a competitividade avançam a cada dia, sem considerar a ética e a bioética.

Os preceitos da Resolução nº. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – Ministério da Saúde, que dispõe sobre diretrizes e normas que regulamentam a pesquisa envolvendo a participação de seres humanos, especialmente no que se refere ao Consentimento Livre e Esclarecido, foram seguidos durante toda a pesquisa (BRASIL, 2008c).

Este estudo foi implementado após aprovação da SMS do Município de Santa Maria/RS (ANEXO D) e pelo Comitê de Ética da UFSM (ANEXO E), sob o número do processo: 23081.001043/2008-11 e pelo Certificado de Apresentação para Apreciação Ética – CAAE: 0024.0.243.000-08, no dia 19 de março de 2008.

As gestantes foram convidadas a participar do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE C). Foram informadas individualmente, em linguagem acessível, dos objetivos da pesquisa, dos benefícios que promoveria, indiretamente a elas, pois poderia possibilitar a reorientação dos serviços de atenção pré-natal.

Salientou-se às pesquisadas que elas não sofreriam riscos (biológicos, psicológicos, morais, econômicos, entre outros) durante a pesquisa, e que não seriam obrigadas a participar. Da mesma forma, elas foram esclarecidas e informadas de que, a qualquer momento, poderiam solicitar sua exclusão do estudo e que essa atitude não implicaria nenhuma punição ou interferência no seu atendimento.

Também se reforçou a cada gestante sobre as garantias de privacidade, não havendo exposição pública da sua pessoa e que, no uso de seus depoimentos, seria resguardada confidencialmente a sua identidade. Explicou-se também que as informações do estudo seriam exclusivamente de uso científico para a área da saúde, em especial para a enfermagem. Sendo que as falas gravadas em gravador digital (MP3), após salvas em CD Rom, ficariam sob a responsabilidade da pesquisadora até a apresentação da dissertação de mestrado, de acordo com o termo de confidencialidade (APÊNDICE D).

Ainda, em conformidade com a Resolução CNS 196/96 no capítulo IX.2, uma vez realizada a pesquisa, os arquivos com os dados da mesma serão mantidos por cinco anos sob a responsabilidade da pesquisadora.

4.5 Procedimentos e técnicas de análise e interpretação dos dados

Para realizar a análise dos dados desta pesquisa, adotou-se a análise temática. Esse tipo de análise consiste em descobrir os *núcleos de sentido* que constituem uma comunicação, e se a frequência ou a presença dos mesmos apresenta algum significado para o objeto analisado. Logo, para uma análise temática, o surgimento de determinados temas deve denotar estruturas de relevância, modelos de comportamento e valores de referência que possam estar ocultos nos discursos (MINAYO, 2007).

Minayo (2007) descreve ainda, que a análise temática acontece em três etapas: *Pré-Análise*, *Exploração do Material* e *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação*. Essas etapas, neste estudo, foram desdobradas da seguinte maneira:

A primeira etapa foi composta pela: *Pré-Análise* foi o momento em que fiz questionamentos sobre as relações entre as fases da pesquisa já realizadas, orientando a compreensão e a interpretação do material. Essa etapa se dividiu em três momentos. O primeiro foi a *Leitura Flutuante*, que consistiu no contato direto e intenso com o material de campo, momento de impregnação do conteúdo. O segundo foi de *Constituição do corpus*. Para que ele fosse realizado, se verificou se o material coletado continha normas de validade qualitativa, tais como exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência. O terceiro momento compreendeu a *Formulação e a Reformulação de Hipóteses e Objetivos*. Nessa parte, os procedimentos exploratórios foram valorizados e as hipóteses foram revistas, para possíveis mudanças na interpretação dos dados. Enfim, a primeira etapa determinou a unidade-chave ou frase, a unidade de contexto, os recortes, a forma de categorização, a modalidade de codificação e os conceitos teóricos que foram norteadores da análise.

A segunda etapa: A *Exploração do Material* constou de uma operação classificatória para atingir o núcleo de compreensão do texto. Esse foi o momento em que organizei os dados por categorias, reduzindo o texto às palavras e expressões significativas. A compreensão foi construída por meio de codificações e índices quantitativos.

E a terceira etapa, constituiu: O *Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação* se processou por meio dos resultados brutos, os quais foram submetidos a operações estatísticas simples (porcentagens), que permitiram colocar em relevo as informações. Nessa etapa, realizei inferências e interpretações, fazendo a correlação com o quadro teórico inicial, possibilitando a abertura de novas dimensões teóricas e interpretativas, sugeridas a partir do material coletado.

Após a conclusão dessas etapas, Gil (2006) menciona que o pesquisador precisa ultrapassar a mera descrição, buscando acrescentar algo ao questionamento existente sobre o assunto. Nesse sentido, empenhei-me na abstração de possíveis explicações, configurações e fluxos de causa e efeito. Para isso, precisei recorrer ao diário de campo e à literatura, inclusive à coleta de dados adicionais fornecidos não só pelas *gestantes* (sujeitos da pesquisa), como também pelas *enfermeiras* (os elos entre a investigadora e os sujeitos da pesquisa).

Ainda, para dar maior credibilidade aos dados construídos neste estudo, pautei-me na triangulação de informações orientada em VÍctora et al. (2000). Para esses autores, este cuidado na pesquisa qualitativa auxilia para confirmar a veracidade dos dados. Por conseguinte, realizei a triangulação das informações por meio da associação do registro escrito (documento de referência e/ou contra-referência), da observação-sistemática (realizada no momento dos encontros com a pesquisada) e do elemento discursivo (entrevista semi-estruturada), na busca da apreensão da realidade.

No capítulo a seguir, serão explanadas as categorias e as subcategorias extraídas dos dados coletados nesta pesquisa.

5 ANÁLISE E INTERPRETAÇÃO DOS DADOS

A seguir apresento a caracterização do grupo de gestantes que participou da pesquisa. E na sequência, os dados analisados neste estudo, em que as categorias depreendidas foram: Percepções das Gestantes Sobre o Pré-natal e Percurso das Gestantes nos Cenários de Saúde.

5.1 Conhecendo o universo das gestantes

Sobre esse universo, apresento um breve histórico de vida de cada participante, como forma de elucidar as questões culturais, econômicas e sociais no contexto em que vivem, e com quem elas compartilham seu cotidiano de ser mulher, gestante, mãe, filha, enfim todos os papéis que ocupam na sociedade em que se inserem.

Seguindo os preceitos éticos e de privacidade, optei, para preservar a identificação das participantes do estudo, pela utilização de codinomes representativos de estrelas. Construí uma metáfora, sobre meu olhar cultural acerca do ciclo gravídico e a estrutura estelar.

As estrelas são corpos celestiais de forma esférica (o abdome da gestante) e irradiam luz e calor (como no momento em que a mulher se destaca na sociedade pelo processo de continuidade da espécie humana, onde os cuidados passam a ser mais vigilantes, e ela passa a ser centro de atenção dos membros da família, da comunidade, e do resto da nação com suas políticas de saúde). Ainda, sob o olhar dos geofísicos, as estrelas são formadas por dois gases principais: hidrogênio e hélio, que entram em reação nuclear (momento do parto). Eles também classificam as estrelas de acordo com seu brilho e idade (singularidade de cada gestante).

Considerar as gestantes como estrelas significa torná-las símbolo de luz e inspiração neste estudo. Assim, apresento os nomes das “gestantes-estrelas” que compuseram o universo desta pesquisa: “*Enif, Acamar, Adhara, Ain, Alamak, Caph, Furud, Gatria, Girtab, Keid, Lesath, Izar, Merak, Thabit e Mizar*”!

Enif, 37 anos, estava na sétima gestação, teve seis partos normais, e não informa abortamentos. Durante o encontro, demonstrou olhar triste. Conhecia pouco da sua situação gestacional, parecia estar despreocupada e desinteressada pela gravidez. Se emocionava, apresentando risadas durante a conversa, e ansiedade em relação à situação socioeconômica e número de filhos. Expressava-se com naturalidade, mas apresentava timidez em alguns momentos. Era natural de Santa Maria. Morava na região norte da cidade, desde que nasceu. Estudou até a sexta série do ensino fundamental. Era católica. Vivia com o seu companheiro, pai dos seus seis filhos, havia 18 anos, em união consensual. Trabalhava como faxineira e, e após saber da gravidez, parou de trabalhar. A renda pessoal era a Bolsa Família de R\$ 112,00. O marido recebia pouco mais de um salário mínimo, na construção civil. O filho mais velho, de 16 anos, também trabalhava como pedreiro com o pai, mas seu dinheiro não entrava na renda familiar. Residiam em casa de madeira, em uma chácara, cedida pelo dono das terras em troca do cuidado que a família realizava. No local mantinham uma pequena “lavourinha”, criação de porcos, cachorros, coelhos, gansos, uma gata, uma égua e galinhas. Ela realizava o pré-natal numa unidade de saúde na zona norte, e havia sido encaminhada ao HUSM devido à toxoplasmose reagente, multiparidade, depressão, tabagismo e baixo peso.

Acamar, 28 anos, terceira gestação, dois partos e nenhum aborto. Conhecia pouco da sua situação gestacional, demonstrava preocupação em relação a ir para outro serviço de saúde. Era atenciosa e se preocupava com a gestação. Apresentava olhar firme, era pouco comunicativa, introvertida. Durante a entrevista, manifestou nervosismo, timidez, ansiedade, tristeza pela gravidez não planejada. Era natural de São Gabriel. Morava na região norte de Santa Maria, havia 23 anos. Coursou até o segundo ano do ensino médio, e parou devido a questões financeiras, construção da casa e à gravidez. Acreditava em Deus, mas não freqüentava nenhuma religião, herdando a católica, na qual batizou seus filhos. Foi casada anteriormente e naquela ocasião morava junto com o novo companheiro. Tinha dois filhos, o primeiro do relacionamento anterior. Trabalhou um ano na lancheria de uma escola, e parou por causa da gravidez. Sentia-se bem nesse serviço, era motivada pelo público e inovações. Naquele momento se mantinha em casa, em função da gestação, não indo nem ao mercado ou ao centro da cidade, pois eram longe da sua casa. Relatou queda de pressão e receio de sair sozinha, com medo de passar mal e cair na rua, e não queria depender de companhia, preferindo ficar em casa. Estava sensível a tudo. Considerava como renda pessoal a pensão paga pelo ex-marido ao filho, o que representava menos de um salário mínimo. O companheiro recebia um salário mínimo. Moravam na casa de sua sogra, enquanto construíam

a deles. A casa da sogra era de alvenaria, não tinha rede de esgoto, a água era retirada do poço, tinha luz elétrica e um cachorro que ficava preso no pátio. Ela expressava que aquela gestação a deixava mais limitada, e relacionava isso com sua idade. Preocupava-se com ter de recomeçar as trocas de fraldas e cuidados com nenê novamente. Gostava de passear com o esposo nos finais de semana e achava que isso passaria a ser difícil. Relatou que o esposo queria esse segundo filho, mas ela não. Posicionou-se frente à maternidade dizendo que, para os homens, o número de filhos não é problema, tudo é maravilha; porém, para as mulheres é um problema, pois são elas que cuidam! Acessou o serviço de emergência obstétrica num sábado, por sentir-se mal, e naquela ocasião foi diagnosticada a gravidez. Foi reencaminhada para a unidade de saúde de sua região, onde começou o pré-natal. *Acamar* retornou ao HUSM, por conta própria, devido a desidratação, vômito, inapetência e emagrecimento no início da gravidez, e fez acompanhamento nesse hospital, paralelamente à unidade de saúde.

Adhara, 23 anos, primeira gestação. Conhecia bem sua situação gestacional, demonstrava receio de ir para outro serviço de saúde, estava preocupada com a gestação pela inexperiência. Era interessada e atenciosa com as modificações que vinham ocorrendo. Comunicativa, expressava alegria com moderação, apresentava-se um pouco tímida, parecendo estar pouco orientada quanto ao pré-natal. No final da conversa, sinalizou dor na região lombar e no baixo ventre, passando a mão na barriga várias vezes, e demonstrando inquietação em relação a isso. Natural de Santa Maria, sempre residiu nessa cidade e morava na região norte. Concluiu o ensino médio. Preferiu não relatar a crença religiosa. Era casada. Trabalhava como babá e doméstica, e recebia um salário mínimo. O seu companheiro era servente de obras e recebia em torno de um salário mínimo regional. A casa onde moravam era de madeira, tinha cinco cômodos, com um banheiro e uma área aberta que ficavam do lado de fora. Não tinha canalização de esgoto e havia um pequeno regato do lado de sua casa. As intercorrências obstétricas recentes que haviam levado *Adhara* a acessar o Centro Obstétrico do HUSM, foram: trabalho de parto prematuro, febre, sangramento nasal, sinusite, rinite alérgica e dor de cabeça.

Ain, 29 anos, quarta gestação, três partos e nenhum aborto. Conhecia bem sua situação gestacional, não demonstrava medo de ir para outro serviço de saúde. Preocupava-se com a gravidez, estava interessada e parecia bastante atenciosa naquele momento. Era comunicativa e expressou um pouco de ansiedade por meio de risos nervosos e demonstrando timidez, em alguns períodos. Comentou que no início da gestação não sentia alegria. Parecia esclarecida

quanto ao pré-natal. Residia na zona sul de Santa Maria, desde que nasceu. Concluiu o ensino médio, não quis continuar os estudos. Freqüentava esporadicamente a religião evangélica. Estava no seu segundo relacionamento e tinha três filhos, sendo dois desses filhos do primeiro casamento. Além das atividades do lar, trabalhava como doméstica e recebia a pensão dos filhos. Sua renda era de mais ou menos um salário e meio, e a de seu companheiro mais de dois salários. Sua mãe morava em sua casa, mais os filhos e o companheiro. A casa era de alvenaria e tinha um pátio grande que era de sua mãe. Relatou que morar junto com a mãe, de 65 anos, em alguns momentos apresentava conflitos, mas tentava respeitar o espaço dela. Havia sido encaminhada para o PNAR/HUSM pelas seguintes intercorrências obstétricas: obesidade, diabetes gestacional, toxoplasmose, dislipidemia, condiloma em tratamento e multiparidade.

Alamak, 29 anos, quarta gestação, três partos e nenhum aborto. Conhecia bem sua situação gestacional, e estava preocupada. Durante a entrevista, ouvia com atenção e respondia bem todas as perguntas, mas mostrava-se um pouco introvertida em alguns momentos. Demonstrava medo e ansiedade. Residia em Santa Maria desde o seu nascimento. Morava na região sul da cidade. Dizia ser da religião católica e freqüentava a Umbanda, junto com sua mãe. Era casada legalmente e desenvolvia atividades do lar. Não completou o ensino fundamental. Tinha três filhos homens. Dependia somente da renda do esposo, o qual trabalhava como soldador e recebia em torno de dois salários mínimos. Morava numa casa de madeira velha, que era da avó do seu esposo. Essa casa localizava-se próximo à rodovia, o que provocava muito barulho de veículos e caminhões. Tinha luz elétrica, água encanada e esgoto. Havia um gato e três cachorros. A sogra, às vezes, cuidava de seus filhos, mas preferia a ajuda de sua mãe. Considerava a quarta gestação como normal, apenas estava sendo a mais complicada, atribuindo, de certa forma, ao fato de que, por ser menina, pudesse ser diferente! Realizava o pré-natal em dois serviços de saúde, na ESF e no HUSM. Tinha sido encaminhada para o PNAR/HUSM devido às seguintes intercorrências: cardiopatia a esclarecer, toxoplasmose reagente, gastroenterite, baixo peso, multiparidade, e também porque tinha história de internação psiquiátrica.

Caph, 19 anos, segunda gestação, e negativa de aborto. Demonstrava receio e preocupação em ir para outro serviço de saúde. Era interessada e atenciosa com a gestação. Falava pouco durante a entrevista, e demonstrava alegria, ansiedade e timidez em momentos alternados. Estava orientada em relação à importância do pré-natal. Nasceu em Santa Maria e

residiu por dois meses em Porto Alegre/RS, para acompanhar o esposo. Estudou até a oitava série do ensino fundamental e parou quando engravidou do primeiro filho. Considerava-se católica pouco praticante, não ia muito às missas, falava que preferia conversar em casa com Deus. Possuía um filho. Tinha companheiro e destacava não estar casada legalmente no papel. Trabalhava como babá e não possuía carteira assinada. Naquela época cuidava da sua casa, do filho e do marido. Recebia Bolsa Família de R\$ 76,00. O marido trabalhava em biscates de serviços gerais e recebia em torno de vinte a trinta reais, por dia trabalhado; mensalmente costumava receber um salário mínimo. Morava em casa alugada, com água encanada e luz. Seu pai era alcoolista e passava o dia na sua casa, retornando para dormir em outra moradia. Ela precisou se internar duas vezes no HUSM, durante a gestação, por infecção do trato urinário e pielonefrite.

Furud, 19 anos, segunda gestação e um aborto. Inicialmente, custou a saber sua situação gestacional e percorreu vários lugares para acessar o pré-natal. Demonstrava receio em relação à necessidade de ir para outro serviço de saúde. Preocupava-se com a gestação, se mostrava interessada e cuidadosa. Durante a entrevista se mostrou risonha, simpática e bastante comunicativa. Manifestou dor no baixo ventre durante a conversa e referiu ter apresentado uma contração. Sempre residiu em Santa Maria/RS. Morava na região sul da cidade. Estudou até o segundo ano do ensino médio. Era católica. Casada. Era artesã, mas naquele momento só desenvolvia atividades do lar. Em função da gestação, precisou parar com as atividades artesanais, por orientação médica, devido ao cheiro da tinta. Estava sem renda pessoal no momento. O esposo recebia pouco mais de um salário mínimo. Moravam numa casa de fundos, no terreno da avó de seu marido. Seus sogros eram doentes e moravam junto com eles. Considerava a gestação uma fase boa de sua vida, pois tinha a atenção de todos os familiares. Possuía cachorros que ficavam soltos no pátio durante a noite. A intercorrência obstétrica que levou a gestante a acessar o PNAR/HUSM se devia ao fato de ser portadora de anemia falciforme.

Gatria, 21 anos, primeira gestação e nenhum aborto. Demonstrava receio de ir para outro serviço de saúde, manifestava preocupação por estar grávida e ter pouco conhecimento sobre isso. Mostrava-se atenciosa e interessada em saber sobre as modificações que a gravidez tinha proporcionado. Manifestava risos nervosos durante a conversa, era introvertida e pouco comunicativa. Verbalizava insegurança e receio de questionar o profissional durante as consultas. Residia em Santa Maria desde que nasceu. Naquela época estava morando na

região leste da cidade. Estudou até a sexta série do ensino fundamental. Era adepta da religião evangélica. Possuía situação conjugal de união consensual. Trabalhava de babá e de empregada doméstica, porém sem carteira assinada. Parou de trabalhar quando engravidou, pois considerava o serviço pesado. No momento não possuía renda pessoal, mas o esposo trabalhava com carteira assinada e recebia em torno de um salário mínimo. Morava em casa própria com o esposo, no mesmo pátio de sua mãe. A casa era de madeira, tinha água encanada, luz elétrica, mas não tinha canalização de esgoto, havendo muito odor em volta da casa. Possuía cachorro no pátio. Estava com um pouco de medo da hora do parto. O marido queria acompanhá-la, mas ela achava que homem não podia entrar no Centro Obstétrico. Questionou a respeito disto. Comentou que havia poucos meses, no parto de sua irmã, não deixaram ninguém da família participar. Falou que tinha ido quatro vezes no Centro Obstétrico do HUSM, por motivos variados, tais como: dor no baixo ventre, infecção urinária e ausência de movimentação fetal, mas sempre retornava para fazer o pré-natal na unidade de ESF da sua comunidade.

Girtab, 31 anos, sétima gestação, seis partos e negativa de aborto. Manifestava tranqüilidade e se dizia maternalmente experiente. Conhecia sua situação gestacional. Durante a entrevista apresentava-se pouco extrovertida, manifestava risos durante o diálogo, pouca alegria com essa gestação, ansiedade. Expressava estar bem orientada quanto ao pré-natal. Sempre residiu em Santa Maria, e na ocasião morava na região leste. Estudou até a terceira série do ensino fundamental. Trabalhou fora de casa desde os treze anos, mas desde os nove anos já auxiliava nas tarefas de casa. Foi morar com o marido quando tinha treze anos. Tinham seis filhos. Havia sido praticante da Igreja Quadrangular, mas fazia seis anos que não a freqüentava mais, não tendo crença religiosa definida. O esposo trabalhava em comércio de frutas. Possuíam casa própria, de madeira, com luz, água encanada e pátio grande. Tinha um cachorro de estimação preso num canto longe da casa, para não atrapalhar, mas não gostava de ter o animal e mencionava brigar todos os dias por causa do cão. Seus filhos eram duas meninas e quatro meninos, e ainda não sabia o sexo do nenê. Havia feito acompanhamento de pré-natal, durante um período curto, em dois serviços de saúde no PNAR/HUSM e na unidade de saúde da família de sua região, mas relatou ter solicitado para ficar próximo à sua casa, uma vez que facilitava o seu acesso. Motivos obstétricos que levaram a gestante a ser encaminhada para o serviço especializado: multiparidade, seis cesáreas prévias, toxoplasmose reagente. O fato que a perturbava um pouco era que ela havia feito ligadura tubária em 2006 e, após um ano e sete meses, se descobriu grávida, confirmado esse relato pela descrição no

prontuário da paciente. Mas ela já estava providenciando a documentação para realizar o procedimento cirúrgico da laqueadura novamente.

