UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS

LUZ MARINA PINTO MARTINS

**ASSISTÊNCIA MATERNA NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS USUÁRIAS DO SUS NO
MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS**

**CAMPO GRANDE
2006**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL – UFMS

LUZ MARINA PINTO MARTINS

**ASSISTÊNCIA MATERNA NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS USUÁRIAS DO SUS NO
MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade de Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS) como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Sandra Lucia Arantes

**CAMPO GRANDE
2006**

A dissertação intitulada **ASSISTÊNCIA MATERNA NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS USUÁRIAS DO SUS NO MUNICÍPIO DE DOURADOS, MS**, apresentada por **LUZ MARINA PINTO MARTINS** como exigência para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, à banca examinadora, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, obteve CONCEITO A.

BANCA EXAMINADORA

ORIENTADOR: Sandra Lucia Arantes

MEMBRO: Edson Mamoru Tamaki – Universidade Federal de Mato Grosso do Sul - UFMS

MEMBRO: Marli Villela Mamede – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto – Universidade de São Paulo - USP

CAMPO GRANDE, MS, 27 de junho de 2006.

Dedico este trabalho:

Primeiramente a Deus,
por guiar-me nessa jornada tão laboriosa.
Depois às pessoas que, de forma consciente
ou inconsciente, sacrifiquei com esta jornada.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por permitir a conclusão de um sonho.

À pessoa de Luiz Carlos Martins, meu ex-companheiro, que foi meu incentivador incondicional, que sempre me estimulou, demonstrando compreensão, companheirismo, e a quem sou grata pelas várias contribuições.

Aos meus queridos filhos, André Luiz e Ana Paula, por compreenderem minhas ausências, tendo sido minhas inspirações de todas as horas.

À querida Nena, minha mãe, por todo apoio e torcida, rezando sempre por mim.

Um agradecimento especial ao Dr. Edson Mamoru Tamaki, que inicialmente aceitou comigo o desafio desta pesquisa, pela sua dedicação na tarefa de orientar-me conduzindo-me ao crescimento, possibilitando-me trilhar essa jornada que, embora árdua, tornou-se estimulante a cada desafio que surgia.

A Sandra Lucia, pela disponibilidade sempre demonstrada e pela orientação segura e confiante para que eu conseguisse concluir esta batalha de forma tranqüila.

Às amigas Fátima Alice e Marise, pelo companheirismo e hospitalidade em todos os momentos.

Aos amigos Cássia e Sebastião, cúmplices desta caminhada, com quem travei proveitosas trocas de idéias.

Às amigas Léo e Rosangela, que compartilharam horas de lazer e diversão, tão fundamentais nesta caminhada.

Às professoras de inglês Regina e Sirlene, que apesar de minhas sérias dificuldades confiaram em meu potencial.

À Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS), que investe na capacitação de seus docentes.

À coordenação do curso de Enfermagem da UEMS, pelo apoio, e por suavizarem minhas atividades para a finalização do presente trabalho.

À coordenação do curso de Mestrado, em especial a Terenilce, que sempre se mostrou pronta a ajudar-me na realização desta etapa de estudo.

Aos meus queridos professores Ana Maria, Edson, Elenir, Honer, Sônia, pelos valiosos ensinamentos.

À pesquisadora Ana Rita, pela valiosa contribuição nos exames de qualificação.

Aos colegas de curso, pelos muitos momentos de trabalho, de discussão e crescimento juntos, e também de união e companheirismo em todos os momentos.

A Analice, pelo auxílio na difícil tarefa de transcrição das entrevistas.

A Maria, secretária do lar, que assumiu todas as responsabilidades no cuidado da casa, dos filhos, das cachorras, das tartarugas, das plantas etc.

Embora muitos colaboradores tenham permanecido anônimos, a eles também envio meus agradecimentos e carinho.

*Por mais difícil que seja a situação a nós imposta,
constitui a melhor oportunidade para
o progresso de nossa alma.*

Masaharu Taniguchi

RESUMO

Esta pesquisa descreve a assistência materna prestada às mulheres, tal como expressa nos discursos de puérperas usuárias do SUS no município de Dourados, MS. Os objetivos do estudo foram apresentar as formas de organização do trabalho no atendimento à mulher, mostrar como está o acesso às ações e serviços de saúde e conhecer as opiniões que as puérperas expressam a respeito da assistência materna. O Ministério da Saúde (1994) orienta que a assistência materna deve ser vista em seus diversos níveis de atenção e de complexidade e nas práticas adotadas pelos modelos assistenciais. Cabe-nos então constatar a reorganização das práticas assistenciais, uma vez que elas estão passando por mudanças rumo à construção de um novo modelo de atenção à saúde. Metodologicamente, foi desenvolvida uma investigação de corte transversal descritiva, comparativa e com desenho qualitativo, utilizando o Discurso do Sujeito Coletivo de Lefèvre, em 66 puérperas que fizeram o pré-natal na rede e que pariram nos meses de junho a agosto de 2005. Nesse município, o atendimento necessita de estruturação e implementação de estratégias de mudança do modelo assistencial a partir da organização da demanda, uma vez que cada unidade segue uma rotina. O modelo clínico ainda impera, pois está centrado na atenção às queixas. O trabalho em equipe existe em apenas algumas unidades de saúde, com atuações isoladas, desarticuladas, sem integração dos profissionais. As práticas informativas e educativas em grupo não foram uma constante e, mesmo quando existentes, não contaram com a participação da grande maioria das usuárias. Em vez disso, as orientações restringiram-se ao simples repasse de informações, sendo pouco direcionadas às necessidades do grupo e com utilização do material de apoio de forma inadequada. A maioria relatou ter acesso às consultas, aos meios terapêuticos, aos exames laboratoriais de rotina e aos exames complementares, porém na maioria das vezes o tempo de espera foi muito longo; as consultas foram rápidas; não houve prescrição de medicamentos preconizados; algumas tiveram a resolução do parto sem conhecer o resultado dos exames laboratoriais, devido à demora na entrega destes; os exames complementares foram garantidos, mas foi demonstrada insatisfação com essa prática, havendo demora no agendamento e no atendimento, e surgiu o descrédito no exame do SUS. Apesar do acesso garantido, é necessário que se implementem mudanças na forma como organizam esses serviços e também nas formas com os profissionais operam tais serviços, redirecionando enfoques e ações pautados na vigilância à saúde e na ampliação da cidadania brasileira, concretizando assim o propósito inicial do município, que era a reversão do modelo assistencial. Quanto à opinião das usuárias com o pré-natal, revelaram-se satisfeitas, pois quando não o estão expressam isso reclamando ou migrando para outras unidades de saúde. Já no parto/pós-parto, a maioria relatou ter sido bem tratada e bem atendida, e uma minoria relatou alguns sentimentos e atos negativos no transcorrer do parto. Portanto, no período estudado, as gestantes dirigiram-se ao parto com diferentes opiniões e expectativas, com base nas práticas assistenciais adotadas pelos modelos assistenciais. Por final, a comparação dos dois modelos assistenciais, na ótica das puérperas usuárias do SUS, revelou não ter havido diferenças significativas nem relevantes na maioria das categorias estudadas. Não ocorreu, portanto, reestruturação das práticas assistenciais.