Keid, 25 anos, primeira gestação, nenhum parto ou aborto. Conhecedora de sua situação gestacional, preocupada, interessada e atenciosa com o momento gravídico, pouco comunicativa e introvertida. Manifestava vergonha durante a conversa e faces avermelhadas, demonstrando timidez, olhar direcionado para baixo no momento das repostas, parecendo encabulada. Relatou que no início da gestação não estava muito feliz. Parecia estar orientada em relação à importância do pré-natal. Na época, residia na região leste de Santa Maria. Esteve morando seis meses com o irmão no Mato Grosso, para fazer a prova da Polícia Militar. Fazia faculdade de administração no Centro Universitário Franciscano, e em janeiro havia passado para Serviço Social, porém fez a matrícula e trancou. Estava trabalhando durante o dia numa fábrica de massas, e a noite fazia faculdade, mas seu pai teve câncer em janeiro de 2008 e, para cuidar dele, fez um acerto na firma e parou de trabalhar. Não sabia que estava grávida já nessa época. Naquele momento gostava de estar grávida, porque via o nenê se mexer, e porque estava com mais tempo para ela. Movimentava-se muito para conciliar os cuidados com a casa, o estudo, o trabalho e a doença do pai. Dizia ser católica, mas gostava do espiritismo. Estava casada havia quatro anos. Seu esposo trabalhava e recebia mais de três salários mínimos. A casa era metade de madeira e a outra parte de alvenaria. Estavam fazendo reforma total na casa e, em função da gravidez, programou um quarto para o nenê. Apresentou intercorrência obstétrica e internou-se no HUSM com 34 semanas de gestação. Por trabalho de parto prematuro e bolsa rota, havia feito uso de nifedipina e, após, foi encaminhada para continuar o acompanhamento no PNAR/HUSM.

Lesath, 26 anos, achava estar na terceira gestação; havia tido dois partos e não estava certa se ocorreu um abortamento. Conhecia pouco sobre a situação gestacional, demonstrava receio quando precisa ir para outro serviço de saúde, embora estivesse interessada na gestação. Era pouco comunicativa, introvertida, apresentava faces avermelhadas ao falar. Parecia estar feliz, às vezes ansiosa com a gestação. Expressava estar orientada quanto ao pré-natal. Residia na região oeste da cidade. Era natural de Santa Maria, mas morara três anos em Porto Alegre, para onde ela e o esposo foram a trabalho. Retornou para cuidar dos avôs; considerava-os como seus pais, pois havia sido criada por eles. Perdera sua mãe biológica havia quatro anos, e relatava se relacionar bem com a mesma. Estudou até o primeiro ano do ensino médio. Era da Assembléia de Deus desde os 10 anos de idade, acompanhava a avó na

igreja, mas na ocasião estava afastada. Trabalhava como faxineira, quando os exames de gravidez se confirmaram; parou, pois considerava esse serviço pesado, e só cuidava do seu lar. Recebia a Bolsa Família como renda pessoal; e o esposo era pintor e trabalhava junto com o tio, recebendo em torno de vinte a trinta reais por dia. Tinha dois filhos. Morava em casa mista, também com a avó. Os quartos eram de alvenaria e a sala e cozinha eram de madeira; havia água encanada, luz, e o pátio era todo de terra, bem úmido. Tinha dois cachorros. Mencionava estar agitada nessa gestação e estava sempre fazendo alguma coisa, não conseguia ficar parada, daí a família pedia para ela sossegar. Era ela quem administrava a casa, cuidava dos documentos do esposo (ele tinha medo de perder), pagava as contas, fazia as compras de mercado e cuidava da avó, que morava em sua casa. Acompanhava sua gestação no PNAR/HUSM, por ser hipertensa havia quatro anos, com patologias prévias (parotidite e rubéola) e infecção urinária.

Izar, 36 anos, terceira gestação, dois partos, não informou sobre aborto. Conhecedora de sua situação gestacional demonstrava receio, baseada na sua primeira experiência. A primeira filha permanecera internada em unidade de terapia intensiva neonatal, com seqüelas neurológicas provenientes no momento do parto. Ficou sabendo bem depois que a filha era “deficiente”. Se preocupava muito com essa gestação. Durante a entrevista comunicava-se bem, porém era um pouco introvertida. Expressava alegria ao falar sobre a gestação e dizia que havia sido uma escolha, embora fosse um risco para sua situação de saúde. Estava esclarecida em relação ao pré-natal. Demonstrava timidez frente ao público, nas consultas no HUSM. A paciente contou sobre sua trajetória de vida. Residia na região oeste de Santa Maria. Era natural de Dilermando de Aguiar. Concluiu o ensino fundamental. Em 2007 sua filha faleceu, com 12 anos. Não esclareceu o motivo do óbito e começou a chorar. Batizou as crianças na Igreja Católica, e às vezes freqüentava o Espiritismo, mas, depois que perdeu a filha, não foi em mais nada. Era viúva e tinha outro companheiro havia 11 anos, tendo outro filho vivo desse relacionamento. Trabalhou como faxineira e como ajudante em um mercado próximo à sua casa, porém na ocasião estava sem trabalhar. Sua renda pessoal vinha da pensão de quase dois salários mínimos que recebia, pelo falecimento do primeiro esposo. O novo companheiro trabalhava como motorista de caminhão e recebia mais ou menos dois salários mínimos. Moravam em casa própria de madeira, velha (com mais de 60 anos), com água encanada, luz e rede de esgoto. Fazia 10 anos que iniciaram uma nova construção e pretendiam terminar naquele ano. Tinha três cães. Nos primeiros meses de gestação, sentia enjôo ao escovar os dentes, e se alimentava mal. Foi encaminhada para o PNAR/HUSM,

devido a hipertensão prévia (que já durava seis anos), infecção trato urinário, toxoplasmose IGG reagente, depressão em tratamento e Transtorno de Humor Bipolar (com ideação suicida).

Merak, 24 anos, segunda gestação, um parto e negativa de aborto. Conhecia pouco a sua situação gestacional, demonstrava preocupação em relação a ir para outro serviço de saúde. Apresentava-se pouco comunicativa durante a entrevista; ao conversar, ficava vermelha e dava risadas, expressava alegria por estar grávida. Se mostrava orientada quanto ao pré-natal. No momento do encontro, estava na presença do esposo e, por vezes, ficava tímida ao responder. Expressou dor no baixo ventre, no final da entrevista. Era natural de Dom Pedrito. Morava em Santa Maria havia 12 anos, e na ocasião habitava na região oeste da cidade. Parou de estudar na sétima série do ensino fundamental. Era católica. Morava junto com o companheiro, em união consensual. Cuidava do lar. Considerava como renda pessoal a Bolsa Família de R\$ 18,00. O esposo trabalhava como pintor, e recebia em torno de dois salários mínimos ao mês. Sua casa tinha luz elétrica, água encanada e rede de esgoto. Possuía um coelho de estimação. Referiu que brigava com o filho de seis anos, para que ele auxiliasse no cuidado doméstico e cuidasse do animal de estimação. Relatou que a gravidez estava sendo boa, mas, nos últimos meses, tinha se deslocado com frequência até o hospital para realizar o pré-natal, e isto se tornava difícil, pelo peso da barriga. Acompanhava o pré-natal no Ambulatório de PNAR/HUSM, por descobrir Diabetes Mellitus gestacional, mas preferiria estar próximo à sua casa.

Thabit, 29 anos, quarta gestação, segundo parto e preferiu não esclarecer se havia ocorrido aborto. Não conhecia muito sua situação, demonstrava medo em relação a ir para outro serviço de saúde e se preocupava com a gestação. Durante a entrevista, apresentava-se confusa na comunicação verbal, tímida, um pouco triste, expressava ansiedade, apertava as mãos durante a conversa. Estava pouco orientada em relação ao pré-natal. Era natural de São Pedro do Sul e morava na região oeste de Santa Maria havia 12 anos. Estudou até a sétima série do ensino fundamental. Era católica. Casada. Do lar. Recebia a Bolsa Família de R\$102,00. Seu esposo trabalhava como servente durante o dia, e de madrugada entregava jornais, recebendo em torno de R\$680,00 por mês. Morava em casa própria com pátio grande, água e rede de esgoto encanados, luz elétrica. Tinha um cachorro como animal de estimação. Comentava que essa gestação estava um pouco diferente das anteriores, percebendo que estava mais tumultuada, e já sabia ser uma menina. Permanecia realizando o

acompanhamento no Ambulatório PNAR/HUSM, por intercorrências obstétricas de sangramento nessa gestação e picos hipertensivos, havendo história prévia de pré-eclâmpsia.

Mizar, 22 anos, primeira gestação, sem experiência de parto e não informou aborto. Conhecía bem sua situação gestacional, não demonstrava receio em vir para o serviço especializado realizar o pré-natal. Era interessada e atenciosa com a gestação. Apresentava-se bem comunicativa e extrovertida durante a entrevista. No momento do diálogo, expressava risos e baixava os olhos ao falar, parecendo muito alegre com a gestação. Expressava estar orientada quanto ao pré-natal. Respondia às perguntas de forma prática e direta. Parecia estar feliz no momento e apresentava suporte familiar adequado. Nasceu e cresceu em Santa Maria. Estava concluindo o ensino médio. Pertencia à Religião Católica. Definiu sua situação conjugal como união consensual, porque o companheiro era menor de idade e esperava que ele pudesse ir para o quartel. Trabalhava como secretária numa academia havia três anos, e naquela ocasião era só do lar. Possuía imóvel em seu nome e ganhava em torno de dois salários mínimos de aluguel. Morava numa casa ao lado do pai, onde tinha toda a família à sua volta, numa rua pequena, e achava “muito legal”, porque todos se conheciam. Recebia bastante atenção do irmão de oito anos e do pai, que possuía um minimercado. Em relação à gestação, comentou que estava gostando muito, porque aproximou a família. Entretanto, com a família do companheiro, no início teve problemas, mas já estava bem. Se sentia feliz, já havia escolhido o nome do bebê. Percorreu mais de um lugar para definir o acompanhamento do pré-natal, porém precisou ser encaminhada para o Ambulatório de PNAR/HUSM, pela hipertensão, obesidade, tabagismo e primiparidade.

A seguir, serão discutidas as falas das gestantes, que se apresentam agrupadas segundo a percepção delas sobre o pré-natal, e quanto ao percurso que elas fizeram nos cenários públicos de saúde.

5.2 Percepções das gestantes sobre o pré-natal

Nesta categoria, serão analisadas as subcategorias: O Significado do Pré-natal Para as Gestantes; A Motivação e a Disposição Para a Realização do Pré-natal; O Planejamento e a Aceitação da Gestação; A Adesão e o Acesso às Consultas de Pré-natal; O Profissional de

Saúde do Pré-natal e os Serviços de Saúde de Preferência das Gestantes Para Realizar o Pré-natal; e Cenário do Nascimento.

5.2.1 O Significado do Pré-natal Para as Gestantes

O pré-natal teve origem na França, com os trabalhos de Pinard e Budin. A assistência ao pré-natal é considerada com relação a um intervalo de tempo estabelecido para o acompanhamento das modificações físicas e emocionais para o parto, nascimento, bem como para a maternidade e paternidade. Também é oportunidade única para os profissionais da saúde atuarem sobre costumes da gestante e sua família (OLIVEIRA, 2005).

Todas as mulheres que participaram deste estudo consideraram relevante a assistência pré-natal, para o acompanhamento da evolução fetal, em primeiro lugar; e secundariamente, mas relacionado às condições do bebê, também se referiram à avaliação da saúde materna. Elas conceituaram, sob suas experiências, crenças e valores, que percebiam o significado do pré-natal, da seguinte forma:

(...) pra poder cuidar, poder nascer uma criança saudável (...). (ENIF)

Pra mim, é muito importante, o PN (...). Se não fosse o PN, de repente eu teria perdido ela, sabe, não teria segurado, então acho que é muito importante você fazer o PN e vir sempre nas consultas. (ACAMAR)

Um lado é bom por causa do neném, a gente vê como ele está indo. (ALAMAK)

Ah! Pra ver como que está o nenê, como que está indo, pra ver se não nasce com nenhuma doença, com um probleminha (...). (CAPH)

Muitas gestantes salientaram o pré-natal como importante para conhecer o desenvolvimento fetal. Revelaram sentirem-se mais seguras sendo acompanhadas, orientadas, examinadas, para detectar alterações na sua própria saúde. Elas acreditavam que podiam passar doenças para o feto, esta sendo, em especial, uma das grandes preocupações reveladas.

Talvez esse cuidado especial com o feto, demonstrado pelas entrevistadas, estivesse atrelado às suas crenças, valores, experiências passadas e à própria ênfase dada pelos profissionais da saúde que realizavam o pré-natal, ao reforçarem essa assistência como motivadora para manutenção de uma criança saudável, no futuro.

As gestantes também se preocupavam com sua saúde, porém essa preocupação se vinculava a como isso se refletiria na saúde do bebê. De acordo com Helman (2003), na obstetrícia observam-se efeitos negativos do modelo biomédico, pois os serviços, em especial os hospitais, tornaram-se fábricas de alta tecnologia para a produção em massa de bebês perfeitos. Eles passam para a gestante uma mensagem de que seu corpo é uma máquina defeituosa (se houver alguma intercorrência gravídica), que precisa ser controlada por técnicos e não por ela, a fim de gerar um produto perfeito.

Dessa forma, Zampiere (2006) destaca que o pré-natal é o momento primordial para dar apoio a gestante, e que se deve conduzir esse momento por meio de trocas de experiência, conhecimentos, tornando-o uma vivência espontânea. A mesma autora afirma que o pré-natal visa assegurar o bem-estar materno e fetal, proporcionando compreensão e adaptação às novas vivências, provenientes de diversas transformações, desde físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais da gestante, inclusive do companheiro e familiares (ZAMPIERE, 2006).

É notório que a gestante está inserida num contexto social e cultural e que, muitas vezes, isso é despercebido no pré-natal, pelos profissionais da saúde. De acordo com Leininger (1995), o choque cultural ocorre de forma individual e desorientada, ou com pouca habilidade de responder aos sentimentos da outra pessoa ou situação, pelos diferentes e desconhecidos modos de vida. Por conseguinte, a gestante poderá sentir-se pouco protegida e parcialmente compreendida, nesse período de sua vida.

De maneira oculta, muitas vezes a própria gestante, está acostumada a centrar o cuidado no bebê, esquecendo do contexto pessoal dessa vivência, e isso acaba se reproduzindo, e ela se sente como a única responsável por gerar um bebê perfeito.

Conforme Assis (2004), é importante resgatar o ser humano que existe em cada uma das gestantes, para repensar como será a assistência necessária. Porém, esta deve ser pautada em atenção, esclarecimento sobre suas angústias, crenças e valores em torno do ciclo gravídico.

Muitas das mulheres demonstraram redobrar o cuidado, durante o período gravídico, dedicando atenção especial à sua alimentação, diferente da alimentação dos demais componentes da família. Isso é confirmado nas seguintes falas:

Eu tenho que me controlar, eu me controlo até nas comidas, tudo o que eu como eu cuido. Eu faço dieta, a minha comida eu faço totalmente separada da deles, aí eles gostam de tempero, eles gostam de vermelhão, e essas coisas nada eu como. A minha comida é um arroz bem fraquinho com sal e óleo, que óleo na carne eu não coloco, quando eu faço. (...) Até semana passada foi meu aniversário, aí minha prima disse: “Vamos comer uma pizza!”. Pra quê? Se eu não posso comer, e só

olhando os outros comer, então eu fico em casa, faço um risoto, bastante salada!
(LESATH)

(...) alimentação, que é balanceada, tanto os cuidados que eu tomo, assim, com a medicação que eu tomo diariamente, tenho que tomar direitinho. (MIZAR)

As mulheres, após detectarem alterações de saúde na gestação, se privam de alguns costumes e prazeres, a fim de gerar uma vida saudável. Isso foi expressivo nas falas delas. A maioria manifestou que o cuidado nesse momento de suas vidas era primordial, por isso buscavam o pré-natal como fonte de conhecimento, ajuda, esclarecimento e acompanhamento do processo de gestar. Esse entendimento se dá, prioritariamente, com a finalidade de gerar um filho saudável, conforme as falas destacadas:

É saber bem sobre a saúde do nenê, e da minha também, pra poder ter um parto tranqüilo e pra que ele também, se tiver algum problema, seja detectado a tempo pra poder ter um tratamento, um bom tratamento. (MIZAR)

(...) se o nenê está se desenvolvendo, se o nenê está crescendo, se às vezes a gente tem uma doença pra tratar. (GIRTAB)

Pra mim, é importante porque tem que saber como ele está, e eu também. Se eu não tiver bem, diz que passa pro nenê, às vezes, algumas coisas. Eu queria ver como ele tava, se estava desenvolvendo bem, o peso, eu fiquei muito preocupada por causa dos meus outros problemas que eu tenho (...). (KEID)

(...) pra poder cuidar, poder nascer uma criança saudável. (...), se está vindo, que venha uma criança saudável. (ENIF)

Dessa forma, a consulta pré-natal deve ser conduzida pelos profissionais de saúde fazendo com que a gestante se sinta sujeito durante o acompanhamento pré-natal, e não meramente um instrumento para produção de um bebê. Para isso, a busca da motivação e a disposição da gestante em realizar o pré-natal é fator crucial no estabelecimento de uma compreensão centrada no binômio mãe e filho.

Nesse sentido, Leininger (1991) propõe que a enfermagem precisa se apropriar de um cuidado cultural congruente, respeitando os modos de vida, as crenças e os valores de cada pessoa. Ao adotar essa maneira de cuidar, os profissionais pré-natalistas, precisam compreender os pensamentos, modos de vida e valores de cada gestante para, após, estabelecerem uma relação dialógica, assumirem condutas de saúde benéficas.

Enfim, essa concepção da sua importância e do cuidado na realização do pré-natal, em prol de gerar um bebê saudável, pode ser motivador para que as mulheres cumpram bem o percurso exigido pelo SUS durante o ciclo gravídico.

5.2.2 Motivação e disposição para o pré-natal

A motivação para a realização do pré-natal nem sempre acontece num processo intrínseco de cada ser humano. Muitas vezes a inserção no pré-natal se dá por incentivos e estímulos dos profissionais da saúde, bem como por uma situação inesperada de risco à saúde.

De acordo com Leininger (1991), os seres humanos sobrevivem nas culturas ao longo espaço e tempo pela capacidade de desenvolver cuidados aos bebês, às crianças, aos idosos, bem como na sua comunidade, de diversas formas e em diferentes cenários. Assim, as gestantes buscam preparo quando se motivam a acompanhar o pré-natal, para receberem cuidados valorizando a vida, ao longo do percurso.

Dessa forma, nem sempre as gestantes deste estudo descobriram-se grávidas somente pelas modificações fisiológicas de uma gestação. E assim ingressaram no pré-natal, paralelamente ao tratamento de seus problemas de saúde, como os relatos a seguir:

Comecei (o pré-natal) com cinco meses, fazia tratamento pros rins. (ALAMAK)

Eu fui descobrir a gravidez quando eu fui fazer o exame preventivo. Aí deu que eu estava com infecção nos ovários e daí eu comecei a tratar. (GATRIA)

Muitas delas conheceram seu novo estado por apresentarem alguma patologia, ou estarem em tratamento. Nesse sentido, Geertz (1989) define a motivação como uma tendência persistente, uma inclinação crônica, em determinadas situações da vida. Refere que “os motivos são inclinações para executar determinados tipos de atos ou ter determinados tipos de sentimentos” (GEERTZ, 1989, p. 71).

Sendo assim, essas mulheres buscaram o pré-natal após apresentaram alguma situação irregular de sua saúde, dessa forma a realização do pré-natal está vinculada a uma tendência determinada pelas políticas públicas, bem como aliada ao desejo de acompanhar o feto de forma adequada e segura.

Neste estudo, a intenção maior na procura e continuidade do pré-natal passa a centrar-se a partir da descoberta de estar gerando um novo ser. Isso é apontado pelas gestantes:

Logo que eu soube, que eu desconfiei, eu já fiz o exame, eu já fui consultar. (IZAR)

Senti que tava diferente, sentia mais era dor no peito (mamas), daí fui fazer exames, daí procurei o posto (...) (MERAK)

A medida que essas mulheres se sentiam diferentes, elas buscaram nos cenários públicos detectar o que estava ocorrendo física e psicologicamente com o seu corpo, para esclarecer as incertezas e as modificações que estavam acontecendo.

Ainda, Geertz (1989) afirma que “o homem tem uma dependência tão grande em relação aos símbolos e sistemas simbólicos a ponto de serem decisivos para sua viabilidade como criatura, e em função disso, sua sensibilidade à indicação até mesmo mais remota de que eles são capazes de enfrentar um ou outro aspecto da experiência provoca nele a mais grave ansiedade” (p.73).

Assim, a gestante pode simbolizar o pré-natal como algo extremamente importante no percurso da gravidez, pois ela busca resultados significativos na vida, ou seja, gerar um novo ser saudável.

A concepção mecanicista do corpo humano e a incessante abordagem técnica da saúde levam a uma excessiva ênfase no aparato tecnológico e biomédico, sendo considerado pela sociedade atual como o único caminho para cuidar da saúde (CAPRA, 2006).

Nesse cenário, também na saúde reprodutiva, o que seria um evento natural da perpetuação da espécie humana tem centrado sua atuação em modelos biomédicos e, de certa forma, reproduzidos culturalmente na sociedade.

Diante das analogias de Geertz (1989), pode-se fazer uma associação em relação aos motivos e à disposição das mulheres em realizar o pré-natal. Pode-se dizer que a motivação é tornada significativa no que se refere aos fins, ou seja, ao nascimento de um filho saudável, para o quê é concebido e conduzido seu pensamento. Enquanto a disposição é tornada significativa no que se refere às condições a partir das quais se concebe que ela surja, ou seja, na busca de serviços de saúde que sejam efetivos no cuidado à gestação. O motivo pode ser interpretado em termos de sua consumação, e a disposição de suas fontes.