Palavras-chaves: Assistência materna; Modelos assistenciais; Práticas assistenciais; Acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

This investigation describes the maternal assistance delivered to women, as expressed in the discourses of postpartum women who are users of the Brazilian Unified Health Care System (SUS) in the county of Dourados, Mato Grosso do Sul, Brazil. The purposes of the study were to describe the forms of work organization in the provision of care to women, to show the current status of access to health actions and services, and to know the opinions of postpartum women on the maternal assistance delivered to them. The Brazilian Health Ministry (1994) advocates that maternal assistance be viewed in its several levels of attention and complexity, taking into account the policies adopted by the assistance models. The reorganization of practices of assistance should be acknowledged, as these are undergoing changes toward the construction of a novel model of health attention. The present cross-sectional, descriptive, comparative investigation of qualitative design, which adopted the Lefèvre's Discourse of the Collective Subject, had as subjects 66 postpartum women who received prenatal care and gave birth from June to August 2005. In Dourados, care provision currently requires structuring, as well as the implementation of strategies to change the model of assistance by organizing the demand, since each health unit follows its particular routine. The clinical model still predominates, which is centered on attention to complaints. Team work was found to be conducted only in some of the health units, though with isolated, poorly articulated actions with no integration of the professionals. Informative and educational group practices were not a common feature; even when available, they did not involve the participation of most users. Instead, guidance was limited to the mere transmission of information poorly targeted at the needs of the group, and support materials were inadequately used. Most users reported having had access to medical appointments, therapeutic resources, routine laboratory tests, and complementary exams, but waiting time was usually very long; office visits were brief; recommended medication failed to be prescribed; some users gave birth without knowing the results of their exams, because of delays in forwarding. Although complementary exams were performed, users were not satisfied: appointment arrangements and provision of services were not fast enough, leading to distrust of the services provided by SUS. Although access was ensured, changes are needed in the manner the services are organized and in the way that the professionals operate these services, so that the approaches and actions can be guided by a focus on health vigilance and on an expansion of Brazilian citizenship practices, so as to accomplish the purpose originally set by the city administration, of reverting the model of assistance. Users reported satisfaction with prenatal care received, dissatisfaction being expressed by complaining or by migrating to other health units. In the partum and postpartum period, however, most of them reported being well cared for, whereas few mentioned negative feelings or experiences during parturition. In the period of study, participants who sought pregnancy- and delivery-related services held a range of opinions and expectations, based on the policies adopted by the models of assistance. Finally, the comparison of both models of assistance, as viewed by postpartum women who used the services of SUS, did not reveal any significant or relevant differences in most of the categories investigated. So far, the practices of assistance have failed to be restructured.

Keywords: Maternal assistance; Models of assistance; Assistance practices; Access to health services.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	14
2.1 Sistema Único de Saúde (SUS)	14
2.2 Atenção básica	15
2.2.1 Modelo de atenção à saúde	17
2.2.2 Reorganização da prática assistencial	20
2.3 Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) .	22
2.3.1 A saúde reprodutiva da mulher	23
3 OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo geral	25
3.2 Objetivos específicos	25
4 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO	26
4.1 Descrição geral do estudo	26
4.2 Sujeitos do estudo	28
4.3 Contexto do estudo	28
4.4 Critérios para seleção dos sujeitos	29
4.5 Procedimentos de coleta de dados	29
4.6 Organização dos dados	30
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	32
5.1 Formas de organização dos serviços e das práticas de saúde no atendimento a mulher	32
5.1.1 Organização da demanda	32
5.1.2 Trabalho em equipe	36
5.1.3 Práticas informativas/educativas	38
5.2 Acesso às ações e serviços de saúde	44
5.2.1 Acesso às consultas	44
5.2.2 Acesso aos meios terapêuticos	48
5.2.3 Acesso aos exames laboratoriais de rotina	50
5.2.4 Acesso aos exames complementares	52
5.3 Opinião das usuárias sobre a assistência	55
5.3.1 Relacionamento com os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal	55
5.3.2 Relacionamento com os profissionais de saúde envolvidos no parto/pós-parto	61
5.3.3 Nível de satisfação das usuárias com o atendimento	64
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	69
7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA ASSISTENCIA E ENSINO	75
REFERÊNCIAS	76
Apêndices	83
Anexos	108

1 INTRODUÇÃO

Esta pesquisa visou verificar se a organização dos serviços e práticas de saúde voltados à mulher no ciclo gravídico-puerperal no município de Dourados, MS, de acordo com a ótica das puérperas usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS), estão pautadas nos princípios da integralidade da assistência.

Nosso interesse pelo estudo da assistência materna pautou-se em duas situações. Primeiro, por ser um atendimento que nos proporciona um acompanhamento em seus diversos níveis de atenção e de complexidade, fornecendo subsídios para a compreensão da organização dos serviços de saúde, nos âmbitos intra e extra-hospitalar e, em segundo lugar, pelas experiências que vivenciamos nos estágios supervisionados curriculares do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS).

Ministrando aulas na disciplina Administração de Enfermagem em Saúde Coletiva, pudemos durante os estágios constatar uma situação inequívoca, quando as gestantes se encaminham para o parto com diferentes visões, opiniões, expectativas e vivências que se acumularam durante seu atendimento na rede básica de saúde no período pré-natal.

Assim, emergiu a curiosidade de saber se essa situação corroboraria alguns pressupostos levantados durante as discussões acadêmicas na época dos estágios, com relação às práticas adotadas pelos modelos assistenciais.

Uma vez que a assistência materna é um conjunto de ações voltadas a garantir a prestação de atendimento precoce, de forma contínua e periódica durante toda a gestação, o parto e o puerpério, tendo como objetivo prevenir os riscos que atingem tanto a mulher quanto a criança, tal assistência deve portanto ser vista em seus diversos níveis de atenção (primária, secundária e terciária) e de complexidade (baixa, média e alta) (BRASIL, 1994; 2000a).

Considerando que os princípios e diretrizes do SUS devem orientar as formas de organização dos serviços e das práticas de saúde, tendo como foco a integralidade da assistência, cabe-nos então a constatação da reorganização dessas práticas assistenciais, uma vez que esta vem passando por mudanças e tomando novas formas no decorrer dos últimos anos, em uma tentativa de sair do modelo clínico e caminhar para a construção de um novo modelo de atenção à saúde, pautado na integralidade da atenção e no impacto sobre os problemas de saúde,

concretizando os princípios básicos e diretrizes estabelecidos pela Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1994).

Para que se efetive a transição do modelo clínico, que trabalha com as queixas das pacientes, para o modelo de atenção à saúde, é fundamental que aconteça uma reorganização das práticas assistenciais, para fortalecimento da atenção básica. Assim sendo, foi fundamental analisar as práticas adotadas para a implantação/implementação dos modelos assistenciais vigentes no município, e nessas práticas incluímos o conceito de integralidade, qual seja, considerar a mulher como um todo, devendo as ações de saúde atender a todas as suas necessidades, inclusive as de cidadania e de participação social.

Na prática, esse processo de reorganização incide sobre as equipes dos Programas de Saúde da Família (PSFs), pois a transformação da Unidade Básica de Saúde (UBS) em Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) requer mudanças significativas nos padrões de relacionamento entre gestores, profissionais e usuários (BRASIL, 2003).

Marques e Mendes (2002) orientam a reorganização das práticas assistenciais em novas bases e critérios, em substituição ao modelo tradicional de assistência, orientado para a cura de doenças e centrado no hospital. Para tanto, o PSF não se constitui em uma proposta paralela na organização dos serviços e sim numa estratégia de reorganização do modelo.

Esse modelo deve ter caráter substitutivo, que fundamente o trabalho em planejamentos; que tenha como foco a família e a comunidade; que trabalhe com territorialização, vínculos de co-responsabilidade entre os profissionais e famílias assistidas, intersetorialidade das ações, valorização dos diversos saberes e práticas, e estímulos à participação social. Para isso, os profissionais devem ser capacitados para essa estratégia, de modo que trabalhem com responsabilização e utilizando baixa densidade tecnológica, porém de alta complexidade das práticas em saúde, e de maneira que atuem sobre os determinantes de saúde com ações de prevenção e promoção, concretizando assim a integralidade da atenção nas práticas assistenciais.

Cientes da relevância da integração dos diferentes níveis de atenção e complexidade dos serviços de saúde e das necessidades e expectativas das usuárias desses serviços, é que tivemos como objetivos específicos caracterizar a assistência materna prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal quanto à

organização dos serviços e das práticas de saúde adotadas nas UBS e UBSF, mostrar como está o acesso às ações e serviços de saúde e verificar as opiniões que as puérperas expressam a respeito da assistência materna.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

Desde a década de 1980, o Brasil iniciou um movimento sanitário que se propunha a dar conta das políticas sociais e públicas e das necessidades de saúde da população, com maior destaque à saúde da mulher. Campos (2003) expõe que:

O Sistema Único de Saúde brasileiro é entendido como um processo social em marcha, que não se iniciou em 1988, com a consagração constitucional de seus princípios, nem deve ter momento definido para seu término. Ele vive há duas décadas um processo de mudanças iniciado com o movimento da reforma sanitária, na década de 1980. Após conquistas inegáveis do ponto de vista jurídico-legal, tem-se atualmente como questão central a reformulação das organizações e estabelecimentos sanitários. Assim, busca-se criar as condições para que o sistema de saúde aproxime-se mais dos indivíduos, torne-se mais humano, solidário e, sobretudo, mais resolutivo. (Campos, 2003, p. 569)

O movimento da Reforma Sanitária brasileira tem seu marco histórico na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em que foram definidos os princípios norteadores do novo sistema de saúde para o Brasil. Três temas básicos foram enfocados no relatório final da Conferência: saúde como direito; reestruturação dos serviços de saúde; financiamento do setor (BRASIL, 1996a).

Mendes (1996) enfatiza que para o SUS firmar-se como espaço de saúde há de reconstruí-lo em seus fundamentos medulares. Isso envolve mudanças que se darão na concepção do processo saúde–doença, no paradigma sanitário e nas práticas sanitárias. Entendemos com isso que as mudanças devem advir do redirecionamento do modelo assistencial por meio das práticas de intervenção adotadas pelos municípios.

A proposta de descentralização apresentada pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 1997a) aborda dois aspectos: o financeiro e o da organização da política de saúde no país. Para alcançar a proposta, foi adotado um conjunto de medidas para o redirecionamento do modelo de atenção à saúde.

Para os municípios, o grande desafio que essa proposta impôs foi a mudança no enfoque assistencial do indivíduo para a família em seu espaço domiciliar, com a inclusão de novos atores sociais e políticos, novos saberes, novos cenários das práticas, abrindo espaço para a aplicação de novas modalidades e tecnologias de atenção e para o fortalecimento da atenção básica.

No entanto, a descentralização e as normas que regulamentam a implementação desse processo não avançaram suficientemente na formulação de mecanismos mais eficazes para o planejamento integrado, que promovam a cooperação entre as esferas de governo e evitem a competição por recursos e competências, sobretudo pela ausência de uma definição mais clara do papel dos governos estaduais na saúde (BRASIL, 2004b).

2.2 ATENÇÃO BÁSICA

A atenção básica é um conjunto de ações de caráter individual e coletivo situado no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde e voltado à promoção da saúde, à prevenção de agravos, ao tratamento e à reabilitação (BRASIL, 2004b).

Alguns autores colaboraram com conceitos que levaram à construção de uma definição mais ampla e completa de atenção primária. Como descreve Starfield:

A atenção primária é aquele nível de um sistema de serviço de saúde que oferece a entrada no sistema para todas as novas necessidades e problemas, fornece atenção sobre a pessoa (não direcionada para a enfermidade) no decorrer do tempo, fornece atenção para todas as condições, exceto as muito incomuns ou raras, e coordena ou integra a ação fornecida em algum outro lugar ou por terceiros. (STARFIELD, 2002, p. 28)

Aleixo (2002, p. 12) considera a atenção básica e os cuidados primários como similares, ao dizer que a “atenção básica ou os cuidados primários de saúde, como entendemos hoje, constitui um conjunto integrado de ações básicas, articulado a um sistema de promoção e assistência integral à saúde”.

No Brasil, historicamente, a atenção básica ocupou um segundo plano, com o desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde centrado no hospital, nas especialidades médicas e na utilização de alta tecnologia. Esse modelo revelou-se caro e pouco eficaz para resolver os problemas sanitários da população brasileira. Por isso, a consolidação do SUS exige não apenas a ampliação do acesso aos serviços de saúde, mas uma reestruturação da prática assistencial focada na organização de serviços básicos de qualidade e eficientes, capazes de solucionar cerca de 80% dos problemas de saúde no país (BRASIL, 2004b).

O Ministério de Saúde vem desenvolvendo, desde meados dos anos 90, uma série de reformas do sistema de saúde que vem atingindo fundamentalmente o nível de atenção básica. Assim, desde 1994, o Programa de Saúde da Família (PSF)

foi implementado, apresentando-se como uma estratégia da reorganização estruturante do sistema de saúde brasileiro.

Essa estratégia exige dos gestores do SUS uma conduta inovadora, na qual as ações e serviços devem, necessariamente, estar direcionados à vigilância em saúde; ou seja, vigilância de doenças, de agravos, de agentes, de processo (vigilância de ambientes, do trabalho e de situações de risco/perigo); vigilância de comportamentos “prejudiciais da saúde”; vigilância de sistemas eco-sócio-sanitários.

A estratégia visa também que trabalhe com demandas programadas, planejamentos, adscrição de clientela, vínculo, acolhimento e equipe multidisciplinar, entre outros aspectos (TESTA, 1993).

O nível federal, ao longo dos anos, vem estimulando a expansão progressiva da estratégia no nível municipal. O processo de trabalho que caracteriza o PSF, suas diretrizes de atuação e os propósitos de melhoria da saúde da população estão levando a uma paulatina mudança no nível de atenção básica. Os princípios de vínculo e adscrição de clientela, integralidade de atendimento com resolutividade e ênfase nas ações de promoção e prevenção de riscos e doenças estão recebendo crescente adesão dos gestores municipais de saúde (BRASIL, 2004c).

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b), a expansão do acesso à atenção básica deverá ser baseada em estratégias que privilegiem o atendimento integral das necessidades de saúde, tornando indispensável o estabelecimento de uma articulação intersetorial, especialmente no âmbito municipal.

Nesse cenário, a operacionalização de todas as ações relativas à atenção básica tem se concentrado no processo de expansão da estratégia Programa Saúde da Família (PSF), movimento que se estruturou em 1966, nos EUA. A estratégia do PSF foi iniciada no Brasil em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários. Em 1998, 1 134 municípios implantaram o PSF; em 1999, 621; em 2000, 1 171; em 2001, 976: isso significou um aumento de 20.6% para 70.1% na cobertura populacional de 1998 a 2001, alcançando-se, portanto, 70.0% de cobertura (BRASIL, 2004b).

Seguindo o que preconiza o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d), o fortalecimento da atenção básica no município de Dourados, MS, também vem

ocorrendo por intermédio da expansão da estratégia de saúde da família, buscando dentre outros fins, reorganizar os serviços de saúde.

2.2.1 Modelo de atenção à saúde

Malta *et al.* (2004) definem modelo assistencial como a forma de organização e de articulação dos diversos recursos físicos, tecnológicos e humanos disponíveis, de forma a enfrentar e resolver os problemas de saúde vigentes numa coletividade.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b) a mudança no modelo assistencial seria um dos maiores problemas a serem enfrentados na implementação do SUS. Durante séculos, os modelos de atenção à saúde no Brasil foram concebidos a partir da visão da saúde como sendo um método de intervir na doença. Por isso, a atenção se caracterizou principalmente pelo atendimento de caráter curativo. Na verdade, esse modelo sempre se mostrou incapaz de dar conta de resolver os problemas de saúde da população.

O grande desafio imposto pelo Ministério da Saúde é que o “novo modelo” subordine os programas da assistência médica individual àqueles de interesse coletivo, realizando as atividades de promoção e proteção da saúde e garantindo os direitos de cidadania. Tais desafios relacionam-se à melhoria da qualidade da atenção à saúde, nos seus vários níveis, fortalecendo seu papel como porta de entrada do SUS, bem como ampliando o acesso aos serviços de atenção ambulatorial especializada e de alta complexidade (BRASIL, 2004b).

Boa parte da literatura publicada a respeito dos modelos assistenciais em saúde tem certa postura de “exterioridade” em relação à definição, finalidade e aplicação, no sentido de implantação de um sistema, quase sempre com a intenção de uma abordagem mais “estrutural”, no sentido de totalizadora, como apresentado em documento do Ministério da Previdência e Assistência Social (BRASIL, 1983).

Goulart (1999) comenta que a evolução do modelo assistencial proposto pela reforma sanitária deveria estar hoje voltada à implantação de um sistema em que o princípio da integralidade na assistência fosse uma das principais propostas de mudança. Isso desafiaria os gestores do SUS a implementar práticas assistenciais que garantissem a aplicação desse princípio.

Dessa forma, como nosso foco de atenção objetiva caracterizar a assistência materna, precisamos responder também ao seguinte questionamento: As formas de organização dos serviços e das práticas de saúde, voltadas ao atendimento à mulher no ciclo gravídico-puerperal no município de Dourados, MS, estão pautadas na integralidade da assistência?

O termo integralidade tem sido utilizado para designar um dos princípios do SUS, porém, mesmo sendo consagrado pela Constituição, esse princípio ainda encontra dificuldade de se concretizar na prática.