O período em que as mulheres procuraram realizar o pré-natal variou entre começar no primeiro trimestre e no segundo trimestre da gestação. Um cuidado imediato salientado por elas foi a realização de exames para diagnosticar a gravidez:

Nessa foi logo, eu já fiz o exame logo. Em fevereiro eu vim a primeira vez, depois março, agora abril. (ACAMAR)

Eu descobri que tava grávida pelo ultra-som. Estava com dois meses e pouco, aí como eles (ESF) não sabia o que eu tinha, eles pediram pra eu vir pra cá (hospital). (FURUD)

(...) antes eu estava com uma infecção nos ovários, aí eu tratei, a doutora me deu a receita, (...) Eu fui descobrir quando eu fui fazer o exame preventivo, mas eu não fiz

o preventivo aqui, é que eu morava lá (na região sul). (...) Agora eu estou morando aqui com a minha mãe, aqui perto, faz uns dois meses. (GATRIA)

Eu estava trabalhando, estava cuidando do meu pai, que é alcoólatra. E estava emagrecendo muito e estava muito enjoada. (...) sabia mais ou menos, porque tinha atrasado a menstruação. (...) fui fazer uns exames lá no Pronto Atendimento, aí eles já pediram pra fazer o teste de gravidez, e daí deu que era e tinha infecção urinária. Eles já me deram remédio lá. Depois comecei a ir no postinho pro pré-natal. (CAPH)

Observa-se que, pelas situações relatadas, que algumas das mulheres se descobriram grávidas no pronto-atendimento do município ou no pronto-socorro do hospital público. Isso decorreu de intercorrências clínicas diversas ou patologias em tratamento. Para ingressarem no pré-natal, foram reencaminhadas ao setor competente para o acompanhamento do pré-natal, ou seja, às unidades de saúde. Isso era considerado “comum” por elas.

Em conformidade com Cecílio (1997), o Sistema de Saúde precisa ser pensado em *círculo* (horizontalizado), oferecendo aos usuários diversas “portas de entrada”. Independente se eles procuraram o pronto-socorro do hospital, todo usuário precisa ser inserido e reorientado na rede do SUS.

A forma de *círculo* se associa à idéia de movimento, de muitas alternativas de entrada e saída. Esse modelo vislumbra o atendimento de forma universalizada, com equidade, organizado, buscando atendimento integral, de boa qualidade, disponibilizando à população os avanços científicos em defesa da vida humana (CECÍLIO, 1997).

5.2.3 Planejamento e aceitação da gestação

Neste estudo, outras informações levantadas mostram que a maioria das participantes deste estudo não planejou a gestação. Algumas expressaram em suas falas:

(...) tomava pílula oral, todos os dias,(...) mas aconteceu, foi um descuido. Também, eu ouvi comentários que poderia ser tratamento com amoxicilina. Pessoas mais antigas dizem que muitos antibióticos tiram um pouco o efeito do remédio. (ADHARA)

Eu não podia, porque eu fiz a laqueadura da última vez lá no (...). Eu não sei como engravidei de novo. (...) Fizeram porque está na minha pasta, eu pedi lá pra ver, da outra vez. Está escrito que foi feito. Até eles lá ficaram meio sem jeito, eles disseram que, dentro de mil laqueaduras que eles fazem, uma dá errado, e tem que dar errado logo comigo, que já tenho um monte já (risos), (...) então eu não esperava mais nenê. (risos) Pra mim foi um susto até saber que eu estava grávida, mas o que eu vou fazer! (GIRTAB)

Eu nunca usava remédio, (...) quatro anos sou casada e só camisinha, só que aí furou a camisinha e eu usei a pílula do dia seguinte, e achei que adiantasse, mas eu acho que, por causa da ovulação, e do tempo também, (...) e aconteceu (risos). (KEID)

Embora fosse manifestado por este grupo que elas nem sempre planejaram a gestação de maneira consciente, talvez inconscientemente o desejo de gestar esteja oculto, e dessa forma passa a superar as rejeições inicialmente por elas relatadas. Pois, o número de filhos e/ou a escolha de método anticoncepcional são opções que toda a mulher e ou casal deveria ter com informações esclarecedoras de acordo com as portarias ministeriais.

Nesse contexto, esta pesquisa apresenta que as limitações financeiras, relacionadas à gestante parar de trabalhar, também influenciaram na aceitação da gravidez. Pode-se conferir na seguinte fala:

(...), mas foi bem difícil aceitar, pelas condições financeiras. Eu pretendia ter dois filhos e consegui equilibrar esses dois ali e dar pra eles (...), e acho que, com três, de repente vai ser um pouquinho mais apertado, vai ser mais apertado do que a gente programou, então eu tenho medo é disso aí. (ACAMAR)

Diante do panorama desta pesquisa, observa-se que há poucas mulheres planejaram a gravidez, sendo que algumas revelam o seguinte:

(...) só que daí, depois do fim do ano passado pra cá, eu botei na minha cabeça que eu queria outro nenê. Daí eu disse assim: Seja o que Deus quiser. Deixei nas mãos de Deus. Se for pra eu ganhar outro, vou ganhar. (IZAR)

Toda a mulher ou casal tem o direito de planejar sua família de acordo com a Constituição Federal, bem como pela Lei do Planejamento Familiar⁷. Entretanto, os profissionais da saúde precisam adotar práticas que possibilitem o entendimento desta legislação como forma de possibilitar os cidadãos a compreensão de seus direitos pautados em escolhas e decisões.

É também revelado que, embora muitas das gestações não tenham sido planejadas, ocorreu a aceitação no decorrer do ciclo gravídico, de maneira gradativa, individual e coletivamente, em especial pelos companheiros. No momento das entrevistas, algumas mulheres manifestaram preocupação não só sobre a aceitação da gravidez, mas quanto a elas

⁷ Lei do Planejamento Familiar – disponível em: <http://www.planalto.gov.br/CCIVIL/LEIS/L9263.htm>, acesso dia 20/12/08.

mesmas, pela transformação do corpo, alterações de sua saúde, e a respeito de patologias associadas ao pré-natal como a diabetes gestacional, hipertensão e outras.

Frente ao exposto, Oliveira (2005) salienta que, no Brasil, as três causas mais frequentes de mortalidade materna são as hemorragias, as infecções puerperais e pós-abortamento; e, em especial, os estados hipertensivos. Embora essa informação nem sempre seja divulgada no saber popular, quando a gestante se depara com as intercorrências obstétricas, aumentam a ansiedade e o medo do desconhecido, frente às situações de risco à saúde por elas vivenciadas.

Quando a gestação evolui de forma desfavorável tanto para o feto, como para a mãe, é chamada de “gestação de alto risco”, e essa linguagem também passa a ser adotada pela mulher, quando se encontra nessa situação, o que é expressado pelo seguinte depoimento:

É que a doutora pegou e disse pra mim que, no caso, a minha gravidez era de alto risco, que não poderia mais engravidar, que eu corria risco, por causa do negócio da úlcera, da asma e da hérnia. (...) ela disse que teria que ser feito aonde tinha mais recursos, que lá no PSF não tem tanto recursos. (...) me encaminhou pra que eu viesse pro hospital aqui, fazer todo o PN aqui (serviço de referência). (ENIF)

Além disso, quando as modificações biológicas ficam visíveis por todos os membros da família, a mulher se percebe diferente e começa a aceitar a gestação. Alguns sinais como “quando eu vi o nenê se mexer”, “minha barriga foi crescendo” foram citados por elas:

Aí eu aceitei numa boa, quando tu vê a barriga crescer, tu vai fazer os exames de ultra-som, tu percebes aquela criança se mexendo, aí não tem como não aceitar não é? (ADHARA)

No começo, assim um mês eu fiquei um pouco triste (...), porque ia mudar minha vida, um pouco ia atrasar (faculdade), mas agora com o nenê mexendo, assim depois de uns três meses (...) uma hora ia acontecer, não é? Só foi um pouco cedo (...). (KEID)

O processo de aceitação da gravidez é individual e gera muitos sentimentos de culpa, como se elas estivessem cometido “erros” sozinhas. Em contrapartida, alguns parceiros são apoiadores de imediato. Mas outros manifestam a rejeição, o que faz a mulher se culpar pela situação posta. Isso é percebido na fala desta gestante:

Me passou bastante coisa na cabeça, chegou até a vir em pensamento o porquê de arrependimento. Chorei muito e entrei até em depressão. Tive muita ajuda da minha mãe, dos meus familiares, até da minha patroa. Ela ia lá me visitar. Aí quando eu comecei a voltar, a pensar, daí não adiantava mais, que pra eu ter uma gravidez tranqüila, eu ia ter que aceitar ir até o fim, porque não adiantava mais. Começou a

acalmar um pouco as dores, quando eu ficava nervosa me dava contração também.
(ADHARA)

Enfim, a gestação nem sempre constitui um projeto de vida, mas, nesse período, inúmeras aprendizagens afloram e se estabelecem relações com diferentes fontes de suporte, em um cenário de implicações na construção de sua “nova” identidade materna.

A mulher preparada para aceitar a gravidez logo que aparecem os primeiros sintomas, a sua primeira atitude é procurar a sua confirmação e quando confirmada, a resposta da mulher, pode variar entre alegria e choque e a necessidade de outras confirmações por meio de aparatos tecnológicos.

Assim, pode-se inferir que a gravidez é considerada uma crise de desenvolvimento, que surge naturalmente no decorrer da vida, à semelhança da puberdade e climatério. Como crise de desenvolvimento que é, ao surgir, provoca uma alteração ou um desequilíbrio, no ciclo de vida da mulher. Os nove meses de gravidez são um período que normalmente a mulher utiliza para se adaptar ao seu papel de mãe, e não se trata só de uma adaptação intuitiva, mas sim de um processo social e cognitivo. Nessa direção, a assistência pré-natal é relevante e a adesão a esse cuidado é um processo que demanda atuação conjunta entre as gestantes, os profissionais e os serviços.

5.2.4 A adesão e o acesso às consultas pré-natais

A adesão ao acompanhamento de cuidados com a saúde da gestante está intimamente relacionada ao acolhimento dela pelos profissionais de saúde de qualquer instância. A partir do momento que ela estabelece vínculo, passa a ter segurança de que está sendo cuidada para obter uma boa evolução para o nascimento do filho. Logo, é preciso ter consciência de que qualquer cidadão tem direito básico ao ingresso digno nos sistemas de saúde do país (BRASIL, 2006).

O Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, por meio da Portaria/GM/MS N°. 570, de 1º de junho de 2000, tem como meta a organização e a estruturação de redes de referência e contra-referência para a assistência à gestante, mediante seu cadastramento nos municípios, na lógica de regionalização e hierarquização preconizadas pelo SUS.

O referido programa traz princípios de que toda gestante tem direito ao acesso a atendimento qualificado e digno, durante todo o ciclo gravídico-puerperal; possibilidade de conhecer e ter acesso à maternidade em que será atendida no parto; direito a assistência humanizada e segura em toda e qualquer situação, durante toda a gestação, parto, nascimento e puerpério (BRASIL, 2002b).

É recomendado o início do pré-natal o mais cedo possível, ou seja, até o quarto mês de gestação, garantindo a realização de no mínimo seis consultas. Preferencialmente, deve ser realizada uma consulta no primeiro trimestre de gestação, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre.

O número de consultas de pré-natal do grupo pesquisado variou entre uma e 13 consultas. Seguem-se algumas falas que destacam não somente a quantidade, mas o percurso que as gestantes fizeram para acessar e continuar o pré-natal, nos cenários de saúde pública:

Seis consultas com a enfermeira do posto e uma aqui (hospital). (AIN)

Todas foram lá (Unidade de ESF). Tem uma que ela não anotou, que foi a primeira vez. (...) a primeira foi só uma conversa, não foi consulta. Foi quando ela olhou o teste e tudo. (CAPH)

Aqui no PSF (região leste) tem 10 (...), duas que tem aí são do hospital. (GIRTAB)

O acesso de início aqui (PNAR/HUSM) é complicado, demora, eu quando eu vim pra cá, eu levei mais um mês pra conseguir a minha primeira consulta. (...) Ele me deu uma requisição de consulta, dizia que era pressão alta, de alto e médio risco pra consultar aqui. Vim direto marcar, pedir autorização e marcar (...). Vim direto aqui no pré-natal pra marcar (...) foi dali pra frente (...). Agendei depois eu comecei fazer normal. (MIZAR)

Este último depoimento sinaliza a dificuldade que *Mizar* enfrentou para acessar e um serviço de pré-natal que identificasse adequadamente suas necessidades e desse continuidade de atenção obstétrica associada à sua situação prévia de saúde.

Por outro lado, o número de consultas de pré-natal variou de acordo com o acesso e pelo número de semanas ou meses de gestação em que as mulheres se encontravam sob acompanhamento. Sendo que a maioria conseguiu acessar o pré-natal no primeiro trimestre da gestação, de acordo com o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BRASIL, 2002b).

Percebe-se que nem sempre a quantidade de consultas significa qualidade da assistência ao pré-natal. Por mais que o número de consultas pré-natais esteja de acordo com os preceitos ministeriais, muitas vezes a mulher chega à maternidade pouco esclarecida da sua condição de saúde para o parto. Assim mostram os seguintes depoimentos:

(...) Na última consulta que eu tive aqui com a doutora, ela só ouviu o útero, ela não ouviu o coraçãozinho da criança, porque em todas as consultas que eu vou elas devem escutar o coraçãozinho. Só que dessa vez ela não escutou, e eu já saí preocupada, porque em todas as consultas elas ouvem o coração e dessa vez não, e eu não perguntei por que ela não escutou. (GATRIA)

(...) problema que eles examinam pouco, mas pelo menos a gente está sendo atendida, eles atendem a gente, as consultas (...). (GIRTAB)

Corroboro com Serrano (2002) em que o sistema de saúde está mais preocupado em atingir o número de consultas de pré-natal e os exames de laboratório preconizados, e que no hospital é exigido o cartão-gestante completo, como forma de garantir a assistência à gestante. Entretanto, nessa instância o profissional fica alienado a um modelo burocratizante, dando seguimento a todo esse aparato de exigências, relegando o espaço para o acolhimento e humanização à gestante em sua trajetória de vida.

Leininger (1991) aponta que os cuidados profissionais formalmente ensinados, aprendidos, transmitidos e relacionados com o conhecimento da saúde, doença e desenvolvimento de habilidades práticas prevalecem nas instituições multiprofissionais de saúde. Entretanto, ela aposta que é por meio da compreensão do sistema de cuidado popular que a diversidade e universalidade do cuidado se efetivam.

Dessa forma, a atual política pública de atenção à saúde da mulher busca ampará-la em relação ao acesso aos serviços de saúde, em qualquer fase de sua vida.

Assim, este estudo demonstrou que mais da metade das mulheres considerou fácil o acesso ao pré-natal via agendamentos, outras destacaram a demora da primeira consulta pela dificuldade para conseguir fichas nas unidades de saúde locais. Algumas falas expressam isso:

É tudo agendado já. (ALAMAK)

Demorei, na (zona norte) eu fui três vezes de madrugada pra pegar ficha. Meu esposo foi de madrugada para poder consultar com a doutora. Ai, na quarta vez, ela me deu a carteirinha porque eu já tava com quase quatro meses. E daí eu não podia fazer exame de toque, porque eu já tava com a placenta deslocada daí não podia. O que ela podia fazer era tirar a pressão e ver o peso só. (ADHARA)

Mesmo existindo um aparato de portarias ministeriais garantindo o acesso ao pré-natal, nas falas das gestantes foi ressaltado que existe um distanciamento do que a política preconiza nos manuais técnicos para se obter um pré-natal humanizado e seguro. É o que acontece, quando precisam madrugar para conseguir uma ficha. Ainda há uma grande lacuna

entre a voz do sujeito assistido (a gestante) e os espaços de saúde (a prática do cuidado), para garantir toda essa política que o ampara. Fica expresso esse pensamento nas falas:

Lá foi difícil, eu fui pra lá seis e pouco da manhã, daí eu era a ficha 10. A doutora me chama a ficha nove, a ficha 11 e não me chama. Daí me deixou, e eu disse: Doutora, eu sou a 10 e estou aqui! E ela chamou a 11, ela pulou uma. Daí disse: “Ah, seu nome não está aqui”, e eu disse: Mas eu tô aqui! Daí ela passou para os doutorandos, nem foi ela que me atendeu, foi um doutorando que me atendeu e mandou fazer tudo os exame. Daí depois, da primeira consulta foi difícil, depois a segunda já fica agendada. (IZAR)

Tive, com o médico, tive, mas quando eu cheguei pra falar com a secretária aqui (HUSM) tive que ir lá no diretor. Daí ele puxou a minha ficha (...) viu que eu tive problema com a minha outra menina (...) daí foi marcado pra dois meses (...) daí eu fui lá e disse pra ele que talvez não daria tempo (...) de fazer! (THABIT)

A questão da comunicabilidade entre os profissionais nos diferentes cenários dos serviços de saúde nem sempre acontece como forma de garantir o acesso da gestante e a continuidade da assistência ao pré-natal. E quando a comunicação acontece, as ações são comumente decididas de forma circunstancial, e entendidas e tratadas numa perspectiva instrumental. De acordo com Araújo e Cardoso (2007), elas mencionam que “os significados fazem parte das condições de produção dos sentidos, mas são os sentidos que movem a comunicação” (ARAÚJO e CARDOSO, 2007, p.59).

Assim, a comunicação acontece na sua plenitude quando as pessoas se expressam e são levadas em consideração. Nessa instância, ainda Araújo e Cardoso (2007) elucidam os princípios do SUS, lembrando que os princípios doutrinários de universalidade, equidade e integralidade, e os princípios organizativos de descentralização, hierarquização e participação precisam ser colocados em prática, para reconfigurar o processo de comunicabilidade em saúde.

Observa-se que os princípios do SUS estão bem definidos no papel, mas na prática ainda precisamos trilhar um longo caminho. É o que se pode observar no depoimento a seguir:

Eu fui durante um mês no da “X” (PSF da região sul). Eu tive umas três consultas. Toda a semana eu ia, porque eu não tava muito bem. Mas no da “Y” (região sul) eu cheguei ir uma vez só, nem anotaram nada. Fui porque eu procurei, morava perto, só que eles não quiseram anotar nada na minha carteira, porque eles não sabiam nada. Não sabiam nada, nem quais os primeiros exames que eu tinha que fazer no da “Y” (região sul). Daí, procurei na “Z” (região oeste), aí também não anotaram nada na minha carteira (...) Tive que entrar na emergência, disseram que não podiam me atender lá, de lá que me mandaram pra cá (hospital - região leste) aí me recomendaram que eu tentasse fazer o pré-natal aqui (hospital). (FURUD)

O percurso geográfico realizado por *Furud*, em quase todos os pontos cardeais para definir o local em que realizaria o pré-natal no município, demonstra uma das fragilidades do sistema que os cenários de saúde apresentam, dificultando o acesso e continuidade da atenção pré-natal.

Nesta instância, percebe-se que a comunicação e a informação em saúde na assistência ao pré-natal precisam ser planejadas, priorizadas e desenvolvidas num viés de mudanças de comportamentos, por meio de adoção de práticas sistemáticas e integrativas por todos os profissionais, em especial os pré-natalistas da rede (MOURA e RODRIGUES, 2003).

Outro aspecto que precisa ser cuidadosamente tratado é o julgamento que os profissionais realizam quando a gestante que procura auxílio para acompanhamento gestacional tem risco de saúde e, mesmo assim, deseja engravidar novamente. Pelas falas das gestantes, existe preconceito e imposição por parte dos profissionais, como se vê a seguir:

(...) cheguei lá e disse pra enfermeira, que eu me dou bem com ela: Acho que eu estou grávida! Ela disse: “Eu não acredito nisso.”. Até no começo elas ficaram: “Você sabe que você não pode, por que você tentou, por que você quer?”. Eu disse: Porque eu quero, toda a mulher quer ter um casal, qual é o casal que não vai querer ter um casal de filhos não é? Eu quero uma guriasinha, e eu vou tentar, se vir outro menino, tudo bem, mas eu vou tentar. E elas ficaram furiosas comigo (...): “Você é louca, porque você tem problema de pressão alta, você viu os problemas que você teve com o outro”. (LESATH)

Mediante essa fala, fica expresso o *choque cultural pela imposição* da enfermeira frente à situação exposta pela gestante. Assim, se deveria, de maneira co-participativa entre a gestante e a enfermeira, seguir um processo de enfermagem em quatro etapas: levantamento de dados (situação da gestação e vida atual, e compreensão dos padrões de vida); diagnóstico; plano assistencial (ações que implicam em adaptação, acomodação e/ou repadronização do cuidado cultural com a gestante), implementação do cuidado, validação (com a gestante) e avaliação (do processo implementado com a gestante).

Com isso, o processo de enfermagem da teoria Leininger é mais uma alternativa para organizar as ações em saúde, em especial em enfermagem, também frente à gestante, entretanto focado nos aspectos culturais individuais e coletivos.

Por fim, a adesão e o acesso das gestantes ao pré-natal estão imbricados ao acolhimento e ao vínculo estabelecido entre a gestante e profissionais da saúde, precisando basear-se no respeito mútuo entre saberes populares e profissionais.