A integralidade seria um tipo de atenção dirigida à totalidade do ser humano, sem que com isso não se perca a autonomia, a partir de uma medicalização também integral. Desse modo, a noção de integralidade surge de uma lacuna, como uma expressão de insatisfação com as formas concretas das práticas de saúde. Para atingir a integralidade nas ações de saúde, Camargo Júnior (2003) ressalta que o maior desafio seria encontrar o caminho do meio, entre a medicalização avassaladora que normaliza a vida dos indivíduos e a prática supostamente terapêutica que os desumaniza. Não há, portanto, uma via de regra, um manual a ser seguido, mas uma proposta a ser construída, no cotidiano, na prática de sujeitos que cuidam de outros sujeitos, numa perspectiva ética e emancipatória.

Para Mattos (2001), a integralidade no Brasil tem assumido três sentidos: a integralidade como um traço da boa medicina, como um modo de organizar as práticas e como políticas especiais elaboradas para dar respostas a determinados problemas de saúde que afligem grupos populacionais específicos. Por fim, com respeito às configurações de certas políticas específicas, reflete que o PAISM materializou uma crítica ao modo como as questões e os problemas de saúde da mulher vinham sendo tratados pelas políticas e serviços de saúde, que não se inscreviam numa perspectiva de emancipação, ou seja, da superação das diversas dominações.

No entanto, se a integralidade, a acessibilidade, a equidade e a resolutividade dos serviços de saúde se encontram presentes nas propostas oficiais, o que se observa na prática dos serviços são ações isoladas, que negam os meios necessários para a autonomia e a liberdade reprodutiva das mulheres, ao restringir a integralidade e o direito à saúde. Assim, a integralidade, em qualquer dos seus sentidos, envolve uma recusa ao reducionismo e à transformação dos sujeitos em

objetos e remete à afirmação da abertura para o diálogo — diálogo este que remete aos sujeitos da assistência à saúde, a seus modos de perceber e tratar outros sujeitos que procuram planejar as suas famílias ou simplesmente ter acesso a métodos de contracepção.

Mattos (2001) ainda reforça que, quando se busca orientar a organização dos serviços de saúde pelo princípio da integralidade, devem-se ampliar as percepções das necessidades dos grupos e interrogar-se sobre as melhores formas de dar respostas a tais necessidades, em que a integralidade não é atributo exclusivo nem predominante dos médicos, mas de todos os profissionais de saúde. O autor enfatiza que se for verdade que a postura dos profissionais é algo fundamental para a integralidade, em muitas situações a integralidade só se realizará com mudanças no processo de cuidar pelas equipes de saúde.

Outra maneira de pensar na integralidade envolve a perspectiva de integrar práticas assistenciais de caráter coletivo e individual e, também, a integração biopsicossocial dos indivíduos.

Nesse cenário, para garantir a integralidade, é necessário que se tenha uma maior resolutividade da assistência prestada no nível primário de atenção, devendo-se focar a saúde das usuárias, em seu contexto sócio-econômico e cultural, na perspectiva de atender às suas necessidades, garantindo assim acesso equânime aos serviços de saúde. Esse primeiro nível de atenção é a porta de entrada, no sistema, para todas as necessidades das pessoas, além de promover o elo de ligação das usuárias com os demais níveis de atenção (FRANCO *et al.*, 2002).

Na opinião de Sousa (2001, p. 41), a mudança de paradigma constitui a base da estruturação de novos modelos de assistência.

Para que isso aconteça é necessário enfrentarmos a construção de um modelo de atenção à saúde em novos paradigmas, uma vez que as barreiras que bloqueiam a eficácia de tais investimentos parecem intransponíveis, fortalecidas pela forma de organização da assistência médica, hospitalar, ambulatorial vigente no País. Portanto é preciso estreitar as relações que existem entre as diversas dimensões de um modelo “clássico” de doença para a construção de um “novo modelo de atenção à saúde”, registrando com firmeza as bases que os movem e os sustentam em vários movimentos.

Nesta perspectiva, faremos algumas considerações a respeito da reorganização das práticas assistenciais prestadas à mulher no ciclo gravídico-puerperal, no município de Dourados, MS.

2.2.2 Reorganização da Prática Assistencial

Uma análise da trajetória da estratégia de reorganização da atenção à saúde evidencia que a integralidade é um dos princípios que norteiam essas ações. Portanto a atenção prestada à mulher, em diferentes níveis, requer que os profissionais de saúde tenham capacidade de reconhecer a variedade de necessidades e demandas relacionadas à saúde desta (BRASIL, 1999).

Considerando que as práticas assistenciais (formas de trabalho) constituem categorias deste estudo, apoiamos-nos na definição de Testa (1993), que considera que a utilização de modelos na organização dos serviços de saúde visa à organização formal do processo de trabalho de seus serviços, mediante a administração de recursos materiais, humanos e financeiros. Conclui-se, portanto, que as práticas sejam as formuladoras do processo de trabalho; as formuladoras de saberes; a uniformização de condutas; a padronização de protocolos, ou seja, as moduladoras do próprio fazer para a melhoria da qualidade assistencial.

À luz dos princípios doutrinários e organizacionais que sustentam a formulação e implantação do SUS, o município preocupou-se em melhorar o quadro de atendimento, tentando elevar a satisfação das usuárias mediante a adoção de práticas assistenciais resolutivas, seguras, éticas e humanizadas, realizadas com presteza e adequação.

Com isso, os gestores tiveram a iniciativa de fazer a reorganização das práticas assistenciais, implantando o modelo assistencial de vigilância da saúde. Esse modelo enfocava o deslocamento das práticas assistenciais do indivíduo para família, da cura para prevenção/promoção, com novas abordagens, novas concepções, novos cenários, com o propósito de reversão do modelo de atenção à saúde.

Embora o município de Dourados tenha adotado essa prática de reorganização do modelo assistencial, isso não chegou a ser feito em todas as unidades básicas de saúde (UBS): algumas permaneceram com 100% de PSF;

outras se tornaram mistas, ou seja, unidades básicas de saúde (UBS) e unidades básicas de saúde da família (UBSF).

Para Dourados, a iniciativa dos gestores de reverter o modelo assistencial constituiu um passo muito significativo, uma vez que o município se tornou o primeiro em Mato Grosso do Sul a desenvolver essa estratégia para a formulação de propostas de mudança do modelo assistencial à mulher.

Paralelamente, o atendimento hospitalar também passou por estruturação. O único hospital conveniado do SUS, Hospital Evangélico Dr. e Sra. Goldsby King, adaptou-se, desmembrou-se e criou outro local de atendimento às mulheres usuárias do SUS: o Setor Hospital da Mulher de Dourados, MS.

Houve, desse modo, uma redefinição, desde a equipe de saúde na atenção básica até própria estrutura hospitalar, reforçando as palavras de Aquino (1995), que salienta que o PAISM representou um espaço de criação de tecnologias para os serviços de saúde, com grande potencial de transformação das práticas, como por exemplo a estratégia de humanização do parto, que tem envolvido a redefinição desde a equipe de saúde até a própria arquitetura hospitalar. Atualmente, Dourados está na modalidade de Gestão Plena do Sistema Municipal de Saúde, o que significa o comando de todos os serviços que compõem o SUS. Entretanto, o grande desafio do momento é revelar a forma de reverter o modelo de atenção à saúde, que ainda continua priorizando as ações médico-curativas.

Outro ponto seria aumentar a integralidade dessas ações em seus diferentes níveis e necessidades, concretizando assim os princípios de regionalização e hierarquização dos serviços de saúde e investindo na reorganização desses serviços, através dos quais um “novo modelo” de assistência possa atender às reais necessidades de saúde da mulher, assegurando o desenvolvimento pleno de sua cidadania.

Portanto, essa transformação deverá estar apoiada nos princípios doutrinários do SUS, quais sejam: o acesso universal, a descentralização, a integralidade, a equidade, com participação da comunidade na identificação e resolução dos problemas de saúde prioritários (BRASIL, 2004b).

2.3 PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER (PAISM)

Leão e Marinho (2002) relatam que no final da década de 70, quando se pensava em saúde da mulher, imediatamente associava-se tal expressão aos problemas de saúde das mulheres grávidas, sendo que o principal interesse recaía na proteção da saúde do feto.