5.2.5 O profissional de saúde do pré-natal e os serviços de saúde de preferência das gestantes

Sob o olhar das 15 gestantes deste estudo, os profissionais que realizaram o seu pré-natal, foram: para 11 delas (73,4%), enfermeiras e médicos; para duas (13,4%), estudantes de medicina ou de enfermagem sob supervisão dos professores ou profissionais locais; uma (6,6%) os enfermeiros, e para uma outra (6,6%) o médico. Dessa forma, destacam-se alguns depoimentos:

(...) eu acho que são estudantes, (...) depois eles chamam o médico (no PNDAR/HUSM). (ENIF)

(...) aqui (unidade de ESF região norte) era a enfermeira, aí parece que ela foi embora. (ACAMAR)

Era médica ginecologista. Agora com a enfermeira, já fiz com ela o acompanhamento. (ADHARA)

Não, hoje eu passei pelas gurias que estão lá (estudantes de enfermagem) e também teve aquela doutora "G" (se referiu à enfermeira da unidade) que foi embora (unidade de ESF região leste). (GIRTAB)

Olha, pelos dois, porque às vezes é com a médica, quando vê é o enfermeiro que te atende. Eu vim uma vez só com a médica (Unidade de ESF região leste). (KEID)

Um pouco de cada um (...). Médico mesmo foi só umas duas vezes, a maioria era enfermeira ou estagiário. Lá é assim: uma hora é médico, ora enfermeira, ora estagiário que vão pra lá (Unidade de ESF região oeste). (MERAK)

Diante desses depoimentos percebe-se que as gestantes não estão sob acompanhamento de um único profissional que poderia ser sua referência. Em especial nos cenários de saúde onde recebem a atenção pré-natal por estudantes (de enfermagem ou da medicina), poderá ser fator favorável ou limitante para criação de vínculo, confiança e credibilidade nas ações com a gestante.

Dessa forma, em relação a assistência ao pré-natal por enfermeiros apresenta uma conotação importante para a saúde coletiva, constituindo um instrumental relevante e inovador, pautado na legalidade dos enfermeiros frente às ações em saúde para as comunidades onde atuam.

A legislação que regulamenta o exercício profissional da enfermagem (Lei n°. 7.498, Art. 11 e Decreto 94.406/87, Art. 8), vários Programas e Manuais de Normas Técnicas do Ministério da Saúde e a Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) apóiam a

participação do enfermeiro de acordo com protocolos instituídos pelo MS para o acompanhamento de pré-natal de baixo risco em unidades da rede (BRASIL, 2000).

Para tanto, o profissional enfermeiro precisa estar preparado para avaliar fatores de risco obstétrico, entre outros, para com autonomia e segurança realizar encaminhamentos ao serviço de maior complexidade, ou seja, quando a gestação poderá ser de médio a alto risco.

Com o surgimento das unidades de ESF, embora essas mulheres tenham sido referenciadas para o serviço de PNAR, ficam sob acompanhamento no local onde moram, ou seja, na unidade de ESF à qual pertencem.

Nesse enfoque, observa-se que a maioria dos serviços de pré-natal tem sido acompanhada por dois profissionais, ora enfermeiro, ora médico. Isso denota, em especial, o respaldo legal para o enfermeiro pela lei do exercício profissional, indicando que ele pode realizar pré-natal de baixo risco. Também com o surgimento das unidades de ESF o enfermeiro está com maior autonomia para realizar acompanhamento obstétrico de baixa complexidade.

O motivo pelo qual as gestantes realizaram o pré-natal com determinado profissional estava ligado mais à disponibilização desses profissionais no serviço, e menos à opção de sua preferência, como se segue em alguns depoimentos:

(...) é o que eles oferecem. E tem que ter um médico pra poder acompanhar (...) só os estudantes não (...), claro que estão aprendendo e tudo. (ENIF)

Porque eu acho que não tem médico disponível, alguma coisa, não porque eu queira. É o que me oferecem, com certeza se me oferecessem um ginecologista até gostaria, porque eu estou com pedido de ligamento e tem que ser com ginecologista. Então vai ter que marcar em outro posto ou ver um, pra ver se eu consigo fazer. Eu já falei, mas é só um ginecologista. (...) (ACAMAR)

Na percepção das gestantes, a disponibilidade do especialista (neste caso o obstetra) se configura como um passaporte para um atendimento de resolutividade. Por outro lado, a atuação do profissional enfermeiro vem se destacando nos cenários de pré-natal pela dedicação a um espaço de atenção e diálogo, como mostra na seguinte fala:

Pra mim é até melhor, porque daí tenho lá (ESF) e aqui (HUSM). Lá é mais perto da minha casa e aqui é só uma vez por mês, e lá eu posso conversar sempre com elas (enfermeiras). (CAPH)

Diante das colocações das gestantes, percebe-se que o acompanhamento de uma gestação está bastante centrado no profissional médico, culturalmente imposto na sociedade ocidental pelo modelo biomédico e fortemente reproduzido na sociedade. Entretanto, o

enfermeiro vem se destacando quando cria espaço de escuta e diálogos para atender às outras necessidades que não são somente centradas nas alterações biológicas durante a gestação.

Neste estudo, a maioria das gestantes destacou ter recebido atendimento respeitoso, cordial, com esclarecimentos sobre condutas e exames realizados pelos profissionais, bem como por estudantes da área da saúde. Dessa forma, menciona-se em algumas falas:

Bem esclarecedor. (...) Tanto aqui (hospital) quanto lá (ESF), são atenciosos e respeitosos, é bem atendido. (IZAR)

(...) foi respeitoso (...) pra ti consultar e ter explicação, aqui eles explicam bem, então (...) da mesma forma. (GIRTAB)

Lá na (zona norte) foi não tão bem, porque deu complicação e deveria ter mais atenção e já era a quarta consulta e ainda não tinha carteirinha, não sabia meu peso, o tamanho da barriga. E aqui (hospital) eu considero muito mais respeitoso, me esclarecem dúvida, tive muito medo, me tranquilizaram, falavam sobre o parto. E, no CO, a acadêmica não me deu muita solução, ela só me disse pra voltar se voltasse às contrações, o atendimento foi bom, tiveram respeito. (ADHARA)

(...) É esclarecido, eles explicam tudo. (...) Agora tenho (...), por que antes eles não tinham como me dizer certo, estavam só naquela: poderá ser ou não poderá... Faltava o ultra-som pra vir. (ENIF)

Atenderam bem, (repetiu) não tenho reclamação (...) ele falou que era pra mim vim pra fazer o MAP, pra avaliar, para ver se eu fico aqui pra ganhar ou não (...) e exame de toque, pra marcar cesárea e ou parto normal, no caso. (MERAK)

Percebe-se, em algumas falas, a associação que as gestantes fazem entre o bom atendimento e a resolutividade das intercorrências obstétricas no processo gravídico.

É importante lembrar o direito de todo cidadão, e neste caso das gestantes, de possuírem atendimento acolhedor na rede de serviços de saúde, de forma humanizada, livre de qualquer discriminação, restrição ou negação em função de idade, raça, cor, etnia, identidade de gênero, características genéticas, condições econômicas ou sociais, estado de saúde, por ser portador de patologia ou pessoa vivendo com deficiência (BRASIL, 2006).

Porém, o entendimento de que se resolveram os problemas da gestação no cenário hospitalar, em detrimento das necessidades sociais e culturais, se fez presente na maioria dos depoimentos deste estudo.

Aqui (hospital), é bem explicado o que eles iam fazer, como é que eles iam fazer, porque que tava fazendo aquele exame, tudo eles dizem antes, exame de toque, exame pra medir barriga, tudo eles falam antes: “Oh! Vou fazer isto aqui pra ver que tamanho está, fazer exame de toque pra ver como tu está”. (FURUD)

Aqui eles só falam assim que deu um pouco alterado, mas não explica bem assim (...). Às vezes eu não falo com a médica, são eles que vêm aqui, aqueles estudantes a que vêm falarem. (CAPH)

Nunca saí com dúvida muito menos tive constrangimento nada, sempre fui bem atendida tanto nos exames como nas consultas. (MIZAR)

A partir dessa constatação, sob a percepção das gestantes o atendimento hospitalar foi destacado pelo atendimento qualificado e resolutivo em relação a explicações acerca de exames e condições obstétricas avaliadas. Mesmo assim, nem sempre a gestante tinha proximidade com profissionais especializados. Porém, na unidade da ESF, o vínculo era mais presente. Mas a grande maioria delas demonstrou estar satisfeita em relação ao atendimento, em ambos os cenários de saúde.

É notório o modelo biomédico culturalmente instituído nas expressões de algumas gestantes, quando salientam que “lá (hospital) tem recursos”. Isto nada mais é que reprodução desse modelo instituído com o aparato tecnológico desenvolvido nos últimos tempos. Embora seja relevante ter uma estrutura funcional devidamente equipada do ponto de vista tecnológico e para o atendimento de casos especiais, cada vez mais se observa a medicalização não só no momento do parto, mas no decorrer do ciclo gravídico.

De acordo com Helman (2003), a obstetrícia moderna tem sofrido críticas por suprimir os significados que as mulheres dão às suas experiências de gravidez e nascimentos. Pois a supervalorização da gestação e nascimento, como um problema técnico, não raramente implica em considerar o corpo feminino como uma máquina composta por engrenagens.

Das gestantes pesquisadas, a maioria destacou a preferência para realizar o PN no HUSM, por ter mais recursos (especialistas, exames, medicações, aparelhos...); outras preferiam as unidades de saúde locais, pela proximidade das suas moradias (unidades de ESF); e algumas tinham dúvida sobre o local. Apenas uma delas destacou a importância de realizá-lo em dois locais ao mesmo tempo, ou seja, no hospital e na unidade de saúde. Assim disse:

Eu prefiro ficar nos dois lugares (ESF e hospital) porque só assim eu fico bem mais tranqüila, consigo deitar de noite e dormir tranqüilamente. (...) eu estou bem. (AIN)

Esta gestante aponta que está sendo preconizado parcialmente pelo PHNP, pois ao mesmo tempo ela precisa dedicar maior tempo para estar freqüentando os dois cenários de saúde. Mais uma vez se retrata a pouca comunicação entre os serviços como forma de facilitar a vida da gestante.

A seguir serão apresentadas algumas falas das gestantes que mencionam sua preferência ou necessidades de acompanhar o pré-natal no hospital, por intercorrências obstétricas:

Aqui (hospital), porque lá não tem tanto recurso, eu já tinha dito. (...) porque aqui tem mais, como é que vou te dizer, mais profissional do que lá. Lá só tem uma doutora e ela é, no caso, ela é ginecologista, ela é de tudo, ela faz tudo, faz tudo que é coisa (risos). (ENIF)

Até porque uma gravidez assim como a minha vai ser de risco, e qualquer coisa que eu tivesse eu já estaria lá, por causa dos medicamentos são mais avançados, se eu tiver que fazer um exame de sangue, se tiver alguma bactéria, ou infecção, agora tem ultra-som, o MAP agora lá, (...) lá tem mais recursos. (ADHARA)

(...) a gente tem que dar um jeito, eu prefiro o lugar que tenha todo o recurso, que dê pra eu ficar tranqüila, calma, mais por causa da criança, por mais que eu tenha dificuldade com dinheiro, (...) eu prefiro onde tenha mais recursos. E o que adianta eu escolher uma coisa que seja mais fácil por causa do dinheiro e a distância, se lá não vai ter todos os recursos para o nenê? A prioridade é cuidar do nenê. (LESATH)

Quando mais da metade das mulheres mencionou o hospital como local de preferência para realizar o acompanhamento da sua gestação, imediatamente a justificativa surgiu como sendo o local onde tem mais “recursos, exames, especialistas, entre outros”. E neste mesmo local ela consegue fazer “tudo”, ou seja, centraliza a assistência, sem ter que percorrer vários locais para conseguir completar o acompanhamento pré-natal.

Nesse sentido, Helman (2003) aponta que a obstetrícia norte-americana apresenta a visão de que o hospital é como uma indústria de alta tecnologia, destinada à produção de bebês perfeitos. Não obstante, no Brasil, ao longo das últimas décadas, foi importada essa cultura, instituindo-se o acompanhamento pré-natal por médicos e enfermeiras nos serviços de saúde.

Esta cultura hospitalocêntrica está impregnada, na sociedade atual, como forma de resolver todos os seus problemas por meio de aparatos tecnológicos e centrados num só local. É uma visão que a sociedade ocidental absorveu após a Revolução Industrial, até os dias atuais.

Para Helman (2003), a cultura do nascimento, no ocidente, consiste num grande número de pessoas durante o trabalho de parto. É indispensável acrescentar que, antes do parto, também há uma preocupação de assistir a gestante de forma multidimensional, entretanto isso ainda permanece na instância de idéias intersetorial e multiprofissional.

Não podemos negar que todo esse aparato tecnológico veio contribuir para muitas descobertas e avanços para as ciências da saúde, entretanto a sociedade também, de certa forma, se “engessou” com esse modelo da biomedicina. Explica-se isso a partir da idéia de Vieira (2002) quando afirma que ao longo da história da humanidade a medicina apropriou-se do corpo feminino transformando eventos naturais em medicalizados. Assim, a gestante em seu percurso reprodutivo, é envolvida em um processo norteado por protocolos e controles para se obter, como produto final, uma vida saudável (o bebê).

Em contrapartida, algumas gestantes destacaram a preferência em realizar o pré-natal próximo à sua residência, como forma de facilitar outras funções que elas desempenhavam, ou seja, cuidar de filho, família, tempo, trabalho doméstico e outros. Assim elas se manifestaram:

Se não fosse, se precisasse mesmo não vir aqui (hospital), eu preferia ir lá (ESF), que é mais perto de casa. É porque é longe e aqui é cedo, tem que estar aqui cedo.(...) tu chega lá e não é tanta gente assim, sabe. É de ficar esperando, daí chega lá e é atendida. (CAPH)

Acho que no posto perto de casa, e vir pra cá só pra ganhar, se eu não tivesse problema nenhum, não é, se eu fosse assim, saudável, sem ter nada. (...) É, mas por causa do meu problema, pra ter o acompanhamento, chegar no dia tem que ser aqui, não adianta, é o único hospital. (IZAR)

Ah, eu preferia lá (ESF)! Porque é perto também, perto da minha casa, vinha pro hospital mais é pra ganhar mesmo. Que nem do outro, ia ao postinho assim, mas só ia ao hospital pra ganhar mesmo, não precisava fica correndo de lá e pra cá. (MERAK)

Salienta-se que é fundamental que a equipe multiprofissional da rede de atenção básica esteja comprometida, capacitada, com estruturas mínimas de suporte para a população local, promovendo educação em saúde, ouvindo a comunidade, entre outras ações que não exijam aparatos tecnológicos mais sofisticados.

Segundo Leininger (1991), o conhecimento e compreensão de outra cultura demandam tempo da enfermeira, que precisará se familiarizar com o contexto, neste caso a gestante. É bem provável que o estranhamento aconteça, à medida que a enfermeira passe a querer compreender a cultura da gestante a qual está assistindo, e a de seus familiares.

Inicialmente, é natural que o choque cultural ocorra. Entretanto, com sensibilidade e co-participação na implementação do cuidado prestado não só pela enfermagem, mas pelos outros profissionais, esse distanciamento da gestante e de seu contexto de vida, e até mesmo o estranhamento vão se reduzindo, com o passar do tempo.

Nesse contexto, os profissionais da saúde precisam desenvolver a escuta ativa, o que significa ouvir as narrativas e lembrar que a narração de um fato pode modificar a maneira de conduzi-lo e de assimilar sobre a situação posta (ZAMPIERE, et al., 2007).

Ocultamente, nas falas de algumas gestantes, ainda aparece uma questão referente ao processo de comunicação, que acontece de maneira fragmentada entre os diversos cenários de saúde, ou seja, o hospital e as unidades de saúde (UBS ou ESF). Algumas falas deixaram subentendida essa situação, da seguinte forma:

(...) só me disseram pra ir pro hospital. (GATRIA)

(...) pediram pra fazer mais um ultra-som que precisava. Mostrar na unidade (ESF região leste). Eu trouxe aqui (hospital) e mostrei, mas daí não precisou, e ela fez a carteirinha e tudo. (KEID)

(...) disseram que era pra mim continuar fazendo aqui, que era mais perto, daí não precisou eu estar indo pra lá, porque eu pedi alta pra eles. (GIRTAB)

Verifica-se assim que, por um lado, a obstetrícia moderna desenvolveu-se desde a década de 50, reduzindo a mortalidade e a morbidade materna e neonatal, através da manutenção da vida dos bebês prematuros com a criação das unidades de terapia intensiva, do diagnóstico de anormalidades congênitas intra-útero, do tratamento da infertilidade com a fertilização *in vitro*, entre outras técnicas. Por outro lado, destacaram-se os aspectos fisiológicos em detrimento dos aspectos psicossociais da gestação e parto. Isso tem reforçado a tendência da medicalização da gestação e parto, transformando-os em problema exclusivamente médico, convertendo, assim, a mulher-gestante em paciente, dependente e passiva (CAPRA, 2006).

Pensa-se, portanto, que os significados das próprias mulheres em relação às suas experiências com a gestação, bem como com o nascimento, ainda estão sendo pouco reconhecidos, diminuindo a oportunidade das gestantes exercerem a autonomia e o poder de decisão sobre seu próprio corpo, seus desejos, seus anseios, suas crenças e seus valores, embora haja recomendação dessas premissas nas atuais políticas públicas de saúde no Brasil.

5.2.6 Cenário do nascimento

O estudioso Helman (2003) afirma que, na década de 50, no Reino Unido, um a cada três nascimentos ocorria em casa ou em maternidades caseiras; e atualmente, 99% dos nascimentos ocorrem em hospitais. Essa realidade é concomitante na América Latina. E não obstante no Brasil, a proporção total de partos hospitalares é de 97,07%. Esta mesma proporção de acordo com a unidade de federação e as regiões do país, acontecem da seguinte maneira: 90,76% na região norte, 95,28% na região nordeste, 99,10% na região sudeste, 99% na região sul e 99,32% na região centro-oeste os partos ocorrem nos cenários hospitalares⁸.

Em face disso, a hipervalorização do nascimento como um problema técnico comumente implica em considerar o corpo feminino como um sistema de “encanamento”, ou seja, uma linguagem utilizada pelos obstetras como: retirada de um objeto vivo (bebê), de dentro de um tubo (útero), fazendo descer por outro tubo (canal vaginal), para ser recepcionado pelo médico (HELMAN, 2003).

O momento do parto, na maioria das vezes, é visto como um evento social e cultural. As gestantes, seus companheiros e familiares apresentam muitas expectativas, medos, crenças, valores e desafios, até chegar à maternidade, em relação ao atendimento e procedimentos realizados para o nascimento do bebê.

Neste estudo, foi possível identificar junto às gestantes participantes, que a maioria delas pretendia ir, no momento do parto, para o Hospital Universitário. Ou seja, 11 (73,4%) delas fizeram essa escolha, uma (6,6%) preferia ir para o Hospital Casa de Saúde, e três (20%) “não sabiam”. Seguem-se algumas falas expressando vivências anteriores, bem como preferências de local para o parto de acordo com a disponibilidade de recursos no momento das intercorrências gravídicas:

(...) tenho muita dificuldade na hora de ganhar, não tenho dilatação suficiente, então eu acho que esse, de repente eu vá pro Universitário, uma opção assim, que de repente eu me sinta mais (...), me sinta melhor, entendeu, por que é maior, é mais (...), sei lá eu, vamos ver até lá. (ACAMAR)

Não está definido ainda, mas como eu estou aqui, acho que vai ser aqui (HUSM). É que aqui eles conhecem mais o meu caso agora. (...) eu fui bem atendida aqui, que antes eu tinha medo de vir pra cá. (...) (AIN)

⁸ Ministério da Saúde/SVS - Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), 2005. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?idb2007/f07.def> - acesso em: 11 de dez. 2008

(...) eu quero no HUSM, mas se chegar na hora e tiver muito cheio, eles mandam pra Casa de Saúde, não é? (KEID)

(...) aqui eles já têm toda a minha pasta, eles já sabem o que eu tive, o que eu posso ter, qual o risco que eu corro, qual o risco que o nenê corre (...). Como eu já estou fazendo o acompanhamento aqui, com certeza vou vir direto pra cá. (LESATH)

Diante do panorama local, as gestantes santamarienses que acessam a rede SUS possuem duas opções para percorrer ao caminho da maternidade, ou seja, o hospital-escola (HUSM) ou o hospital credenciado pelo município (Casa de Saúde).

E, de certa forma, quando, antecipadamente, elas acessam o hospital-escola (HUSM) nas intercorrências obstétricas, não possuem escolha. A maternidade para o momento do parto já se define automaticamente, pelo acompanhamento da gestação no Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco/HUSM. Enfim, o ambiente passa a ser reconhecido como familiar sob a ótica das gestantes que freqüentam antecipadamente o cenário da maternidade .

5.3 Percurso das gestantes nos cenários de saúde

Apresento a seguir as subcategorias depreendidas da categoria “Percurso das Gestantes nos Cenários de Saúde”: A Referência e a Contra-referência no Percurso das Gestantes; e Os significados do Encaminhamento nas Vivências das Gestantes.

5.3.1 A referência e a contra-referência no percurso das gestantes

Para que o sistema de saúde funcione, precisam estar institucionalizados normas e procedimentos que regulamentem o processo de transferências dos usuários. Tanto a referência como a contra-referência são atos profissionais de significativa importância para garantir um funcionamento integrado da atenção à saúde da população.

Dessa forma, voltada para este estudo, vale lembrar que a cobertura de serviços de saúde, em conformidade com a Resolução da Comissão Interministerial de Planejamento – CIPLAN N°. 03, de 25/03/1981, destaca como “oferta sistematizada de serviços básicos de saúde que satisfaçam as necessidades de uma população determinada, proporcionada de forma

contínua, em lugares geograficamente acessíveis e que garanta o acesso da população aos diferentes níveis de atendimento do sistema dos serviços de saúde” (BRASIL, 1987).