Na década de 80, uma conjugação de fatores promoveu uma inflexão nessa tendência histórica, criando condições para mudanças na definição de prioridades na atenção à saúde da mulher, que passou a ser discutida com mais intensidade nas universidades, nos sistemas formais de saúde e nas organizações sociais (TYRREL; CARVALHO, 1995).

As autoras afirmam que, em decorrência desse processo de mobilização social e de formação de alianças com as instituições formais de saúde, o Ministério da Saúde, em conjunto com líderes feministas e profissionais da saúde, iniciou a elaboração de normas e propostas capazes de garantir à mulher o atendimento de seus direitos reprodutivos, resultando na estruturação das bases fundamentais do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM).

As propostas de definição de prioridades na atenção à saúde da mulher, oriundas do movimento sanitário brasileiro e do movimento feminista, deram origem então ao PAISM, em 1983, que representou um marco na história das políticas públicas dirigidas às mulheres ao buscar romper com a tradicional perspectiva materno-infantil e com noções essencialistas de saúde, doença e reprodução. Apesar das dificuldades e impasses de sua implantação e consolidação, o programa continua sendo uma referência para o movimento de mulheres na luta pela saúde como direito de cidadania (PAIM, 1993).

A integralidade pensada na formulação do PAISM, no início dos anos 80, tinha por inspiração tanto os valores que norteavam o movimento sanitário quanto aqueles advindos da reflexão feminista, que contribuíram para a definição de políticas sociais de saúde de interesse das mulheres, e avanços na busca da emancipação da mulher cidadã sob a perspectiva de gênero. Dessa forma, incluía tanto a idéia de integração das distintas modalidades e níveis de assistência quanto a perspectiva da integralidade dos sujeitos sociais, sendo que as respostas aos problemas de saúde da mulher deveriam ser dadas numa perspectiva de atuação não limitada temporalmente. Como resultado, suas diretrizes propunham a

assistência à saúde nas diferentes etapas da vida das mulheres, tendo a integralidade como principal estratégia de reorganização dos serviços de saúde (LEÃO; MARINHO 2002).

Costa (1992) defendeu que a busca da emancipação da mulher sob a perspectiva de gênero passasse pela possibilidade de implementação dos princípios centrais da reforma sanitária e das diretrizes do Sistema Único de Saúde, quais sejam, respectivamente, a universalidade com equidade e a integralidade, assim como a descentralização e a participação social.

A cobertura universal na assistência prevista pelo PAISM depende da garantia de que o princípio constitucional seja efetivamente considerado nas políticas de saúde. Da mesma forma, a descentralização das ações e a garantia de financiamento aos municípios seriam as estratégias capazes de consolidar o projeto de uma assistência integral com qualidade, com sensibilização de profissionais na busca de melhoria da qualidade da atenção e humanização das práticas assistenciais (AQUINO, 1995).

Todavia, não se trata de abandonar a base conceitual de sustentação do PAISM como política de assistência à saúde das mulheres, ou de negociar qualidade de assistência em problemas focalizados. Ainda que a definição de prioridades de saúde seja necessária, embasada pela epidemiologia e respeitando-se as diferenças sociais e culturais de cada contexto, isso nunca deverá se dar em detrimento da compreensão da mulher como ser indivisível e singular, no plano social e no individual (COSTA, 1992).

2.3.1 A Saúde Reprodutiva da Mulher

No Brasil, o Ministério da Saúde adotou várias medidas para implementação da assistência pré-natal, como a organização de sistemas de atenção à gestante de alto risco, redução da taxa de cesáreas, incentivo aos partos normais, financiamento de equipamentos para maternidades, humanização do atendimento e publicação de normas técnicas atualizadas de atendimento durante o pré-natal, a gestação em situações de alto risco e emergências obstétricas (BRASIL, 1996a).

Nas normas técnicas de atenção à gestante, se prevê que a organização da atenção à saúde deva ser feita de modo a atender às necessidades das

mulheres, mediante utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos disponíveis para cada caso, e que esteja implícita na assistência a valorização dos sentimentos que a mulher vivencia, como medo, dúvidas, angústias, fantasias etc. Portanto, cabe às equipes de saúde dar à mulher acolhimento, apoio e confiança para que ela tenha mais autonomia para conduzir a gestação e o parto (BRASIL, 2000b).

A adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde que prestam a assistência, e portanto a opinião delas é um fator importante na associação entre a assistência pré-natal e os resultados perinatais.

Resgatar alguns conceitos sobre assistência pré-natal significa entender a importância dessa ação para a redução de riscos neste período, como veremos a seguir.

Barbosa (1981, p. 135) afirma que:

A boa qualidade, eficiência, freqüência e extensão da assistência pré-natal revelam, sem dúvida, o desenvolvimento de uma nação. A assistência pré-natal é, por si, capaz de reduzir, drasticamente as complicações da gestação e do parto e minimizar a mortalidade perinatal.

Faúndes *et al.* (1987, p. 102) acrescentam que:

Os objetivos principais da assistência pré-natal são assegurar uma evolução normal da gravidez; preparar a mãe para o parto, puerpério e lactações normais; identificar o mais rápido possível as situações de risco, para que seja possível prevenir as complicações mais freqüentes da gravidez e do ciclo puerperal. Diversos estudos descrevem a associação entre a assistência pré-natal e os resultados perinatais.

Puccini *et al.* (2003, p. 37) confirmam que:

A assistência pré-natal compreende um conjunto de atividades que visa à promoção da saúde da mulher grávida e do feto, bem como a identificação de riscos, para ambos. Sua ausência e/ou deficiência, comprovadamente, associam-se a maiores taxas de morbimortalidade neonatal, prematuridade, baixo peso ao nascer, retardo de crescimento intra-uterino e mortalidade materna.

Apesar de as políticas de saúde vigentes sempre reiterarem a importância da integração entre as fases do período gestacional, tal integração ainda não é alcançada plenamente, pois o acompanhamento dos indicadores revela precária assistência aos pré-natais, com alta incidência de doenças evitáveis na gravidez.

No município, porém, a situação desses indicadores é estável.

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Verificar se a organização dos serviços e práticas de saúde voltados à mulher no ciclo gravídico-puerperal em Dourados, MS, de acordo com a ótica de puérperas usuárias do SUS, está pautada nos princípios da integralidade da assistência.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar a assistência materna prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, quanto à organização dos serviços e das práticas de saúde adotadas nas UBS e UBSF.
- Mostrar como está o acesso às ações e serviços de saúde.
- Verificar as opiniões que as puérperas expressam a respeito da assistência materna.

4 O PROCESSO DE INVESTIGAÇÃO

4.1 DESCRIÇÃO GERAL DO ESTUDO

Esta pesquisa, desenvolvida no curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, é uma investigação descritiva, de corte transversal, comparativa e com desenho qualitativo, utilizando o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) na análise dos discursos (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

Minayo (1994, p. 22), esclarece que a pesquisa qualitativa busca "compreender os fenômenos segundo a perspectiva dos sujeitos, ou seja, dos participantes da situação em estudo". Para tanto, lida com um nível da realidade que não é passível de quantificação, ou seja, o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

A abordagem qualitativa foi escolhida porque nos interessava compreender a assistência materna a partir das falas das puérperas usuárias do SUS que fizeram o pré-natal na rede nesse município. Para isso, levantamos informações diretamente com as entrevistadas, acerca de sua visão da assistência recebida.

Para Minayo (1996, p. 108) os cientistas costumam denominar essas informações de "subjetivas", pois elas alcançam uma maior profundidade da realidade, uma vez que só podem ser conseguidas com uma contribuição dos atores sociais envolvidos.

Foi solicitado por escrito à autoridade responsável pelo Hospital Evangélico Dr. e Sr.^a Goldsby King – Setor Hospital da Mulher Dourados, MS, autorização para a realização da pesquisa (Apêndice A). Encaminhamos o projeto ao Comitê de Ética em Pesquisa envolvendo seres Humanos, da UFMS, para análise e aprovação. Em reunião ordinária em 6 de setembro de 2005, o projeto foi aprovado, por encontrar-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde (Anexo A).

Primeiramente, foram coletadas nos prontuários informações (dados secundários) referentes à identificação das entrevistadas. Para isso elaboramos um documento (Apêndice B) que serviu de orientação para a seleção das mulheres

entrevistadas. Também fizemos algumas observações durante suas entrevistas no ambiente hospitalar.