Sabe-se que, em nosso país, o sistema de saúde se organiza sob a lógica da regionalização e hierarquização dos serviços, começando do nível básico de atenção para os níveis de maior complexidade, e foi criado para facilitar o acesso aos serviços, sem burocracia (SAITO, 2004).

Neste estudo foi possível perceber que o pré-natal acontece em mais de um cenário de saúde, de acordo com a situação gestacional de cada mulher. As gestantes relataram a partir de onde começaram e onde continuavam a realizá-lo. Muitas delas expressaram haver passado por mais de um local, para começar efetivamente o acompanhamento do pré-natal.

Na seqüência, apresento um panorama rápido do cenário que elas percorreram. Quanto aos locais onde iniciaram o pré-natal, quatro (26,7%) gestantes começaram na Unidade Básica de Saúde; nenhuma (0,0%) no hospital e 11 (73,3%) gestantes na unidade de ESF, logo 100% iniciaram o pré-natal na atenção básica. Entretanto, esse panorama se modificou em relação aos locais onde as gestantes continuavam realizando o pré-natal: apenas uma (6,6%) das gestantes continuou o acompanhamento na Unidade Básica de Saúde; sete (46,7%) gestantes passaram ao hospital (PNAR) para acompanhamento da gestação de alto risco; e sete (46,7%) das gestantes continuavam na unidade de ESF da sua localidade.

Nota-se que o processo de atenção ao pré-natal ocorre de maneira dinâmica e instável de acordo com as singularidades de cada mulher e suas reais necessidades. Zampieri et al. (2007) destacam que:

A atenção ao pré-natal busca, sobretudo, avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, em todas as dimensões (fisiológica, social, psicológica, cultural e espiritual), identificando os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e possibilitando o encaminhamento da gestante para níveis de referência de maior complexidade, que assegurem a ela o tratamento precoce das condições anormais (Zampieri et al. 2007, p.362).

Isso implica nas ações adequadas desde o acesso inicial aos serviços de pré-natal, para evitar riscos à saúde do binômio mãe/bebê. Porém, neste estudo, muitas gestantes levaram algum tempo até conseguirem local que lhes proporcionasse acompanhamento adequado às suas necessidades, provenientes de patologias prévias ou mesmo intercorrências obstétricas recentes.

Por outro lado, a transferência das gestantes para a realização do pré-natal em outros locais aconteceu com este grupo pesquisado. Assim, o movimento por elas realizado para

acessar e continuar o pré-natal transcendeu as questões biológicas. Outras questões de ordem social e estrutural foram presenciadas, tal como a mudança de endereço ou mesmo férias do pré-natalista durante o período gravídico, estabelecendo-se muitas vezes a troca da unidade de saúde e, conseqüentemente, do profissional pré-natalista. Pode-se confirmar isso no seguinte depoimento:

(...) eu tava me mudando, quem se muda não pode ficar no PSF (de outra região) também. Então, como ninguém entendia, aí me mudei pra (outro posto, região centro). É onde eu tô com meu marido agora, (...) Fui pra ali, aí eles acabaram dizendo também que não sabiam. Aí fui no postinho da (região oeste), procurar vê se achava um ginecologista, alguém que entendesse da minha anemia. Aí fui lá, mas ninguém sabia como funcionava (...) porque eu tava com medo porque já tinha abortado (...) me mandaram pra cá (hospital). (FURUD)

(...) o médico entrou em férias e aí fui transferida. Mas, na outra unidade, cheguei de manhã, tirei ficha e fui atendida no mesmo dia. (MIZAR)

A definição do local para realização do pré-natal está cerceada por vários aspectos de ordem econômica e social das gestantes, e de ordem estrutural dos serviços de saúde.

As gestantes percorreram mais de um lugar até conseguir realizar o pré-natal. Essa situação mostra o desconhecimento dos locais onde elas podem acessar o pré-natal. Por conseguinte, reforça as dificuldades socioeconômicas por elas enfrentadas durante o ciclo gravídico, como afirmaram:

É, tava fazendo lá (hospital), fiz dois meses lá (hospital), mas daí eu pedi alta pra eles lá (hospital), por causa da passagem, que eu podia estar fazendo aqui (PSF). (GIRTAB)

Pra mim vir, eu tenho que pegar dois ônibus pra vir e dois pra ir. E não sei como é, ela falou que talvez, parece que tem um recurso, não sei se eles me buscam ou (...). No posto lá não tem ambulância. (...) Eu disse pra ela que eu gosto da doutora de lá, não tem como eu continuar aqui, controlando a pressão. Como ela anda controlada, esse mês ela andou bem controlada, daí ela disse assim: “Não, porque você é de alto risco, a doutora não aceita, por que a doutora do posto não é ginecologista, a doutora é clínica geral”. (LESATH)

Neste cenário, as gestantes se movimentam em busca de locais que supram melhor suas necessidades durante o pré-natal.

Percebeu-se que, através da busca de um serviço que oferecesse as condições que as gestantes precisavam, elas acabaram realizando um número de consultas além do preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento.

A movimentação das gestantes em relação ao serviço público de atenção especializada em obstetrícia configura, em especial, o sistema de referenciamento intersetorial nos cenários

de saúde. Logo, observa-se isso em algumas falas relatando quando as gestantes se deslocaram de suas respectivas regiões até ao hospital (serviço especializado):

Norte:

(...) lá no PSF não tem tanto recursos, aí ela me encaminhou pra que eu viesse pro hospital aqui fazer todo o pré-natal aqui. (ENIF)

Sul:

A “A” (enfermeira) que arrumou tudo pra eu vir pra cá (hospital) daí. (AIN)

Leste:

Fui por conta. (...) Foi fim de semana. (...) É que eu achei que eu já iria ganhar o nenê. (GATRIA)

Oeste:

(...), direto aqui, a minha mãe marcou e eu comecei a vir aqui, daí cada vez que dá o retorno, eu venho no dia certo. (LESATH)

O processo de ir para o serviço de referência por diversos motivos implica em considerar os níveis de complexidade da atenção ao pré-natal. Nessa perspectiva, Zampiere et al. (2007) destacam basicamente três níveis, nos cenários públicos de saúde:

- o *primário* é o nível de atenção básica, realizado nas unidades locais, onde a assistência acontece à gestante de baixo risco, sob a responsabilidade de enfermeiros, médicos e sob atenção de outros profissionais;

- o *secundário* é o nível de referência para a gestante que apresenta qualquer fator de risco. Geralmente o pré-natal passa a ser realizado nas unidades de saúde de referência do município, sob a responsabilidade de obstetras, com suporte de uma equipe interdisciplinar, em especial a enfermeira. Dessa forma, o sistema de referência (PNAR/HUSM) e contra-referência (rede) se estabelece de acordo com os critérios de risco institucionalizados; e

- o *terciário*, em conformidade com o risco de cada gestante, quando ocorre a necessidade de acompanhamento detalhado e supervisionado durante a gestação. Ela se sujeita a internação, momento em que é referenciada para uma maternidade da rede de serviço de saúde especializado.

Assim, confere-se nos depoimentos:

Acho que com essa vez foi a quarta vez que eu fui lá (serviço de emergência obstétrica). Pra fazer o exame da urina, de tudo um pouco. (...) No Centro Obstétrico, daí eles tiraram a pressão, tava sempre boa. (GATRIA)

Eu fiquei não internada, mas na unidade. Em observação. (...) Foi a primeira vez e depois a segunda, (...) por duas vezes (...). (KEID)

A gestação por si só acontece como um fenômeno fisiológico, e por isso, na maior parte dos casos, evolui sem intercorrências. Geralmente as necessidades de saúde das gestantes de baixo risco são conduzidas e resolvidas com protocolos e procedimentos simples, no nível de atenção primário de assistência. As gestações de risco geralmente requerem técnicas especializadas, necessitando de assistência no nível secundário e terciário, com equipe de saúde e tecnologia avançadas (BRASIL, 2000).

Todas as gestantes pesquisadas apresentaram alguma intercorrências durante o ciclo gravídico, de acordo com os critérios de inclusão do estudo, e assim acessaram o serviço do Hospital Universitário. Algumas buscaram o Centro Obstétrico no momento de crise e outras foram encaminhadas para o Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco.

A seguir, serão exibidos os mais variados motivos que levaram as gestantes a acessar o serviço de referência do Município de Santa Maria/RS.

É que a doutora disse que a minha gravidez era de alto risco, que não poderia mais engravidar, que eu corria risco, por causa do negócio da úlcera, da asma e da hérnia. E daí ela disse que teria que ser feito aonde tinha mais recursos, que lá no PSF não tem tanto recursos. Aí ela me encaminhou pra que eu viesse pro hospital aqui, fazer todo o PN aqui. (ENIF)

A doutora que me encaminhou pro HUSM mandou por escrito o papelzinho com cólica prematura. E eu já tava com problema, eu tenho rinite alérgica. Atacou muito forte, e como eu não posso tomar medicação, tratamento, e atacou a sinusite junto, até hoje sai sangue todos os dias do meu nariz. (ADHARA)

Mesmo que as gestantes possuam como referência próxima a sua residência, as unidades básicas de saúde ou unidade de estratégia da saúde da família, elas vão em busca de recursos e tecnologias sofisticadas, como forma de segurança durante a maternidade.

Desse modo, Helman (2003) descreve que medicalizar e institucionalizar a gestação, um evento biológico e normal, transformando-a em problema médico, torna a gestante num ser passivo e dependente de um sistema controlador. Muitas vezes as gestantes podem acessar o serviço especializado por conta própria, sem encaminhamentos prévios, e isto pode representar que a cultura ocidental está fortemente influenciada pelo modelo biomédico. Esse caso foi expresso no seguinte depoimento:

(...) eu tive muito enjôo, então eu procurei lá o Universitário, porque eu fiquei muito tempo sem comer, quase um mês sem comer, sem me alimentar. E daí eu fui

procurar lá, fui atendida lá, eu estava bem desidratada, nem água (...), tudo que eu tentava comer, colocava fora, vomitava, então fui lá (...). (ACAMAR)

A gestante procura o serviço especializado quantas vezes sentir necessidade de buscar assistência e resolução para as suas intercorrências de saúde durante esse período. A impossibilidade de acessar o serviço não foi informada pelas entrevistadas, que, mesmo aguardando mais tempo, sempre foram atendidas. A gestante *Mizar* manifestou a fragilidade do sistema dizendo que:

O início aqui é complicado, demora. Eu, quando eu vim pra cá, eu levei mais um mês pra conseguir a minha primeira consulta. (...) ele me deu uma requisição de consulta, (...) e me deu uma requisição, ali dizia que era pressão alta, de alto e médio risco, pra consultar aqui. E aqui fui direto marcar, pedir autorização e marcar (...). Vim direto aqui no pré-natal pra marcar...foi dali pra frente (...) Daí eu agendei, depois eu comecei fazer normal. (MIZAR)

Todas as gestantes foram referenciadas verbalmente para o HUSM. Algumas vieram por conta própria, como foi referido anteriormente, porém a maioria dos encaminhamentos havia sido realizada pelos médicos, seguido das enfermeiras.

(...) a doutora me transferiu pra lá, deu o papel, que eu fiz o exame aqui e eu tinha toxoplasmose e pediu pra mim ir pra lá (hospital). (GIRTAB)

Ela (enfermeira) me fez um parecer no papel, e chamou a ambulância e me mandou. (ALAMK)

Nesse cenário, o sistema de referência e contra-referência não define que os encaminhamentos precisem centrar-se no profissional médico, o que habitualmente acontece na prática. Neste estudo, observou-se que os enfermeiros vêm conquistando espaço e autonomia para desenvolver ações durante o pré-natal de baixo risco, em parceria com outros profissionais da saúde.

Os setores mencionados no serviço de referência foram: Centro Obstétrico e Ambulatório de PNAR. Nesses setores, muitas gestantes conseguiram definir quem as recepcionou no serviço de saúde especializado, como se mostra a seguir:

Foi a enfermeira. É, tirou a pressão, prepara a gente. (ALAMAK)

(...)foi uma enfermeira. (...) médico não, (...) Foi enfermeira que conversou comigo, depois eles levam a gente lá pro médico lá ver se precisa de alguma coisa. (GIRTAB)

Foi um aluno, ela a doutora, no caso, que, que fica ali, eu não conheci. Até hoje eu não conheço ela, mas foi um rapaz muito atencioso, ele foi comigo, mas foi um estudante. (MIZAR)

(...) veio aqueles alunos, eu acho que é. (...) Daí depois que o doutor veio. (...) assim depois, que quando vem falar que se vai ficar internada ou não, como é que foi teus exames, essas coisas. (risos) (...) É por que você nunca sabe, sei lá, se é um médico, uma enfermeira. Por que eles também estão estudando, eu acho. (CAPH)

Entretanto, nem sempre elas definiram quais tinham sido os profissionais que prestaram toda a assistência. Esta situação é marcante no hospital-escola, local onde há maior número de pessoas que, muitas vezes, são identificados por portar “aventais brancos”. Algumas falas demonstram essa idéia:

Olha, aí eu não sei. (...) Se foi médico, se foi enfermeiro? Depois aí teve uma médica que tem na residência, (...) daí tem o nome dela, mas no começo eu não sei te dizer se o rapaz que me atendeu era enfermeiro ou era médico. (ACAMAR)

Eu acho que foi a senhora aquela que fica na (...). Daí é passado pra estagiária eu acho. Daí a estagiária passou pra essa médica daí. (AIN)

Não sei, era enfermeiro ou era Doutor, porque, eu não sabia. Era um rapaz. (...) Fez exame de toque, mediu o útero de volta. (GATRIA)

Num espaço de ensino-aprendizado como se configura um hospital-escola, raramente se estabelece vínculo entre os professores/alunos e gestantes, por se tratar de uma população flutuante nesse cenário. Entretanto, percebe-se, no momento em que o profissional de saúde realiza o acolhimento nesse cenário diversificado, que ele pode tornar-se referência para a gestante e seus familiares.

Nesse sentido, a política de humanização do atendimento surgiu paralelamente com a elaboração do Manual sobre a atenção ao Parto, Aborto e Puerpério – Assistência Humanizada à Mulher, o qual norteia ações que viabilizam um cuidado responsável. O referido Manual salienta que a gravidez culminando ao parto são eventos sociais que aproximam a vivência reprodutiva entre mulheres e homens, como vivência humana enriquecedora e significativa (BRASIL, 2001).

Assim, sugere a singularidade no atendimento e a introdução dos conceitos de humanização nos serviços de saúde, permitindo ao profissional estabelecer maior vínculo afetivo e oportunizando a formação da consciência crítica e de autonomia ao sujeito do cuidado. Nesse sentido, a mulher e seus familiares devem ser percebidos como sujeitos ativos no processo de gestar e parir, e não apenas como seguidores de condutas pré-estabelecidas ou por normas e condutas a serem seguidas descontextualizadas de suas vidas (BRASIL, 2001).

Esse paradigma da humanização é um resgate necessário frente ao modelo biomédico. Atualmente, a assistência humanizada tem se estabelecido em muitas ações dos profissionais na assistência ao pré-natal, nos diferentes cenários de saúde. Assim se percebe, nas falas a seguir:

O bom é que elas (enfermeiras do HUSM) conversam bastante, pedem como é que você está, não te deixam lá abandonada, não te deixam lá atirada. Nessa parte é bem atendida. Quando você fica grávida, você não sabe o que se passa dentro de você, tu fica cheia de dúvidas, e como é a minha primeira gestação, fica complicado, porque eu fico bem nervosa, eu me ataco muito. (ADHARA)

(...) o atendimento lá embaixo (CO) é muito bom também, não tem aquela rapidez assim de te examinar e te machucar, eles tem todo aquele cuidado assim. (FURUD)

Em consonância com os pensamentos de Cardoso et al (2007), os profissionais da saúde se envolvem e interagem com o casal grávido, isso se constitui num processo educativo relevante. Dessa forma, o comprometimento dos profissionais, gestores e comunidade, atuando na implementação de ações educativas com enfoque na promoção da saúde para a melhoria da qualidade de vida no pré-natal, são estratégias que podem colaborar para que ocorra um resgate da reprodução como um processo natural.

De acordo com Lopes (2008), a referência pode ser considerada como um ato formal de encaminhamento de um serviço de saúde para outro de maior complexidade. Em contrapartida, a gestante precisa ser contra-referenciada ao estabelecimento de origem, após a solução do caso que foi objeto de referência, com as informações necessárias para prosseguir o acompanhamento no serviço de origem.

O processo formal para a contra-referência geralmente pode ser institucionalizado mediante formulário que o profissional de saúde preenche, realizando especificações de diagnóstico, condutas e tratamentos para a continuidade das ações em outra esfera de saúde.

Após o preenchimento do formulário, o profissional entrega ao paciente/familiar seu encaminhamento de retorno ao local de origem. Esse processo também pode ocorrer por outros meios de comunicação, via telefone, fax, e-mail ou outro. O importante é comunicar a assistência prestada, para que se consiga atingir a continuidade da mesma.

Quanto a essa questão, ao ouvir as gestantes, destacou-se o seguinte:

Daí como eu tava com o papel que dizia que eu tava com sangramento e que eu precisava na hora, daí ele me atendeu (Serviço de Imagem – setor privado). Só que eu achei que ele ia me mandar junto quando eu fui pegar o ultra-som, e eles não mandaram junto. Aí eu liguei de novo, pra eles, e eles não acharam mais a minha fichinha. (...) (ADHARA)

Nessa fala é informado que o setor de atenção secundária ficou com o documento “ficha de atendimento” e, dessa forma, a gestante continuaria acessando os outros serviços apenas com o resultado dos exames e suas informações. Possivelmente a continuidade das ações para a saúde da gestante se processou apenas com base na informação da mesma. Com essa questão, aliada ao fato de que nem sempre o atendimento é explicado claramente para ela, a informação será passada verbalmente pela gestante na sua unidade de origem, e poderá assumir caráter distorcido, pois muitas vezes ela não consegue relatar detalhadamente os dados sobre o atendimento no serviço de referência. Algumas gestantes informaram que:

(...) só disseram que era pra eu continuar fazendo aqui, que era mais perto, daí não precisou eu estar indo pra lá. (GIRTAB)

Não, só pediram pra fazer mais um ultra-som que precisava. (...) Mostrar na unidade. (...). (KEID)

A ausência de documento de registro do cuidado entre os serviços revela a fragmentação do cuidado que está sendo ocultada, quando se fala sobre o funcionamento do SUS. São problemas reais que impossibilitam a implantação efetiva, por exemplo, da referência e contra-referência. Sobre isso, *Alamak*, nos fala:

(...) toda a vez que eu ficava (no Centro Obstétrico/HUSM), eles me davam um papelzinho (segunda via da ficha de atendimento). (ALAMAK)

Algumas gestantes relataram que trouxeram uma “fichinha de atendimento” ou “papelzinho”, que, na realidade, são documentos utilizados no serviço de emergência do hospital (neste caso o Centro Obstétrico) e não caracterizam documento formal de encaminhamento à sua unidade de origem. A documentação de contra-referência deve conter informações sobre o diagnóstico definitivo, os procedimentos desenvolvidos no local referenciado, recomendações que facilitem o acompanhamento da paciente no serviço de origem e orientações quanto à periodicidade e retorno, como sinais de alerta. A prática do uso dessa fichas é manifestada pelos seguintes relatos:

Não me deram nenhum papel, só disseram que era pra mim continuar fazendo aqui, que era mais perto, daí não precisou eu estar indo pra lá (Ambulatório PNR/HUSM), por que eu pedi alta pra eles. (...). (GIRTAB)

Após os depoimentos das gestantes, foi realizada uma busca documental para averiguar os encaminhamentos por escrito, de referência da unidade de saúde e contra-

referência do serviço especializado. Encontrei nos documentos arquivado que, das 15 mulheres que freqüentaram o HUSM durante o ciclo gravídico, 13 tinham prontuários no arquivo da instituição e duas mulheres apenas o cadastro de quando haviam sido atendidas nos serviços de emergência do hospital. De todos esses, apenas um continha o papel de referência para o serviço especializado. Quanto ao documento de contra-referência, não havia nenhum registro informando sobre o retorno da paciente para a unidade de saúde de origem. Apenas nas evoluções médicas e de enfermagem, nos prontuários do HUSM, apareceram condutas e orientações de cuidados à paciente.

Corroborando com Lopes (2008), o sistema de referência e contra-referência precisa se consolidar, ou seja, os profissionais precisam aprender a registrar a história clínica e o contexto de vida das gestantes, bem como estabelecer comunicação clara entre os serviços de saúde, buscando, nesse espaço, articular a integralidade na qualidade dos atendimentos aos sujeitos.

Em relação ao acesso ao pré-natal no serviço de maior complexidade, não pareceu haver problemas, pelos relatos das gestantes, pois a maioria delas disse que tinha sido fácil acessar o pré-natal de alto risco, quando foram encaminhadas das unidades de origem. Outras mencionaram que a primeira consulta no Ambulatório de PNAR/HUSM demorou entre 15 a 30 dias, após a confirmação da gravidez. Elas manifestaram suas vivências por meio dos seguintes depoimentos:

É facilidade, já sai marcado dali. Não, demorar, demora um pouco, por que é muita gestante, mas sempre fui atendida. (ALAMAK)

Foi, no dia em que eu descobri, ela já agendou pra mim. (GATRIA)

Demorou uns quinze dias. (GIRTAB)

Esses relatos destacam a importância do agendamento para o acesso ao pré-natal. Porém, simplesmente o acesso fácil ao serviço não se constitui, por si só, como um qualificador do serviço no sentido de humanizar esse serviço. Concordo com Baruffi (2004), que, “ao propor a implantação de um programa de humanização ao pré-natal, é primordial reconhecer que humanizar não significa dar condições humanas e o cuidado, mas, por sua vez, caracteriza uma relação de ajuda, um interagir com o outro, enfim, um colocar-se no lugar do outro” (p.105). A fala de uma entrevistada confirma esse dizer:

Eu acho que o principal, pra gente ter um acesso, pra ter uma conversa com a pessoa, até pra pessoa tratar a gente, vai do jeito que a gente trata a pessoa também, eu acho que vai de caráter assim, do jeito que conversa. (LESATH)

Facilitar a vida das gestantes para o acesso ao serviço de pré-natal deve ser parte do acolhimento. Para o Ministério da Saúde (2008), acolhimento significa a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angústias, e ao mesmo tempo, colocando os limites necessários, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário (BRASIL, 2008a).

Em relação à contra-referência formal, durante este estudo foi possível observar e constatar que ela se mostra mais fragilizada do que a referência das gestantes para o serviço mais complexo. As gestantes foram unânimes em dizer que não haviam sido reencaminhadas do serviço especializado para suas unidades de origem.

Entretanto, algumas gestantes expressaram que, ao serem atendidas no serviço de emergência obstétrica, recebiam uma ficha. Tal documento já foi comentado, é a “ficha de atendimento” adotada pelos serviços de emergência do hospital. Algumas gestantes, porém, mencionaram que somente recebiam receitas e solicitações de exames.

É importante salientar que essa ficha de atendimento não contra-referencia a gestante formalmente, ainda que seja esse o recurso que vem sendo utilizado para prestar a continuidade da assistência, somado ao relato da gestante para o profissional do seu local de origem.

Isso pode ser identificado nos depoimentos a seguir:

Há uma folha bem grande, que ela colocou tudo o que eu tava sentindo. (...) Da outra vez, eles me mandaram um pedido de ultra-som, e agora me deram uma receita para eu tomar paracetamol, e se a febre voltasse e tivesse contração era para voltar lá. (ADHARA)

Não, só me deram uma receita pra eu tomar um remédio pra dor de cabeça, que eu tenho dor de cabeça muito forte. Mas daí eu não peguei, eu comprei lá na farmácia. (GATRIA)

O processo de ir e vir das gestantes entre os cenários de saúde vem acontecendo de maneira assistemática, e por informações verbais entre elas e os profissionais dos diferentes locais. Há poucos registros escritos que notifiquem o percurso que elas fazem. Mesmo as gestantes portando o “cartão gestante”, onde consta a situação obstétrica delas, ele não tem sido usado para registrar o percurso que fazem para atender as demandas de sua saúde.

Percebe-se uma fragmentação do cuidado à saúde da gestante entre os dois cenários (unidades de saúde, que referenciam as gestantes, e o hospital-escola, que as contra-referencia), por elas mesmas revelado, como mostra este depoimento:

Não, não me mandam, não me proíbem nada (...). Não, eu digo assim, eu faço lá perto de casa, porque eu tomo remédio da pressão, daí já me dão a receita (...) eu acho que não tem nada a ver um lugar com outro. (IZAR)

Eles me disseram que, se algum problema viesse acontecer que não desse tempo de chegar até o hospital, que eu procurasse uma unidade mais próxima, mas nunca foi necessário, só isso. (MIZAR)

Como podemos perceber nos relatos das gestantes, os encaminhamentos do serviço especializado acontecem basicamente na forma verbal para a gestante. Logo, o sistema de contra-referência não tem sido utilizado como estratégia de continuidade do tratamento. Obviamente que o volume de papéis e protocolos seguidos pela obstetrícia pode levar os profissionais ao descumprimento de atos, talvez burocráticos, e à pouca importância dada a eles, em relação aos encaminhamentos da gestante. No entanto, são fundamentais para criar um sistema de comunicação na assistência às gestantes.

Entende-se, pela voz das gestantes, a fragmentação do cuidado e a precária comunicação entre os profissionais. Disso decorre a deficiência na qualificação e na humanização do atendimento ao pré-natal, e revela a falta de empenho para atuar em conformidade com as políticas públicas de saúde da população. Enfim, está faltando o *feedback* entre os cenários de saúde do setor de maior complexidade para o de menor, e o inverso também se confirma.

Nesse sentido, Lopes (2008) diz que não adiantam apenas registros formais de atendimento, é preciso seguir os princípios do SUS, com a articulação garantindo a responsabilização e a humanização dos atendimentos.

Para complementar, apóio-me em Geertz (2007), que propõe a atenção em estudos que possibilitem estabelecer a “distinção entre os meios através dos quais as pessoas, de acordo com sua condição e o local onde vivem, são obrigadas a pensar, e os processos de percepção, imaginação, recordação, [...] em que se envolvem quando decidem começar a pensar” (p.223).

Nesse sentido, vale destacar que nós, profissionais de saúde que trabalhamos com as gestantes, precisamos pensar sobre nossas práticas em saúde e criar espaços para isto. Talvez começando por meio de diálogo, da escuta individual de cada gestante e de seu acompanhante possamos avaliar se nossas condutas e abordagens de saúde estão contemplando as necessidades dessa gestante e sua família.

5.3.2 Os significados do encaminhamento nas vivências das gestantes

As gestantes foram encaminhadas para o serviço de referência de acordo com suas necessidades de saúde. Verbalizaram que isso significava ter “mais cuidado”, “maior atenção” e “mais condições”. É o que pode ser constado, sob o olhar delas, nas falas a seguir:

Preciso de mais cuidado, (...) ter mais cuidado comigo e com o bebê. (CAPH)

Estou necessitando de uma atenção maior (...) de um conhecimento não digo mais elevado nem mais específico, mas que fosse necessária no momento (...) por isto fui transferida, por causa da pressão. (MIZAR)

Eles mandam do posto pra cá, porque aqui tem mais condições, mais estrutura do que um posto pra atender as pessoas. Bem dizer, tem tudo, é completo, o que precisar. Se você precisar ganhar antes do tempo, os médicos sabem e te deixam internada, e lá já é mais difícil. E tanto é que, quem está fazendo tratamento aqui, já é mais fácil ficar aqui, conseguir aqui do que outro lugar. (IZAR)

As falas são impregnadas de múltiplas situações de ordem social, econômica e cultural, mas reforçam a visão biomédica de cuidar da saúde. No entanto, é importante lembrar que, neste estudo, as gestantes foram referenciadas a um serviço especializado por apresentarem intercorrências obstétricas, o que demanda naturalmente uma atenção medicamentosa.

Algumas delas destacaram dificuldades no transporte, a importância de realizar exames, a (não) aceitação inicial de ir para outro serviço, o acesso ao serviço especializado, as orientações pouco esclarecedoras dos encaminhamentos. A seguir, apresentam-se alguns depoimentos como forma de constatação:

É, se não é dois ônibus que tem que pegar e ainda dependendo da hora não dá certo com a hora o ônibus que vai lá na vila, porque eu moro na (região norte)(...) Daí não fecha, aí eu tenho que caminhar. (...) eu consegui com o pessoal lá do PSF pra conseguir a condução, eles me pegam lá na frente de casa e me larga aqui. (...) Isso, a secretaria daí. E sempre nas quartas-feiras, aí eles me trazem e depois me levam de volta, que nas primeiras duas consultas que eu tive sem a condução eu passei mal na rua. Aí a sorte que estava o meu guri mais velho junto. (ENIF)

Dois pra vir e dois pra ir, no máximo uma hora e meia. Eu saí seis e meia de casa e cheguei aqui oito horas, bem dizer. (...) Pra ficar com as crianças, eu dependo da minha mãe, porque ela já está ruim, está de cama. Então já é difícil pra mim vir, e meu marido já tem que faltar serviço, ele sai também bem cedo, hoje até a gente saiu junto. (LESATH)

Ninguém me orientou, só disseram pra mim continuar. (GIRTAB)

Quando ocorre o ajustamento do cuidado cultural, proposto por Leininger (1991) – conhecido como negociação, o qual inclui ações e decisões dos profissionais para apoiar e facilitar a vida das pessoas –, tudo parece se acomodar com o transcorrer do tempo. Dessa maneira a gestante vai se reestruturando e se adequando à situação presente, de acompanhar o pré-natal conforme sua condição de saúde.

Outra questão manifestada pelas gestantes foi em relação ao que significavam para elas os encaminhamentos para outro serviço de saúde. O “medo do desconhecido” foi apontado. Entende-se este como um processo natural do ser humano, quando se depara com situações que não são habituais na sua vida. Assim:

(...) no começo foi um pouco meio (...), com medo de ir, não ir, mas depois (...).
(KEID)

As experiências são singulares no processo de encaminhamento de cada uma das mulheres que passam no ciclo gravídico, por isso a importância dos profissionais realizarem o acolhimento e a escuta que possam auxiliar nas questões que afetam todo o processo gravídico.

Nesse viés, foram mencionados também a forma de comunicação encontrada, no percurso do ir e vir da gestante, e os sentimentos de segurança e insegurança. Quando a comunicação não se efetiva, o processo de encaminhamento se torna falho, e provavelmente os desafios pelas gestantes vivenciados serão maiores e tangenciados por anseios, medos e dúvidas do desconhecido. Algumas gestantes confirmam essa idéia da seguinte maneira:

Não, só me disseram pra ir pro hospital. (GATRIA)

Ninguém me orientou, só disseram pra eu continuar. (GIRTAB)

Não, só pediram pra fazer mais um ultra-som que precisava. (KEID)

A compreensão dos encaminhamentos variou de acordo com o tempo dos acontecimentos, intercorrências e atendimentos, bem como com o interesse pessoal e capacidade cognitiva de cada uma das gestantes. Mas é notório em algumas falas que os profissionais não foram esclarecedores em suas orientações, deixando-as muitas vezes com dúvidas e preocupações frente à situação vivida no momento dos encaminhamentos.

A questão acima nos remete a refletir junto com Araújo e Cardoso (2007) que a comunicação é um direito de todos, assim como a saúde é um direito universal, pautado, em especial, no princípio da universalidade que corresponde ao conceito inicial do SUS.

A compreensão das orientações realizadas pelos profissionais à gestante perpassa o processo de comunicação. Corroboro com Silva (1996) quando ela menciona que “comunicar é o processo de transmitir e receber mensagens por meio de signos, sejam eles símbolos ou sinais” (p.23). Por conseguinte, basicamente os objetivos da comunicação são *entender* o mundo, *relacionar-se* com os outros e *transformar* a si mesmo e à realidade. Também essa autora observa que toda comunicação procede em duas partes: o conteúdo (fato ou informação) e o sentimento (o que se deseja comunicar, e o que reflete como a pessoa se sente em relação ao fato ou informação). E, dessa forma, enviar e receber mensagens depende da atitude de cada pessoa, baseado em crenças, valores, experiências, expectativas, bem como na inter-relação pessoal (SILVA, 1996).

Nesse sentido, as expressões reveladas pelas gestantes, quando elas foram informadas de que seriam encaminhadas para outro serviço, estavam basicamente relacionadas com as suas complicações e riscos para a gestação.

Assim, a compreensão foi singular por parte de algumas gestantes em relação à necessidade de acessar o serviço especializado, quando o profissional dialogou com elas. Inicialmente, para algumas, foi um momento de impacto ter que sair do seu contexto de vida. Já, para outras, que já haviam tido experiências anteriores, seria mais um novo desafio. Tais casos foram assim relatados:

Por causa desses problemas que eu tenho nos rins que podia afetar o nenê, porque ela me explicou, falou que, se não curasse bem, daí ia pra outros órgãos e podia afetar o nenê. Ela falou isso pra mim, mas que o nenê estava bem, ela falou que era só comigo. (CAPH)

(...) ele pegou e disse assim que eu teria que fazer o pré-natal aqui, porque a minha gravidez era de risco. (ENIF)

Outras gestantes manifestaram sentirem-se seguras pela compreensão do encaminhamento, ressaltando os seguintes termos: “entendi”, “tinha consciência”, “estava preparada”. E a seguir elas passavam a explicar a sua situação obstétrica, inclusive utilizando termo técnico da própria área. Dessa forma, pode-se perceber também que as gestantes sofrem, em parte, um processo de aculturação manifestado na linguagem (às vezes um pouco modificada, da área, mas voltada para o seu entendimento) utilizada pelos profissionais da área de saúde. Tais expressões podem ser exemplificadas como: “contração prematura” (trabalho de parto prematuro), “pressão alta” (pressão arterial sistêmica elevada), “ouvi o coraçãozinho do nenê” (ausculta dos batimentos cardíofetais), entre outras. A seguir, observa-se:

Eu entendi que a doutora disse que ela não tinha muito que fazer por mim, porque, pelos sintomas que eu contei pra ela, eu estava com contração prematura. Então ela não tinha o que fazer, porque, a qualquer momento, podia acontecer o pior, do líquido (...) o rompimento da bolsa. (ADHARA)

Ficou porque eu tinha consciência já também da gestação anterior, que eu tinha pressão alta, então (...). (AIN)

Ela não ouviu o coraçõzinho do neném, e eu tinha que vir, eu tinha que vir, aí fez o papel, (...) Ah, eu já estava preparada, por que eu já tenho um irmão que tem problema também, (...) me preocupo, porque o médico está sempre falando, toda a vez que eu venho ele fala, dos problemas do coração. (ALAMAK)

Por outro lado, aquelas que não tiveram explicação clara sobre a necessidade de serem referenciadas a um serviço especializado, manifestaram que, inicialmente, não haviam compreendido o motivo do encaminhamento e sentiram-se confusas e temerosas. Na medida em que foram acompanhando o pré-natal, ele foi sendo esclarecido. Assim revela este depoimento:

(...) no início eu não entendi muito bem como funcionava a anemia, fui entendendo conforme o tempo. Assim me aparecia algumas dificuldades (...) pra respirar e fui perguntado. Que vai de tu perguntar. Porque senão eles te explicam só o que acontece contigo ali na hora. Aí foi indo com o tempo (...) fui entendendo daí agora os últimos dias. (FURUD)

Ademais, as mulheres ainda enfrentam muitos desafios até possuírem um diagnóstico definitivo sobre os problemas da gravidez e seus devidos encaminhamentos. Isso denota a fragilidade do sistema, uma vez que ela também precisa acessar o setor privado para complementar e realizar exames, em especial a ultrassonografia, e constatar as alterações que vêm provocando intercorrências no ciclo gravídico.

(...) Fiz todos os exames (fiz exame de sangue, teste de HIV, fiz quatro ultrassom – US, fiz fora, eu fiz no Banco da Esperança (...) porque demora muito. Como eles me pediram para a próxima consulta, tive ali na frente (sala de US no HUSM), tava estragado. Agora neste último que eu tive que vim há 10 dias atrás (...) o médico tava entrando em férias (...) daí eu já teria ganhado o nenê, queria marcar pro final de agosto. (FURUD)

A doutora (...), ela nem chegou a me pedir o ultra-som, eu que pedi pra ela, entendeu? Como era a primeira gestação, eu queria ver o sexo do bebê, não estava interessada em saber se estava bem, se não estava, eu queria ver o que era, entendeu? E depois nos outros não, a primeira coisa que eles pedem é o ultra-som, a primeira coisa, depois vão ver (...). (ACAMAR)

(...) só que a primeira ficha (ficha de atendimento), como é a outra que era a principal, que falava no sangramento, ficou lá no (Serviço de Imagem – setor privado), como estava cheio de gente, ele não queria me atender, mesmo sendo pago. (ADHARA)

Há um mercado de oferta tecnológica operando em sintonia com sistema público de saúde, que, em muitas circunstâncias, se apresenta frágil de estrutura e recursos materiais. Essa problemática, culminando com a formação centrada na biomedicina, passa a idéia de um gerador de benefícios à saúde da mulher fundamentando-se na realização de exames para diagnóstico e formulação de conduta. Assim, na percepção das gestantes, todo o percurso que elas fazem para atender as exigências do modelo biomédico vai se processando naturalmente.

Alguns relatos apontam outros significados referentes aos encaminhamentos ao serviço de referência. Como esse serviço está representado no hospital-escola, as mulheres criam uma expectativa de que, nesse local, sejam resolvidos praticamente todos os problemas vivenciados durante o ciclo gravídico.

Salientam, no entanto, que na prática não há diferença de resolutividade quando atendidas pelos acadêmicos, em comparação ao atendimento na unidade de saúde. É o que consta a seguir:

Eu achei que aqui eu ia ser atendida diretamente com a médica (...) pra mim não está sendo muito diferente. É o mesmo trabalho que o doutor fazia lá (na unidade de saúde) o estudante está fazendo aqui. Com a doutora eu não tive acesso ainda, (...)
(THABIT)

Nesse caso, a aproximação do profissional médico “especialista” revela um significado de segurança, confiança para a gestante, pois, quando ela não sente a presença deste, se sente desprotegida e desconstrói a referência e a confiabilidade depositada no serviço.

Freqüentemente, quando o acolhimento acontece, a gestante se sente cuidada, tranqüila, pois suas dúvidas e as angústias vão sendo sanadas em relação às situações por ela vividas no contexto da gestação.

Algumas reflexões sobre os significados inferidos pelas gestantes, revelam pontos que avaliaram positiva ou negativamente os serviços de referência. Elas consideraram que ter recebido um bom atendimento no serviço de referência, quanto à forma como foram atendidas, ou seja, “com carinho”, diálogo, amparo, proximidade dos profissionais, orientações, qualidade na realização dos exames e sistema de agendamento. Para elas, uma assistência pautada no acolhimento deve proporcionar segurança no tratamento, tranqüilidade e suporte emocional, conforme se observa em algumas falas a seguir:

O carinho que a enfermeira e a recepcionista têm com a gente. (...) (ENIF)

Foi tudo positivo, (...) fui bem atendida, não tenho queixa nenhuma, eu no caso cheguei lá ruim e saí de lá bem melhor, fiz soro, (...). (ACAMAR)

O bom é que elas conversam bastante, pedem como é que você está, não te deixam lá abandonada, não te deixam lá atirada, nessa parte é bem atendida. Quando você fica grávida, você não sabe o que se passa dentro de você, tu fica cheia de dúvidas. E como é a minha primeira gestação, fica complicado, porque eu fico bem nervosa, eu me ataco muito. (ADHARA)

Ah, eu acho bom assim o atendimento dos funcionários, assim pra ti pegar ficha, marcar assim (...). E andar é muito bom, tu agenda tudo. Eu gosto muito é da hora da psicológica, que tem a psicológica. Já tive muitas vezes aqui nervosa e ela acalma a gente, ela orienta assim. Nunca tinha tido uma experiência com uma psicóloga, é muito bom. (FURUD)

A gente é bem informada, a gente é bem examinada, eles investigam bem a gente, então! (MIZAR)

Convém lembrar que nem sempre os serviços conseguem manter essa estrutura multidimensional para realizar um atendimento multidisciplinar. Quando o Humaniza_SUS fala de atenção especializada, ele vislumbra que as unidades ambulatoriais de referência sejam compostas por uma equipe multidisciplinar de médicos, clínicos ou infectologistas, enfermeiros, psicólogos, assistentes sociais, farmacêuticos, odontólogos e/ou outras especialidades da área de saúde, para prestar atendimento integral (BRASIL, 2008a). É visível que seria o mais adequado, porém os investimentos das instituições em saúde ainda estão limitados frente às proposições das políticas de saúde do país.

Neste estudo as gestantes também destacaram que “não gostavam” de realizar o exame especular, o exame de toque, da demora para serem chamadas na consulta médica, do atendimento realizado pelos estudantes sem a presença do médico responsável, de muitas pessoas (estudantes e profissionais) na mesma sala de exame da paciente, do aparelho de US estragado, da ordem de chamada demorada no atendimento. Dessa forma, alguns depoimentos foram colocados assim:

É, realmente há demora lá, são muitas gestantes, daí me pediram pra fazer exame de sangue também, (...) faz exame, (...) esperar resultado, (...). Inclusive eles me disseram que o ultra-som eles não iam fazer porque estava quebrado. (ACAMAR)

(...) a doutora tinha que ficar um pouco mais lá, não por elas serem acadêmicas, estão se formando, têm que se preparar, a doutora também passou por isso, mas por mais que elas são acadêmicas, mas não tenho certeza, (...), se tudo o que me disse, se era verdade (...). (ADHARA)

(...) o único problema é a demora que tem (...) a gente tem que esperar, às vezes a gente não dá tempo de esperar (...) perdi uma consulta por falta de não ter condições de vir e aí, fiquei 60 dias sem vir no médico praticamente, então pra mim foi. Fiquei 60 dias sem atendimento. (...). (MIZAR)

Outra questão apontada é sobre a organização da ordem de chamada para as consultas. O serviço do Ambulatório de PNAR/HUSM sempre reserva o primeiro horário de atendimento para as três primeiras consultas de pré-natal, devido a exigirem maior tempo de dedicação aos procedimentos mais detalhados, solicitação de exames, investigação e discussão com os preceptores, e mais o preenchimento de papéis, entre outros protocolos do serviço. Isso é confirmado nos seguintes depoimentos:

Pensando em pegar o ônibus que passava, que saía 7:25 da (região oeste), passa um as 7:40 por ali, na faixa de São Pedro, me atrasei pra consulta. (...) (IZAR)

(...) foi por causa do tempo e demora, a gente chega aqui (...) às 7 da manhã, não tem hora pra ser atendida, a gente fica esperando, daí acabou. (MIZAR)

No Ambulatório de PNAR/HUSM o sistema de agendamento funciona estabelecendo o mesmo horário para a chegada de todas as gestantes (7 horas), mas o atendimento acontece mais tarde. Ou seja, o serviço não oferece escolha para que as gestantes possam conciliar suas outras atividades além do pré-natal. Aquela manhã passa a ser dedicada a ele, desde a madrugada, para muitas delas.