As entrevistas foram precedidas pela leitura e assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice C). Em seguida, procedeu-se à seleção e identificação das entrevistadas. Por fim, foi realizada a entrevista (Apêndice D), com uma questão norteadora: “Na sua opinião, como foi o seu atendimento desde que você engravidou até agora? Como você vivenciou esse período?”. A seguir, pedimos que a entrevistada discursasse sobre o tema, após o que fizemos algumas interferências com abordagens semi-estruturadas, que foram norteadas por categorias que embasaram a pesquisa, sem respostas ou condições pré-determinadas pelo pesquisador. Deixamos que a entrevistada respondesse em seus próprios termos, visando assim abrir o campo de explanação da entrevistada, aprofundando o nível de informações ou opiniões que as puérperas expressam a respeito da assistência materna, revelando seu nível de satisfação com o atendimento recebido.

Segundo Cruz Neto (1995, p. 57), a entrevista é o procedimento mais usual no trabalho de campo, para obtenção de dados objetivos e subjetivos sobre determinada temática: “a entrevista faz parte da relação mais formal do trabalho de campo, em que, intencionalmente, o pesquisador recolhe informações, através da fala dos atores sociais”.

Não desprezamos as informações ímpares, ou seja, apenas o que uma puérpera falou sobre determinado aspecto, pois o conjunto das informações obtidas pela entrevista possibilita a apreensão de semelhanças, diferenças e contradições contidas na totalidade de expressões que a pesquisa buscou alcançar.

Este estudo não teve a intenção de esgotar as discussões sobre a assistência recebida pelas mulheres em Dourados, mas caracterizar a assistência materna prestada às mulheres no ciclo gravídico-puerperal quanto à organização dos serviços e das práticas de saúde adotadas nas UBS e UBSF; mostrar como está o acesso às ações e serviços de saúde; verificar as opiniões que as puérperas expressam a respeito da assistência materna, de maneira a contribuir para que a mulher, utilizando os serviços, possa receber uma atenção que contemple suas reais necessidades.

4.2 SUJEITOS DO ESTUDO

Das 66 puérperas que fizeram o pré-natal na rede SUS em Dourados e que deram à luz nos meses de junho a agosto de 2005, MS, 25 provinham das UBS e 41 das UBSF.

4.3 CONTEXTO DO ESTUDO

A pesquisa foi desenvolvida na área da saúde da mulher, mais especificamente no ciclo gravídico-puerperal, após o parto, que foi realizado na rede SUS de Dourados.

O município de Dourados, fundado em 1935, situa-se em terras planas, ricas e produtivas, com clima agradável e uma população laboriosa, comunicativa e hospitaleira. Dourados é conhecida como Capital Econômica de Mato Grosso do Sul. Localiza-se na região sul do Estado, com uma área de 4 086,90 km², a 221 km de Campo Grande, 266 km de Guairá, PR, e 120 km do Paraguai. As principais rodovias de acesso são a BR 163 (Campo Grande–Dourados–Naviraí), a BR 463 (Dourados–Ponta Porá) e a BR 267 (Porto Quinze–Porto Murtinho) (GRESSLER, 1995).

A população é estimada em 183 000 habitantes. O município destaca-se como zona de influência de toda a extremidade sul e sudeste do Estado. Convergem para Dourados, em busca de serviços, mais de 33 municípios sul-mato-grossenses (IBGE, 2004).

O atendimento à saúde é realizado por 9 Unidades Básicas de Saúde, 19 Unidades de Saúde da Família (sendo 7 na zona área rural e 2 na Reserva Indígena), 7 unidades de referência (atendimento secundário) e 9 hospitais, embora apenas o Hospital Evangélico Dr. e Sr.^a Goldsby King – Setor Hospital da Mulher Dourados, MS, popularmente conhecido como Maternidade, conveniado pelo SUS, seja específico para o atendimento às gestantes.

O Hospital da Mulher de Dourados, ativado em 20 de dezembro de 2000, vem superando todas as expectativas da comunidade douradense e da região, tendo sido indicado pra receber prêmio da UNICEF. No primeiro ano de funcionamento foram ali realizados 2 884 partos, dos quais 2 023 foram normais (70,15%) e o restante cesáreos.

Sendo essa uma instituição tradicional no município e específica para os atendimentos as gestantes, foi escolhida como local para a realização do estudo. Realiza-se ali uma média de 253 partos por mês. Possui 12 enfermarias, 37 leitos destinados à obstetrícia, uma sala de pré-parto com 6 leitos, uma ala perinatal e neonatal, UTI neonatal, sala para amamentação e uma ala de pediatria com 12 leitos. Além dos partos, são feitos também, na maternidade, cirurgias e procedimentos ginecológicos. Nos meses da coleta dos dados, foram realizados 768 partos.

4.4 CRITÉRIOS PARA SELEÇÃO DOS SUJEITOS

O número de participantes não foi estabelecido previamente, em concordância com o que salienta Minayo (1999). Segundo essa autora, a totalidade de uma amostra qualitativa não é dada, mas é construída, devendo-se apenas ter a preocupação de contemplar todos os atores sociais envolvidos com a questão, tornando-se a repetição das informações um indicativo da suficiência da amostra em suas múltiplas dimensões.

Ante o exposto, como se trata de uma pesquisa qualitativa, todas as mulheres que deram entrada na maternidade para fazerem o parto passaram a integrar o grupo-alvo da pesquisa, obedecendo-se apenas às condições de terem realizado o pré-natal na rede SUS em Dourados, concordarem em participar da pesquisa e terem condições intelectuais, emocionais e físicas para participar das entrevistas. Por ser a população muito grande, resolvemos optar pela amostragem por conveniência, também chamada de intencional, que é aquela em que o pesquisador decide, de acordo com seus objetivos, os elementos que irão compor a amostra.

4.5 PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Os dados de interesse para a pesquisa foram coletados das puérperas na maternidade, por meio de entrevistas gravadas em fitas cassete, buscando-se responder aos objetivos específicos da pesquisa e utilizando-se como guia um roteiro previamente construído, cuja finalidade é a de facilitar a organização dos dados obtidos.

Depois de solicitada a permissão das puérperas, as entrevistas foram realizadas e tiveram duração aproximada de 20 a 30 minutos. Foram então transcritas literalmente, omitindo-se porém os nomes dos envolvidos na assistência, os excessos e os vícios de linguagem, para que houvesse fluência no texto. Para garantir o anonimato foi usado um código de identificação das participantes.

De posse dos discursos dos sujeitos, que expressavam situações e experiências vivenciadas durante seu atendimento na rede básica de saúde, foram feitas sucessivas leituras do material, a fim de se perceber mais claramente, o sentido das falas, permitindo descobrir e vislumbrar que os discursos individuais possuem ligações concretas entre si.

Foram recortados trechos das entrevistas com base nas categorias selecionadas, fazendo-se uma ordenação com as idéias centrais contidas nos discursos das puérperas, sendo essas idéias transformadas em discursos do sujeito coletivo (Apêndice E), que expressam uma referência coletiva na medida em que esse eu fala em nome de uma coletividade (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

4.6 ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

O DSC, como instrumento metodológico, proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal obtidos em entrevistas, evidenciou o referencial teórico utilizado: Princípios e Diretrizes do SUS. Assim, pudemos descobrir as relações de um suposto problema com as teorias já existentes, antecipadas nas hipóteses ou pressupostos do estudo.

Os dados obtidos foram organizados em três categorias de análise-síntese das idéias centrais semelhantes, para melhor visualização das características da assistência materna: formas de organização dos serviços e o processo de trabalho no atendimento a mulher; acesso às ações e serviços de saúde; opinião das usuárias sobre a assistência recebida.

O método se baseia na aplicação de quatro figuras metodológicas: expressões-chaves, idéia central, tema e ancoragem.

Analisou-se o material verbal coletado, extraído-se de cada um dos depoimentos as expressões-chaves, referentes a cada subcategoria, salientando-as com uma cor determinada, montando-se assim o instrumento de análise de discurso IAD1. Retiramos então as idéias centrais e montamos o instrumento de análise de

discurso IAD2, agrupando-as por subcategorias contendo todas as expressões-chaves, com suas respectivas idéias centrais semelhantes. Finalizando, compusemos um ou vários discursos-síntese na primeira pessoa do singular, sinalizando a presença de um sujeito individual no discurso.