Entretanto, o depoimento seguinte manifesta descontentamento e desconhecimento das normas e rotinas do serviço:

(...) não gosto é assim: quando tu chega, por exemplo, tu chegou, tu é a segunda, mas aí outro já tá quase na tua frente, pela ordem assim, não vai diretamente na ordem de chegada, todas (...) tive uma vez que eu fui a ordem certa[,] entendeu? Rara as vezes que eu fui na ordem. Por exemplo, eu sempre chego antes das 7 horas aqui, aí ou sou a primeira ou a segunda na ficha, aí passa uma, passa duas, passa três na minha frente. (FURUD)

Há o exame de toque, não me agrada muito não. (...) Não gosto muito, não é bom de fazer. (GATRIA)

Elas atribuem esse significado de “não gostar” ao resultado do seu contato com o sistema profissional de saúde, dotado de um corpo de conhecimentos próprio, que muitas vezes se contrapõe às suas crenças, valores e expectativas. Este descontentamento pode estar sendo gerado pela falta de comunicação da equipe de saúde, também em relação a estas rotinas.

Dessa forma, Gualda (2002) afirma que “a ‘cegueira cultural’ ocorre quando o profissional não é consciente dos seus próprios valores e acha difícil ver e compreender os valores culturais de outros grupos” (p.167). Dessa forma, quando os valores dos profissionais da saúde divergem dos valores das gestantes, não haverá comprometimento de ambas as partes.

E os prejuízos poderão ser visíveis quando, por exemplo, as gestantes chegam a um serviço diferente e não compreendem sua rotina e nem os profissionais se dão conta de esclarecê-las.

Enfim, o “gostar” e o “não gostar” de algo são percepções particulares de cada pessoa. Porém, quando buscamos identificar num grupo a compreensão e a avaliação do serviço, sob a visão desse grupo, as fragilidades e as potencialidades oferecidas pelo serviço de referência foram revelados.

Neste estudo, as gestantes também reconheceram suas próprias dificuldades e facilidades para ir e vir ao serviço de referência. No espaço de tempo que levavam para chegar na consulta de pré-natal no serviço especializado e retornar para sua casa, enfrentavam, individual e coletivamente, o que para umas eram dificuldades, e para outras eram facilidades. Isto vem permeado por sentimentos e emoções que transcendem o que o serviço especializado tem ofertado.

Nesse sentido, as dificuldades reconhecidas pelas gestantes dizem respeito à distância entre sua moradia e o hospital, à negociação para alguém cuidar dos seus filhos e à questão financeira para arcar com os custos das passagens de ônibus, como se observa a seguir:

É a distância e o negócio das crianças que ficam sozinhas. (ENIF)

O ônibus pra mim ir e vir, pra chegar lá tenho que pegar dois ônibus.(ADHARA)

Ah, é longe, é muito gasto. (...) Daí eles ficam com avó, com a outra avó. O pai está durante o dia está em casa de manhã, até o meio dia está em casa. Trabalha da uma às dez da noite. (...) É porque é longe de lá aqui. (ALAMAK)

É mais é transporte, e tem que achar alguém pra cuidar o nenê. (THABIT)

Elas precisam, dessa forma, estar constantemente em negociação com a rede social apoiadora, acionando a mãe, avó, amigas para deixarem os filhos pequenos enquanto se deslocam para as consultas de pré-natal, ou do empréstimo de recursos para os custos com a locomoção. É o que se revela a seguir:

Ah! No momento fica tudo difícil, da distância, depende de mais passagem e tudo assim, a gente pega dois (Ônibus), são quatro passagens, (o esposo vem junto). (MERAQ)

O depoimento acima destaca sobre o serviço especializado (HUSM), situado na região leste do município, o qual está localizado numa situação geograficamente desfavorável para a maioria das gestantes (em especial as moradoras das regiões norte, oeste e sul), pois envolve mais tempo (preparo antes de sair de casa e tempo de deslocamento) e despesas financeiras (passagens de ônibus para o transporte ou carona).

Também a falta de um trabalho produtivo foi destacado como fator limitante. Algumas precisaram parar com suas atividades fora do lar, ao engravidarem, e isso repercutiu no orçamento da família. Pode-se conferir na fala a seguir:

Eu tive que sair do meu emprego, porque eu tinha uma consulta por mês. Eu devia ter consultado mais vez, acabei faltando até, por falta de passagem, (...) o meu marido ficou desempregado, agora graças a Deus voltou a trabalhar, isso pra mim foi um transtorno. (MIZAR)

Nessa perspectiva, através do movimento de ir e vir entre os cenários de saúde e seu contexto de vida, as gestantes enfrentam questões sociais, econômicas e culturais diversas que as fazem criar uma rede de apoio próprio e uma adaptação.

Com isso, elas destacam que nem tudo é difícil, apontando as seguintes facilidades:

(...) Agora, no momento, como a condução está me trazendo, é uma facilidade. (ENIF)

Assim, transporte também não, por que no caso a gente não tem carro, mas meu marido arruma com amigo, vizinho, o carro. Pra mim, eu não digo, mas com certeza tem muitas meninas, muitas mulheres que têm essa dificuldade morando aqui, tendo que se deslocar lá. (ACAMAR)

Ao mencionar que o meio de transporte não se configura em problema para o seu deslocamento até o serviço de referência, essa gestante evidencia uma rede de apoio criada em seu contexto, pois a família depende dos recursos do amigo, do vizinho. Observa-se que essa facilidade é muito relativa e particular.

(...) eu sei que meus filhos estão bem cuidados com a mãe, que eu posso sair de manhã e voltar de tardezinha, que a mãe toma conta tranqüila. Então a minha preocupação seria só eles, deixar eles. Então eu sei que eles estão bem, e dificuldade de transporte também não. Eu venho de ônibus. (...) Eu pego um transporte só, passa bem na frente. (...) O meu serviço é sim, o meu patrão, tanto faz eu ir de manhã como ir de tarde. Então, se eu preciso trocar, eles entendem, então

eles têm compreensão quanto a isso. Como eu digo pra mãe, patrão igual a esse eu não encontro mais (risos). (AIN)

Eu acho melhor aqui, por que aqui tem tudo (...). É, todo o recurso aqui. Quando eles trazem de lá pra cá, já encaminham para o hospital. (ALAMAK)

(...) o resto foi tranqüilo, porque eu saía daqui tranqüila, ele escuta o coração vê, como tá o bebê, a gente conversa e saio bem tranqüila. Então eu gosto de ser atendida aqui. (MIZAR)

Ao mesmo tempo revelam comentários onde manifestam as crenças em relação ao modelo biomédico de atenção à saúde. Como forma de ampará-las durante a gravidez, caso venham a sofrer qualquer intercorrência obstétrica.

De acordo com Helman (2003), o setor profissional apresenta sua própria percepção do que sejam problemas de saúde e as formas de tratamento. Definem áreas próprias de competência, com hierarquias internas, sua linguagem técnica e suas próprias organizações profissionais.

Diante desse cenário, é possível refletir que, embora as gestantes reconheçam as dificuldades e as facilidades encontradas nesse percurso, o aparato da biomedicina na gestação se sobressai no momento em que ela ingressa no hospital e se depara com a tecnologia disponível, como a ultrassonografia, os monitores fetais externos, os soros, os gráficos, os instrumentos de avaliação obstétricos e outras tecnologias avançadas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

Assim como iniciei este estudo com uma história familiar sobre o período de reprodução humana, conforme era culturalmente aceita na época, encerro afirmando que, com o passar dos tempos, as culturas híbridas têm sido obrigadas a renunciar ao sonho ou à ambição de redescobrir qualquer tipo de pureza cultural “perdida”, para acompanhar a gestação transformada de um evento natural para um evento medicalizado.

O universo pouco conhecido da pesquisa foi um percurso desafiador por mim trilhado, movida pelo impulso de desvelar, para além do cenário hospitalar, o que permanecia nas entrelinhas durante o cuidado com gestantes na maternidade e na área ambulatorial.

Assim, o desejo investigativo de conhecer o percurso das gestantes, somado às propostas da linha de pesquisa em que estou inserida, se aliou os aspectos culturais, um mundo, por mim pouco explorado até então.

Refliro que, na atual sociedade, os profissionais representam a organização formal da prática de saúde, na maior parte dos casos tendo a biomedicina como referência. Isto está culturalmente instituído na sociedade, embora a população desempenhe relevante papel nesse contexto.

Culturalmente, tanto profissionais da saúde quanto os usuários estão atrelados ao sistema biomédico, burocratizante, associados à carência financeira tanto estrutural dos serviços como das gestantes, refletindo numa sociedade patologicista e aculturada, abduzida da evolução natural do processo de gestar e parir, pelos avanços tecnológicos impostos pelo sistema de saúde.

O objetivo deste estudo foi conhecer a percepção das gestantes sobre o percurso que fizeram durante o ciclo gravídico nos cenários de saúde pública, no Município de Santa Maria/RS. Ao escutar as gestantes sobre a temática explorada, foi possível constatar que: a referência das gestantes acontece, mas nem sempre formalmente; e a contra-referência não acontece do ponto de vista formal e raramente ela se faz de maneira informal pelos profissionais da saúde; o processo de comunicabilidade entre os cenários de saúde são falhos; há pouco movimento no sentido de empoderar as gestantes na garantia de seus direitos, o que dificulta sua participação efetiva no percurso do sistema de referência e contra-referência.

Podemos ainda detalhar mais alguns resultados deste estudo: a resolução do sistema de referência e contra-referência é precário, e não garante a continuidade das ações em saúde; o

Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco/HUSM tem realizado o encaminhamento da gestante, sem a contra-referência formal, o que mais uma vez favorece a fragmentação do cuidado; as informações de um serviço para o outro ocorrem baseadas nos relatos das gestantes; e o relacionamento interpessoal está focado na relação de amizade entre os profissionais e gestantes, o que por vezes agiliza o encaminhamento e o acesso da mesma, porém nem sempre seguindo os fluxos e trâmites formais.

Nesse panorama, pode-se perceber que elas estão habituadas a se deslocarem entre as unidades de saúde da rede e do serviço de referência para intercorrências obstétricas e/ou acompanhamento de pré-natal de alto risco, com a expectativa de gerar um bebê saudável prioritariamente e, em segundo plano, para cuidarem de sua própria saúde.

Percebeu-se, nesse cenário, que o serviço de saúde de referência às gestantes tem dedicado espaço para educação em saúde, embora ainda pouco. Por outro lado, algumas equipes de saúde, em unidades de ESF, têm estabelecido o cuidado da saúde das gestantes para além da consulta de pré-natal, na perspectiva de realização de grupos de gestantes, o que favorece o momento de troca e preparo durante o ciclo gravídico.

Algumas questões implicadas no sistema de referência e contra referência aludem ao percurso geográfico e às dificuldades advindas da locomoção das mulheres de sua residência ao serviço especializado.

Sob o olhar dessas mulheres, o cuidado com a gestação está centrado no modelo biomédico, mas também tem um caráter social, impregnado de incertezas, de negociações, de adaptações e repadronizações individuais e coletivas.

A inexistência de uma rede de conexão integrada de informações, entre os serviços de saúde do Município de Santa Maria/RS, fragmenta o cuidado integral da gestante, ocasionando repetidos procedimentos e exames solicitados pelos diferentes profissionais do SUS, bem como uma deficiente comunicação entre os serviços.

Desde a formação e implantação das equipes de saúde da família, o enfermeiro passou a ter mais espaço e autonomia para realizar as consultas de pré-natal. Mesmo assim, atualmente, em Santa Maria/RS, a realização de pré-natal por enfermeiros ainda não é freqüentemente aceita pelas gestantes! Embora elas destaquem muitos aspectos positivos nesse profissional, como o acolhimento, espaço para o diálogo e outros, há um sistema de idéias determinado a fazer pré-natal por médicos, “especialista” preferencialmente. Percebi que existe centralização na figura do profissional médico ao se realizar os encaminhamentos formais, quando, no formulário do Sistema de Referência e Contra-Referência intersetorial, consta somente o espaço para a assinatura do médico, conforme os documentos elaborados pelas três instâncias de saúde (municipal, estadual e federal). Significa que os outros profissionais ficam

na dependência do médico para formalmente realizarem os encaminhamentos. Essa maneira de efetuar os encaminhamentos precisa ser politicamente repensada, para que todos os profissionais de saúde possuam autonomia nesse sistema de referência e contra-referência, cada qual com suas habilidades e competências nos diversos cenários de saúde, trabalhando em rede para favorecer a continuidade das ações em saúde.

À luz do contexto analisado, percebe-se que desafios e obstáculos existem para a mudança de paradigma em relação ao Sistema de Referência e Contra-Referência. A situação atual precisa ser superada via processo de construção coletiva, multiprofissional e multidimensional entre os cenários de saúde, para uma mudança de cultura nos atos dos encaminhamentos. Buscando novas estratégias organizativas, de forma a assegurar os princípios do SUS, bem como a política de humanização voltada para a gestação e parto.

Diante das práticas multiprofissionais em saúde, que convergem para atender as necessidades de risco na gestação, percebe-se que o sistema de referência e contra-referência é complexo. Penso que essa complexidade também sofre influências culturais da formação dos profissionais e do próprio sistema estabelecido institucionalmente. Seria uma recomendação para outra pesquisa nessa abordagem.

Finalmente, recomendo que o Hospital Universitário de Santa Maria, como instituição de referência para gestação de alto risco e intercorrências obstétricas, implante o SISPRENATAL nos três setores: Ambulatório, Centro Obstétrico e Maternidade, para que os profissionais de saúde possam, a partir de dados mais concretos, operacionalizar melhor os cuidados de todo o ciclo gravídico-puerperal do Município de Santa Maria/RS, bem como para que a instituição passe a receber renda para ampliar investimentos na área materna.

7 REFERÊNCIAS

ALVIM, D. A. B.; BASSOTO, T.R.P.; MARQUES, G.M. **Sistematização da assistência de enfermagem à gestante de baixo risco**. Rev. Meio Amb. Saúde 2007; 2(1):258-272.

ARAÚJO, I. S. de; CARDOSO, J. M. **Comunicação e saúde**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

ASSIS, I. de L. R. **Gravidez de alto risco: a percepção das gestantes**. [Dissertação de Mestrado]. Belo Horizonte. Universidade Federal de Minas Gerais. Escola de Enfermagem, 2004. 90f

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 7 ed. Portugal: Edições, 1977.

BARUFFI, L. M. **O cuidado cultural à mulher na gestação**. Passo Fundo: UPF, 2004.

BOBAK, I. et al. **Enfermagem na maternidade**. 4 ed. Loures: Lusociência, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Resolução CIPLAN n. 3, de 25 de março de 1981. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Organização e Desenvolvimento de Serviços de Saúde. **Normas e padrões de construções e instalações de serviço de saúde**. 2 ed. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987. p 177-33.

_____, República Federativa do Brasil. **Constituição**, 05 de outubro de 1988.

_____, Ministério da Saúde/Coordenação de Saúde Materno-Infantil. (III Encontro do Fórum de Mulheres da Amazônia Paraense). **Manual dos comitês de mortalidade materna**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____, Secretaria de Políticas, Área Técnica da Saúde da Mulher. **Gestação de alto risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

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

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **O desafio de construir e implementar políticas de saúde:** relatório de gestão 2000-2002. Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Humanização do Parto: humanização no pré-natal e nascimento.** Brasília (DF): Ministério da Saúde, 2002b.

_____, Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação do SUS / Conselho Nacional de Secretários de Saúde.** - Brasília: CONASS, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Coordenação Geral de Atenção Hospitalar. **Reforma do Sistema da Atenção Hospitalar Brasileira.** Ministério da Saúde. Brasília, 2004.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Curso de Formação de facilitadores de educação permanente em saúde: **Unidade de aprendizagem – análise do contexto da gestão e das práticas de saúde.** / Brasil. Ministério da Saúde. Rio de Janeiro: Brasil. Ministério da Saúde / FIOCRUZ, 2005a.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Manual técnico/Ministério da Saúde. Brasília: MS, 2005b

_____, Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde** / Ministério da Saúde. 8 p. (Série E. Legislação de Saúde) – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes.** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

_____, **Portaria nº 1.625/2007**, Brasil: 2007b Disponível em : <<http://www.portalcoren-rs.gov.br/web/legislacao/portarias/port-1625.htm>>. Acesso em: 08 jan 2008.

_____, **A-Z Humaniza SUS**, 2008a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28399> Acesso em: 30 set. 2008.

_____, **Lei 8.080 de 19 de Setembro de 1990**, COFEN. 2008b Disponível em: <http://www.portalcofen.gov.br/2007/section.asp?sectionParentID=35§ionID=30>. Acesso em: 17 ago. 2008.

_____, **Resolução nº 196/96**, do Ministério da Saúde. 2008c – Disponível em: <www.conselho.saude.gov.br/docs/Reso196.doc>. Acesso em: 03 jun. 2008.

CARDOSO, A. M., SANTOS, S. M. dos, MENDES, V. B., **O pré-natal e a atenção a saúde da mulher na gestação**. Diálogos Possíveis. Janeiro/Junho, 2007. Disponível em: <www.fsba.edu.br/dialogospossiveis> Acesso em: 03 jul. 2008.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. [Tradução Álvaro Cabral]. São Paulo: Cultrix, 2006.

CECCIM, R. B. **Educação Permanente em Saúde**: descentralização e disseminação de capacidade pedagógica na saúde. Ciências & Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 10, n. 4, out./dez. 2005.

CECÍLIO, L. C. de O. **Modelos tecno-assistenciais em saúde**: da pirâmide ao círculo, uma possibilidade a ser explorada. Caderno de Saúde Pública, v.13, n.3, jul./set.1997. Disponível em: <http://scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S01102...> Acesso em: 21 out. 2008.

CEGALLA, D. P. **Dicionário escolar de língua portuguesa**. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 2005.

CERVO, A. L. et al. **Metodologia científica**. 6. ed., São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

COSTA, A. M. **Desenvolvimento e implementação do PAISM no Brasil**. Brasília: NESP; CEAM; UnB, 1999.

CORREA, S. O.; PIOLA, S. F. **Balanço 1998-2002**: aspectos estratégicos programáticos e financeiros. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

CORREIA, M^a e ALVES, M^a; **ANÁLISE PSICOLÓGICA – PSICOLOGIA DA GRAVIDEZ E DA MATERNIDADE**; Instituto Superior de Psicologia Aplicada; Odíveas; 2000; ISBN – 0870-8231 Disponível em: <<http://nosnacomunicacao.com.sapo.pt/factoresdeterminantesnarelacaomaternofetal.htm>> Acesso em: 14 out. 2008.

DECRETO Nº 94.406/1987 – LEI Nº 7498/1986 – Disponível em: <<http://www.lei.adv.br/94406-87.htm>> - Acesso em: 11 nov. 2008.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC – Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1989.

_____. **C. O saber local: novos ensaios em antropologia interpretativa.** 9. Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2007.

GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem.** Cap. 21: Madeleine M. Leininger. POA: Artes Médicas, 1993.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa.** 4 ed., São Paulo: Atlas, 2006.

GUALDA, D. M. R. **Eu conheço minha natureza: a expressão cultural do parto.** Curitiba: Ed. Maio, 2002.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença.** Trad. Claudia Buchewitz e Pedro M. Garcez. 4 ed. POA: Artmed, 2003.

JORNAL FÓRUM MUNDIAL DE EDUCAÇÃO SANTA MARIA. Disponível em: <http://www.forummundialeducação.org/santamaria>, Acesso em: 05 mai.2008.

LANDERDAHL, M.C.; RESSEL, L.B.; MARTINS, F.B.; CABRAL, F.B.; GONMÇALVES, M. de O. Percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde. Esc. Anna Nery vol.11 nº.1, Rio de Janeiro Mar. 2007. Print ISSN 1414-8145. Disponível em: <http://www.portalbvsnf.eerp.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452007000100015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt>, Acesso em: 11/11/08.

LEOPARDI, M. T. et al. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis: NFR/UFSC; Florianópolis: Editora Papa-Livros, 1999.

_____. M. T. **Metodologia da pesquisa da saúde.** SM: Pallotti, 2001.

LEININGER, M. M. Qualitative research methods in nursing. In: _____. **Ethnographic and ethnourning: models and modes of qualitative data analysis.** Detroit: Grune & Stratton, 1985. cap.3. p.33-71

_____. M. M. Culture care diversity and universality: a theoria of nursing. National league for Nursing, 350 Hudson Street, New York, 1991. cap. I, p. 5-63

_____. M. M. **Trancultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Pratices.** Second Edition, USA/Copyright, McGraw-Hill, Inc. College Custom Series, 1995.

LOPES, W. O. **Integralidade na perspectiva da referência e contra-referência com famílias e pacientes após alta hospitalar.** [Dissertação de Mestrado] - Programa de Mestrado Profissional em Saúde e Gestão do Trabalho - Universidade do Vale do Itajaí (SC), 2008. 111f.

MALINOWSKI, B. **Tema, método e objetivo desta pesquisa.** Col. Os Pensadores. São Paulo: Abril Cultural, 1984.

MANDÚ, E. N. T. **Saúde reprodutiva:** proposições práticas para o trabalho de enfermeiros (as) em Atenção Básica. v.2. Cuiabá: EdUFMT, 2006b.

MESQUITA, M. P. R. L. **A dimensão gerencial da identidade profissional da(o) enfermeira(o) na percepção da equipe de enfermagem:** uma perspectiva de construção coletiva. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2000.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 10. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco, 2007.