As Expressões-Chaves (ECH) são pedaços, trechos ou transcrições literais do discurso que devem ser destacadas de alguma forma pelo pesquisador, revelam a essência do depoimento e, em geral, correspondem às questões da pesquisa. Devem ser concretas, expressivas, abundantes, afetivas e literárias. As idéias centrais (ICs) constituem nomes ou expressões lingüísticas que revelam e descrevem, da maneira mais sintética, precisa e fidedigna possível, o sentido de cada um dos discursos analisados, referenciando o que a entrevistada quis dizer, e de cada conjunto homogêneo de ECH, que vai dar origem, posteriormente, ao DSC.

Vale ressaltar que a IC não é uma interpretação, mas uma descrição do sentido de um depoimento ou de um conjunto de depoimentos. AS ICs podem ser resgatadas através de descrições diretas do sentido do depoimento, revelando o que foi dito ou através de descrições indiretas ou mediatas, que revelam o tema do depoimento ou o saber que o sujeito enunciador está expondo. O DSC é um discurso-síntese redigido na primeira pessoa do singular e composto pelas ECH que apresentam a mesma IC (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2003).

O tema, por sua vez, é o assunto que está em pauta, o que não se configura em categorias, pois categoria é a síntese das idéias centrais semelhantes, detectadas na análise de cada um dos depoimentos, considerados isoladamente.

A ancoragem (AC) é a expressão de uma dada teoria, ideologia, crença religiosa professada pelo sujeito e que está embutida em seu discurso como se fosse uma afirmação qualquer, mas que se encontra alicerçada em pressupostos, teorias, conceitos e hipóteses. Neste estudo, a ancoragem se encontra nos pressupostos teóricos levantados na revisão bibliográfica sobre o tema da pesquisa. As ancoragens não foram destacadas neste estudo.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Serão apresentados os Discursos do Sujeito Coletivo nas categorias de análise a seguir.

5.1 FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS E DAS PRÁTICAS DE SAÚDE NO ATENDIMENTO À MULHER

Nessa categoria, descrevem-se as formas de organização dos serviços (modelo assistencial) e as práticas de saúde no atendimento à mulher no período gravídico-puerperal nos diferentes modelos existentes na cidade de Dourados, enfocando as seguintes subcategorias: a) organização da demanda; b) trabalho em equipe; c) práticas informativas/educativas.

Essas subcategorias emergiram do referencial teórico que subsidiou o estudo e, por meio das falas das entrevistadas, dão visibilidade às formas como se organizam esses serviços de saúde.

A organização dos serviços de saúde, ou seja, o modelo técnico assistencial, tem como base a diretriz operacional do SUS, que deve atender a todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal (FRANCO *et al.*, 1999).

Paim (1994b) orienta que se deve organizar o processo de trabalho com qualidade e de forma ágil sobre a demanda por oferta de serviços de saúde, com a aplicação de protocolos junto às unidades de saúde, interagindo na troca de informações e visando à uniformização da assistência de modo a otimizar seu impacto.

5.1.1 Organização da demanda

Para analisar essa categoria, consideramos que demanda é a atitude do indivíduo de procurar os serviços de saúde (demanda espontânea). Adotamos também o conceito de oferta programada (organização/programação dos serviços) (PINHEIRO, 2001).

O Ministério da Saúde estabelece a todos os gestores do SUS que quando se fala em atendimento às demandas, os profissionais devem atender de forma

normatizada à demanda espontânea e programar a oferta (demanda programada), adotando práticas consoantes com os princípios preconizados pelo SUS (BRASIL, 2003).

O principal aspecto que levou as gestantes a procurar os serviços de saúde no município acompanhou o perfil de necessidades de serviços da população estudada, ou seja, o atendimento de rotina no pré-natal, sendo a demanda espontânea e a demanda programada corroboradas pelos discursos das participantes.

IC: Gestante tem prioridades, não tem que enfrentar filas

UBS: {B001, B006, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B022, B041, B042, B044, B046, B047, B048, B049, B050, B054, B057, B059, B066}

DSC A: *O atendimento da gente era agendado com antecedência, sempre de um mês pro outro, não precisa enfrentar fila, não precisava ir de madrugada, pegando friagem, como precisa quando a gente não é gestante.*

UBS: {B002, B019, B05, B055, B056}

DSC B: *Qualquer dia podia ir, não era agendada não, o pré-natal eles marcam de um dia pro outro, ou vai cedo marca, e tarde volta. Ou eu ligava lá, as moças marcavam daí no outro dia eu ia. Às vezes no mesmo dia que eu marcava eu já era consultada...*

O que foi evidenciado por meio dos discursos é que nas UBS, a maioria das puérperas oriundas do serviço de pré-natal relatou ter havido facilidade no agendamento à demanda: o atendimento na rede básica se dava por meio do agendamento da clientela com antecedência de um mês.

Algumas mulheres atendidas nas UBS mantiveram a IC de que as gestantes têm prioridades (não têm de enfrentar filas), mas deram maior ênfase à facilidade em seus atendimentos, não tendo sido necessário o agendamento com antecedência, o que reforça a tese de que a demanda não foi programada.

Das puérperas que realizaram o pré-natal nas UBSF, a maioria também mencionou facilidade no atendimento à demanda: os atendimentos foram agendados com antecedência pelo agente de saúde ou por telefone, como mostram os discursos A e B abaixo. Dentre as usuárias, apenas uma pequena parcela apontou que a demanda era programada, ou seja, existia um dia especial para gestantes, configurando assim que a oferta era programada. Portanto, algumas equipes cumprem as diretrizes estabelecidas pelo Programa de Saúde da Família; outras, não.

IC: Gestante tem prioridades, não tem que enfrentar filas

UBSF: {F003, F004, F005, F007, F012, F013, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F038, F043, F044, F045, F052, F053, F058, F060}

DSC A: *Elas [consultas] eram agendadas pelo agente de saúde...*

DSC B: *Eu saía de lá e já marcava a data para eu consultar no próximo mês, tinha o dia especial da gestante...*

DSC C: *Era agendada, a gente ligava, porque gestante podia ser por telefone. Não tinha um dia certo na semana não, o dia que você quisesse ir você ia...*

UBSF: {F029, F040}

DSC D: *Elas [consultas] não eram agendadas, eu chegava lá e tinha consulta, no mesmo dia que eu marcava eu já era consultada. Eu ia cedo, marcava e de tarde eu consultava. A agente de saúde ela passa em casa, mas passa de mês em mês, aí se você quer alguma coisa você tem que procurar no posto.*

Já uma parcela mínima relatou que o atendimento à demanda não era agendada com antecedência, podendo-se buscar o atendimento em qualquer dia, o que evidencia facilidade no agendamento.

Considerando que os profissionais devem atender de forma normatizada à demanda espontânea e programar a oferta, vemos que tanto nas UBS quanto nas UBSF o atendimento à demanda nos dois modelos existentes se deu, em sua maioria, pelo sistema de agendamento, embora não sendo programado, ou seja, os modelos desenvolvem intervenções que simplesmente atendem às demandas, aguardando os casos que chegam espontaneamente, com um nível mínimo de ações programáticas.

Paim (1994b) confirma a importância de se estruturar a atenção à saúde num modelo assistencial de base epidemiológica, propondo que na atual organização de oferta de serviços de saúde predomine a oferta organizada no atendimento, articulando-se com a demanda espontânea.

Para alguns autores, a crise na qualidade da assistência dos serviços de saúde tem exigido modificações no modelo assistencial. Há 14 anos, Weber (1992) já comentava que inovações importantes na organização do processo de trabalho vinham sendo experimentadas. Ao longo do tempo, procedeu-se à uniformização das práticas, ou seja, a um protocolo único de atendimento, que vem se mostrando cada vez mais como uma poderosa ferramenta capaz de integrar e organizar demandas e melhorar consideravelmente a qualidade e a produtividade dos serviços.

Testa (1993) confirma que a uniformização de condutas é muito importante para a melhoria da qualidade assistencial. Portanto, faz-se necessário

que os gestores revejam as normatizações e se adequem a elas para que se alcance uma melhor qualidade na assistência prestada.