MOURA, E. R.; RODRIGUES, M. S. P. Pre natal healthcare communication and information, Interface – Comunic, Saúde, Educ v7, n13, p.109-18, ago 2003.

OLIVEIRA, D.L. de. **Enfermagem na gravidez, parto e puerpério:** notas de aula. Porto Alegre/RS: Editora UFRGS, 2005.

OSIS, M.J.M.D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 14, supl. 1, p. 25-32, 1998.

PARADA, C.M.G.de L. Avaliação da assistência pré-natal e puerperal desenvolvidas em região interior de São Paulo em 2005. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, 8(11): 113-124, jan/mar.,2008.Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbsmi/v8n1/13.pdf>>, Acesso em: 11/11/2008

PEDROLO, AM. **Assistência Pré-Natal de Baixo-risco no PSF e a Implantação do SISPRENATAL: contribuindo para a consolidação do SUS.** Relatório Estágio Supervisionado em Enfermagem II, Curso de Graduação em Enfermagem da UFSM – Santa Maria/RS, 2006.

PLANO_RS_MULHER – Plano Estadual de Políticas Públicas para as mulheres. Governo do estado do RS – coordenadoria estadual da mulher – secretaria do planejamento e gestão , POA/RS – mar. 2008.

PMSSM - PLANO MUNICIPAL DE SAÚDE DE SANTA MARIA/RS de 2005- 2008 - atualizado em 11 mai 2005.

PROCHNOW, A.G. **O exercício da gerência do enfermeiro: cultura e perspectivas interpretativas.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Rio de Janeiro, 2004.

RISPN - Relatório de Indicadores do Pré-Natal - SISPRENATAL, Santa Maria-RS, 2007 – DATASUS (MS) Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento, componente I – Incentivo à Assistência ao Pré-Natal período de 17 out 2006 a 31 dez 2007.

SAITO, R.X.S. **Sistema Único de Saúde: da teoria a prática da integralidade.** (mestrado em enfermagem) - Escola da USP, São Paulo, 2004.

SANTA MARIA, 2007 <<http://www.santamaria.rs.gov.br>> acesso em 27 dez 07.

SERRANO, M. M. **Projeto promoção da saúde.** Ministério da Saúde – Secretaria de Políticas de Saúde. Revista Promoção da Saúde, Brasília, ano 3, n.6, p.51-52, out. 2002.

SILVA, M. J. P. da. **Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.** São Paulo: Editora Gente, 1996.

VÍCTORA, C. G. et al. **Pesquisa qualitativa em saúde: uma introdução ao tema.** Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000.

VIEIRA, E. M. **A medicalização do corpo feminino.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2002.

XIMENES, L. B. **Toda gravidez é diferente e cada uma tem sua história.** Tese (Doutorado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001.

ZAMPIERI, MFM. **Cuidado Humanizado no pré-natal: um olhar para além das convergências e divergências.** [Tese de Doutorado] Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis (SC); 2006. 454f.

_____, M. de F. M., et al. **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais.** Série atenção primária a saúde, v.2. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2007.

ANEXOS



ANEXO A – Documento de Referência e Contra-Referência (Municipal)

	PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE E MEIO AMBIENTE DOCUMENTO DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA
	<p align="center">IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</p> NOME DO PACIENTE: _____ SEXO: _____ FILIAÇÃO: _____ E _____ NATURALIDADE: _____ DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____ ENDEREÇO: _____
UNID. SAÚDE SOLICITANTE: _____ FONE: _____ UNID. SAÚDE REFERENCIADA: _____ ESPECIALIDADE: _____ PROFISSIONAL: _____ AGENDAMENTO: DATA ____/____/____ HORA: _____ SEQUÊNCIA: _____ SALA: _____ ENDEREÇO: _____ DATA DA CONSULTA NA UNIDADE BÁSICA: ____/____/____	
<p align="center">INFORMAÇÕES PARA REFERÊNCIA</p> (PREENCHIDO MÉDICO SOLICITANTE) INVESTIGAÇÃO / DIAGNÓSTICO _____ _____ _____ _____	
<p align="right">_____ ASS. E CARIMBO MÉDICO</p> <p align="center">INDICAÇÃO DE REFERÊNCIA</p> ENDEREÇO: _____ _____	
<p align="center">INFORMAÇÕES DE CONTRA-REFERÊNCIA</p> _____ _____ _____ _____	
(OBS.: INCLUIR PRESCRIÇÃO AMBULATORIAL) ANEXO 74 _____ ASS. E CARIMBO MÉDICO	

ANEXO B – Documento de Referência e Contra-Referência (Estadual)

<p>SUS – SISTEMA DE REFERÊNCIA 4º CRS – HOSPITAL UNIVERSITÁRIO -- CASA DE SAÚDE SANTA MARIA --RS</p> <p>PACIENTE</p> <p>.....</p> <p>Nº REG. HUSM..... NASC: / / IDADE..... SEXO (M) (F). NATURALIDADE..... DOC. IDENTIDADE..... ENDEREÇO..... TELEFONE..... PAI..... MÃE..... POSTO DE SAÚDE..... MUNICÍPIO.....</p> <p style="text-align: center;">ESPECIALIDADE.....</p> <p style="text-align: center;">INFORMAÇÕES DE REFERÊNCIA</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>DATA..... DIAGNÓSTICO PROVÁVEL.....</p> <p style="text-align: right;">Médico / CRM.....</p> <p>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE RESPONSÁVEL P/ AGENDAMENTO</p> <p style="text-align: center;">Nº CNS DO MÉDICO:</p> <p style="text-align: center;">INFORMAÇÕES DE CONTRA-REFERÊNCIA DO HUSM</p> <p>PACIENTE..... Nº REG. HUSM..... ENDEREÇO..... PARA O MÉDICO DO POSTO DE SAÚDE</p> <p>.....</p> <p>DATA / / ASS. MÉDICO HUSM- CRM.....</p> <p>Nº CNS DO PACIENTE:</p>	<div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 100%; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px; margin-bottom: 5px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 100%; height: 20px;"></div>
--	---

ANEXO C – Documento de Referência e Contra-Referência (Federal)

SUS - SISTEMA DE REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA

Paciente:.....Nº reg. HUSM.....
 Nasc:...../...../..... Idade:..... CPF:..... Sexo:() Natural:.....
 Endereço:..... Fone:.....
 Nome Pai:..... Mãe:.....
 Posto de Saúde..... Município:..... Nº FAX:.....
 Especialidade:..... AGENDAMENTO:...../...../..... Hora:.....

INFORMAÇÕES DE REFERÊNCIA:

Diagnóstico provável: _____

Visto

Data...../...../.....

Secretaria Municipal de Saúde

Médico CRM.....

destaque aqui

INFORMAÇÕES DE CONTRA REFERÊNCIA DO HUSM:

Paciente:.....Nº reg. HUSM.....
 Nasc:...../...../..... Idade:..... Sexo: M() F() Especialidade:.....
 Endereço:..... Munic:.....
 Para o Médico do Posto de Saúde:.....

Data:...../...../.....

Médico do HUSM - CRM.....

ANEXO D – Autorização da pesquisa pela SMS de Santa Maria-RS

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA
SECRETARIA DE MUNICÍPIO DA SAÚDE
NÚCLEO DE EDUCAÇÃO PERMANENTE
e-mail nepes@santamaria.gov.br – Fone (55) 3286 2609
3222-3290



Ofício n° 923 /2008/SMS/NEPES

Santa Maria, 07 de janeiro de 2008.

Prezada Mestranda

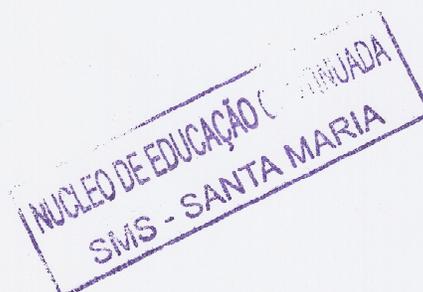
Em resposta a solicitação de realização da pesquisa de Dissertação de Mestrado em Enfermagem, intitulado “O Percurso das Gestantes nos Cenários Públicos: sob a ótica cultural” de sua autoria, sob orientação da Profª Drª Enfª Lúcia Beatriz Ressel, informamos que a pesquisa poderá ser realizada mediante a aprovação prévia do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme resolução CNS 196/96.

Salientamos a importância da integração ensino-serviço e do registro das atividades resultantes desta ação, para o que solicitamos a emissão e entrega de relatório final.

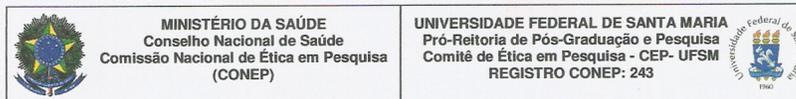
Agradecemos a atenção, respeitosamente.

Hedioneia Pivetta

Núcleo de Educação Permanente



ANEXO E - Aprovação da Pesquisa pelo Comitê de Ética da UFSM



CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Percurso das gestantes nos cenários públicos de saúde sob a ótica cultural.
Número do processo: 23081.001043/2008-11
CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0024.0.243.000-08
Pesquisador Responsável: Lúcia Beatriz Ressel

Este projeto foi **APROVADO** em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Janeiro/2009 **Relatório final**

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 19/03/2008

Santa Maria, 19 de março de 2008.



Lissandra Dal Lago
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM
 Registro CONEP N. 243.

APÊNDICES



APÊNDICE A - Solicitação de autorização de pesquisa para o HUSM**SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE PESQUISA PARA O HUSM**

Para: Diretor de Ensino e Pesquisas do Hospital Universitário de Santa Maria - HUSM e
Diretora de Enfermagem do HUSM

De: Msd. Enf^a Izabel Cristina Hoffmann e Orientadora Prof^a Dr^a Enf^a Lúcia Beatriz Ressel

Assunto: Solicitação para realização de pesquisa no HUSM

Prezado(a) diretor(a):

*Como enfermeira assistencial desta instituição e mestranda do PPGENF - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria, professora do PPGENF - UFSM, e enfermeira, professora do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSM, vimos, formalmente, solicitar sua autorização para realizar entrevista-piloto com as gestantes internadas na Unidade de Internação Toco-Ginecológica, dessa instituição. O referido estudo justifica-se pelo interesse em pesquisar sobre a Referência e Contra-referência das gestantes entre dois cenários públicos de saúde, ou seja, municipal (ESF) e federal (HUSM – Hospital Universitário de Saúde). Sendo que as gestantes internadas poderão contribuir para validar o roteiro de entrevista do projeto intitulado: “**Percurso das Gestantes nos Cenários Públicos de Saúde Sob a Ótica Cultural**”, para construir uma dissertação de Mestrado em Enfermagem, em que os dados serão efetivamente coletados e publicados em dezembro de 2008.*

Com a certeza de sua atenção, agradecemos, antecipadamente e colocamo-nos à disposição para os esclarecimentos que se fizerem necessários.

Enf^a Msd. Izabel Cristina Hoffmann

Prof^a Dr^a Enf^a Lúcia Beatriz Ressel

APÊNDICE B - Roteiro para a pesquisa com as gestantes**ROTEIRO ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**

Msd. Enf^a Izabel Cristina Hoffmann e Prof^a Dr^a Enf^a Lúcia Beatriz Ressel

A) ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA**Parte 01 – IDENTIFICAÇÃO DA PARTICIPANTE**

1. Nome: Data: ___/___/2008.
2. Endereço:..... Fone:.....
3. Bairro onde mora:.....
4. Naturalidade..... (Cidade e Estado)
5. Tempo de residência em Santa Maria:..... anos.....meses.
6. Idade:anos
7. Escolaridade: () Ensino fundamental () Ensino Médio () Graduação () Pós-graduação
() Completo () Incompleto
8. Religião:.....
9. Situação conjugal:
() solteira () casada () com companheiro () viúva () separada () união consensual
10. Qual a ocupação: (tipo)
11. Renda pessoal: R\$ (número de salários mínimos)
12. Renda familiar: R\$ (número de salários mínimos)
13. Condições do contexto em que vive:
14. Fale sobre sua experiência como gestante.

Parte 02 – DADOS OBSTÉTRICOS PREGRESSOS

- 1) Número de gestações:..... Número de partos:.....
- 2) Tipos de partos:.....
- 3) Número de filhos:.....
- 4) Quem cuida?.....
- 5) Fez pré-natal nas gravidezes anteriores () sim () não
- 6) Quando iniciou o pré-natal? () 1º trimestre () 2º trimestre 3º () trimestre.
- 7) Local de onde realizou o pré-natal:
Unidade Básica de Saúde: () centro () norte () sul () leste () oeste
Estratégia da Saúde da Família: () centro () norte () sul () leste () oeste

Hospital:

Outro:.....

8) Profissional que realizou o seu pré-natal:

() enfermeiro () médico () clínico geral () médico da família () outros

Parte 03 – DADOS DA GESTAÇÃO E PRÉ-NATAL - PN ATUAIS

1) DUM: DPP:..... IG: Cadastro SISPRENATAL N°:.....

2) Gravidez planejada? () sim () não

3) Aceitação da gravidez? () sim () não

4) O que é pré-natal para você?

5) Quando iniciou o pré-natal? () 1º trimestre () 2º trimestre 3º () trimestre.

Por quê?

6) Local onde está realizando o pré-natal?

Unidade Básica de Saúde: () centro () norte () sul () leste () oeste

Estratégia da Saúde da Família: () centro () norte () sul () leste () oeste

Hospital:

Outro:.....

7) Porque procurou este local de saúde para fazer o pré-natal?

8) Quantas consultas de pré-natal você já fez?

9) Qual o profissional que está realizando o seu pré-natal:

() enfermeira () médico () clínico geral () médico da família () outros

10) Porque está fazendo PN com este profissional?

11) Qual o hospital/maternidade que você pretende ir (referência) para o momento do parto?

12) O que é feito nas consultas do pré-natal pelos profissionais de saúde?

13) Você já realizou exames no pré-natal? Sabe quais foram, ou para que fossem solicitados?

13.1) Onde foi que você realizou estes exames?

14) Como está sendo o pré-natal?

15) O que você gosta na PN?

16) O que você não gosta do PN?

17) No seu ponto de vista suas necessidades enquanto gestante estão sendo atendidas no PN?

PARTE 04 – QUESTÕES EM RELAÇÃO A REFERÊNCIA E CONTRA-REFERÊNCIA NO CICLO GRAVÍDICO

- 1) Você teve algum problema durante esta gravidez e precisou de atendimento em outro serviço de saúde?
- 2) Você sabe o que é encaminhamento para outro serviço de saúde?
 - 2.1) Para onde você foi encaminhada? E, por quem você foi encaminhada?
 - 2.2) Conte-me como foi essa experiência:
 - 2.3) Que profissionais de saúde prestaram atendimento para você no serviço para onde foi encaminhada? () médico() enfermeiro() dentista() psicólogo() fisioterapeuta () outros
- 3) Como foi para você ter que ir para este outro serviço?
 - 3.1) Cite algumas coisas que considerou bom neste atendimento:
 - 3.2) Cite algumas coisas que considerou ruim neste atendimento:
 - 3.3) Como foi o atendimento neste serviço?
- 4) Você foi reencaminhada para a Unidade de Saúde(US) após o atendimento no serviço especializado?
- 5) Foi fornecido para você algum papel/documento explicando o atendimento neste serviço, quando foi reencaminhada de volta para o PN na US?
- 6) Você recebeu orientação quando foi encaminhada de um serviço de saúde para outro? Você entendeu esta explicação? Quem orientou?
- 7) Quais as dificuldades e as facilidades encontradas de ir e vir de uma instituição à outra?

Dificuldades (*caso necessário será citado exemplos: distância, transporte, familiar, trabalho, filhos...*)

Facilidades:
- 8) Onde você prefere fazer o pré-natal? () no hospital () no Posto () na ESF Por quê?.....
- 9) Você teve acesso fácil para a realização do PN?
 - 9.1) Você teve acesso fácil no encaminhamento(s) realizados no PN?
 - 9.2) Você teve atendimento respeitoso, cordial, com esclarecimentos claros sobre as condutas e exames realizados?
 - 9.3) O que você considera importante no atendimento a saúde da gestante durante o PN?

B) ROTEIRO OBSERVAÇÃO-COMO-PARTICIPANTE

- Para cada entrevista será utilizado o roteiro a seguir, observando os seguintes aspectos verbais e não-verbais:

A gestante na expressão verbal e não-verbal:

(...) conhece sua situação gestacional

(...) demonstra medo/receio/preocupação em relação ao ir para outro serviço de saúde

(...) se preocupa com a gestação

(...) se mostra interessada e atenciosa com a gestação

(...) comunicativa

(....) introvertida

(...) extrovertida

(...) expressa emoção. Quais?.....

(...) expressa alegria com a gestação

(...) expressa ansiedade com a gestação

(...) demonstra timidez

(...) expressa tristeza com a gestação

(...) expressa estar orientada quanto ao pré-natal.

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido para a pesquisa

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA A PESQUISA

Projeto: “Percurso das Gestantes nos Cenários Públicos de Saúde sob a Ótica Cultural”

Pesquisadores: Msd. Enf^a Izabel Cristina Hoffmann e **Orientadora** Prof^a Dr^a Enf^a Lúcia Beatriz Ressel

Eu,fui esclarecida de forma clara, livre de qualquer constrangimento ou coerção que a pesquisa “*Percurso das Gestantes nos Cenários Públicos de Saúde sob a Ótica Cultural*” da autoria da Msd. Enf^a Izabel Cristina Hoffmann e sob orientação da Prof^a Dr^a Enf^a Lúcia Beatriz Ressel, tem como objetivo compreender como a cultura influencia o entendimento das gestantes, em relação ao percurso delas, no hospital e postos de saúde, no município de Santa Maria/RS, durante a gravidez.

A realização deste trabalho justifica-se pelas várias observações e relatos das dificuldades, apreensões e questionamentos das gestantes durante o período de internação no Hospital Universitário de Santa Maria em relação à vinda para o hospital e ao seu retorno para o atendimento no posto de saúde da sua comunidade. Esses relatos eram carregados de informações que mostravam seu entendimento em relação à experiência de ter sido encaminhada para outro serviço, e apontavam caminhos compreendidos, por elas, como adequados ou possíveis dentro de suas condições de vida.

A obtenção dos dados ocorrerá de duas maneiras: através de entrevista e observação a serem realizadas individualmente como forma de preservar o depoimento da gestante. A minha participação será voluntária e foi-me garantido que seria esclarecido quaisquer dúvidas, em todos os momentos da pesquisa. Foi-me salientado que minha participação na pesquisa não acarretará nenhum risco (biológico, psicológico, moral, econômico, entre outros) e que o resultado deste estudo poderá beneficiar as gestantes, pois indicará novas formas de lidar com a assistência às mulheres no pré-natal. Foi destacado que tenho a liberdade, de participar ou não do estudo e/ou deixar de participar a qualquer momento, sem qualquer prejuízo ou constrangimento e sem sofrer nenhum tipo de represália ao meu tratamento.

Foi-me esclarecido que haverá a garantia do direito de privacidade, não havendo exposição pública de minha pessoa e que, no uso de minhas informações, será resguardada confidencialmente minha identidade. Igualmente, foi explicado que as informações do estudo serão exclusivamente de uso científico para a área da saúde, especialmente para a enfermagem. Os dados coletados, depois de organizados e analisados, poderão ser divulgados e publicados em eventos científicos e revistas científicas da área da enfermagem, ficando assegurada a garantia do anonimato.

Foi-me informado que meu depoimento, gravado em gravador digital e após salvo em CD Rom ficará sob a responsabilidade da pesquisadora até a apresentação da dissertação de mestrado, em dezembro de 2008, sendo desgravado em janeiro de 2009.

As pesquisadoras ficam comprometidas com a apresentação do relatório de pesquisa para a instituição, na qual será realizado o trabalho.

Ciente e em concordância com o que foi anteriormente exposto, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Santa Maria, _____ de _____ de 2008.

Nome participante: _____ Pesquisadora: Msd. Enf^a **Izabel Cristina Hoffmann**

Carteira Identidade: _____ COREN: 91648 – Assinatura: _____

Assinatura: _____ e-mail: izabel.h@gmail.com /fone: (55)91770314

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP-UFSM

Av. Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria – 7º andar – Campus Universitário – 97105-900 – Santa Maria-RS - tel.: (55) 32209362 - email: comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br

APÊNDICE D - Termo de confidencialidade**TERMO DE CONFIDENCIALIDADE**

Título do projeto: “Percurso das Gestantes nos Cenários Públicos de Saúde Sob a Ótica Cultural”

Pesquisador responsável: Profª Drª Enfª Lúcia Beatriz Ressel

Instituição/Departamento: UFSM – PPGENF – Mestrado em Enfermagem

Telefone para contato: (55)32208029

Local da coleta de dados: USF - Unidades da Saúde da Família do município de Santa Maria/RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos pacientes cujos dados serão coletados, *através de gravação* das falas das gestantes que realizam o pré-natal nas equipes de Estratégia da Saúde da Família - *ESF localizadas nas zonas: norte, sul, leste, oeste e centro*. Concordam, igualmente, que estas informações serão utilizadas única e exclusivamente para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas no CD Rom, na residência de uma das pesquisadoras por um período de abril/2008 a janeiro/2009 sob a responsabilidade do (a) Sr. (a) Izabel Cristina Hoffmann. Após este período, os dados serão destruídos. Este projeto de pesquisa foi revisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em/...../....., com o número do CAAE

Santa Maria,dede 2008.

.....

Profª Drª Enfª Lúcia Beatriz Ressel

CI :.....

Registro Profissional:.....