Tendo-se em vista o que apontam esses autores, não há em Dourados uma uniformização no atendimento às demandas nos dois modelos existentes, uma vez que cada unidade segue uma rotina na organização de sua demanda, sem seguir um protocolo único municipal de organização da demanda, o que pode repercutir negativamente na organização dos serviços ofertados às gestantes.

Os discursos também evidenciam que, apesar do fácil acesso ao agendamento, algumas gestantes chegavam à unidade de saúde e já permaneciam ali para serem atendidas no período da tarde. Em suas falas, porém, mostraram-se indiferentes a essa espera, como mostra o discurso abaixo.

IC: Gestante tem prioridades, não tem que enfrentar filas

UBSF: {F029, F040}

DSC E: *Era simples, chegava de manhã, marcava, já ficava, à tarde já era atendida...*

Quanto ao desconhecimento dos direitos à saúde, e mais especificamente ao atendimento pré-natal, as falas exprimiram o conformismo em relação ao atendimento, uma vez que as entrevistadas não expressaram que essa longa espera constituísse um problema, mas apenas um procedimento comum.

Arantes (2002) relata que a valorização do usuário do serviço de saúde como sujeito de direito, participante, emergiu a partir dos anos 90, e que até a década de 80 o modelo de assistência à saúde no país era centrado na perspectiva caritativa. Observamos que isso se estende até os dias de hoje: o acesso à saúde, mais especificamente à medicina pública, significa para essas usuárias do SUS submissão ao poder, à vontade e à ação do outro — neste caso, os profissionais de saúde.

Cabe notar que essa situação aplicou-se à minoria das entrevistadas, reforçando a tese de que, cada vez mais, as usuárias dos serviços de saúde vêm conquistando o papel de sujeitos — em vez de simples objetos —, providos de autonomia, vontades e direitos, transformando as velhas noções de “favor” e “caridade” em cidadania e direitos (DINIZ, 2002).

Na Constituição Federal de 1988, ocorreu a incorporação da saúde como direito de cidadania. Esse direito fixou atributos para o Estado, com o objetivo de mudar seu relacionamento com a sociedade. O direito à saúde também levou as

questões relativas ao acesso aos serviços de saúde para o centro dos debates. Nesse sentido, o direito à saúde tornou-se direito universal a serviços locais de atenção à saúde (BRASIL, 1988).

Em consonância com os princípios da universalidade do acesso e da igualdade da assistência, o texto constitucional aponta para a organização do sistema de acordo com as seguintes diretrizes: descentralização, atendimento integral e participação da comunidade.

O que fica claro na afirmativa acima é a necessidade de haver um ponto de equilíbrio entre o direito e o dever da usuária, devendo portanto haver um serviço descentralizado, oferecido de forma integral, apoiando-se a participação plena das mulheres em todos os níveis de atendimento.

Considerando que o Ministério da Saúde preconiza que o PSF deve ser concebido como eixo estruturante para reorganização da atenção básica, e tendo como premissa principal priorizar a oferta dos serviços a partir da organização da demanda, é sabido que a falta de organização pode fragmentar a prestação dos serviços quando não acompanhada de estratégias de coordenação e de promoção da equidade (BRASIL, 2003).

Esse ordenamento da demanda deve se dar através de instrumentos gerenciais, tais como diagnóstico, planejamento, programação, acompanhamento, controle e avaliação do processo de trabalho em busca da resolutividade dos problemas da coletividade (BRASIL, 2004d).

Se pensarmos que a organização da demanda propicia o fortalecimento do princípio organizacional e serve como porta de entrada no sistema, então a organização da demanda necessita de uma melhor estruturação e implementação de estratégias a partir da organização da demanda nos serviços de saúde nesse município.

5.1.2 Trabalho em Equipe

Uma das determinações estabelecidas pelo Ministério da Saúde para os gestores é que, nos municípios que buscam introduzir novos modelos de organização dos serviços e do processo de trabalho, evidencia-se a necessidade de substituir o trabalho isolado pelo trabalho em equipe. A isto se referem estes discursos:

IC: Só o médico participou do meu pré-natal

UBS = {B001, B002, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B019, B022, B041, B046, B048, B049, B050, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A: *Só o médico participou do meu pré-natal, mais ninguém. Mas isso não é bom, se tivesse uma palestra do dentista, ou da enfermeira era bom. Porque na verdade, às vezes o médico tá tão preocupado com muita gente pra atender, e acontece que às vezes ele não tem tempo pra gente...*

IC: Teve a participação de outras pessoas

UBS: {B006, B042, B047}

DSC A: *Sim, a enfermeira fez palestras.*

Com relação à subcategoria trabalho em equipe, a maioria das puérperas advindas das UBS relatou a inexistência de trabalho em grupo, pois não ocorreu efetiva participação de todos no processo de trabalho. Assim, foi possível identificar que as usuárias consideraram não ser bom que apenas um profissional atue, mas que seria muito bom se houvesse outros profissionais envolvidos em sua assistência.

Apenas uma minoria das entrevistadas advindas das UBS informou haver assistido à palestra proferida pela enfermeira. Isso revela que a lógica do atendimento nesses serviços está centrada, em sua maioria, no atendimento individual realizado pelo médico, mostrando claramente o modelo de atenção existente, em que impera a figura do médico, em modelo clínico que caracteriza fortemente o modelo clássico, biológico.

Já nas UBSF, embora vários profissionais tenham sido referidos, as entrevistadas informaram haver sido consultadas somente pelo médico. É o que evidencia o discurso abaixo.

IC: Teve a participação de outras pessoas

UBSF: {F003, F005, F007, F013, F018, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F029, F033, F035, F036, F037, F038, F039, F040, F043, F044, F052, F053, F058, F060, F061, F062, F063, F064, F065}

DSC A: *No PSF teve a participação de várias pessoas, além da médica, o dentista, a enfermeira, sempre que a gente ia, ela também atendia é muito boa, o agente também. Mas as consultas foram só com o doutor mesmo...*

Pinheiro (2001) é categórico ao afirmar que não basta compor equipes com vários profissionais, sendo necessária a efetiva participação de todos no processo de trabalho, com um conjunto de valores, crenças e idéias tais que todos atendam de forma integrada e compartilhada, visando à integralidade da assistência.

Peduzzi e Schraiber (2005) vão além, colocando que o trabalho em equipe precisa contemplar pelo menos três aspectos: a articulação das ações, a interação desses profissionais e a participação dos usuários a quem se destina o trabalho em equipe. Afirmam que a eficiência, eficácia e efetividade das intervenções resultam de uma produção coletiva.

Para essas autoras, tal articulação representa a certeza da extensão da cobertura dos serviços de saúde, no sentido de ampliar o acesso aos serviços. Com base nisso, podemos afirmar então que o trabalho em grupo constitui um conjunto articulado de ações executadas por um elenco também variado de agentes.

Starfield (2002), por sua vez, afirma que o trabalho em equipe ajuda na eficiência do serviço. Assim, os papéis são definidos de acordo com as tarefas que necessitam ser realizadas. Contudo, médicos, enfermeiras e dentistas trabalham juntos para um melhor desenvolvimento da atenção às pacientes.

Esse compartilhamento se produz na forma de co-responsabilização, que pode se efetivar por meio de ações conjuntas, tais como discussões de caso, intervenções junto às famílias e comunidades e proposição de atividades específicas, além das desenvolvidas pela equipe de saúde local e que exigem intersectorialidade (BRASIL, 1999).

Para finalizar, nas UBSF ocorreu a prática em grupo, embora tenhamos identificado sua inexistência em relação à integração/articulação da equipe de saúde, pois o trabalho em equipe mostrou-se desarticulado, desintegrado entre os diversos profissionais e com baixa participação das gestantes nas atividades do programa no município.

5.1.3 Práticas Informativas/Educativas

Considerando que para a mudança do modelo assistencial são necessários novos saberes e novas práticas de atenção à saúde, essa categoria de análise precisa ser privilegiada, uma vez que refletirá mudanças importantes no processo de trabalho das equipes de saúde. Detectamos dois tipos de práticas educativas — individual e em grupo —, como mostram os discursos abaixo.

IC: Práticas educativas individuais

UBS: {B001, B002, B006, B008, B009, B010, B014, B022, B041, B046, B048, B049, B050, B054, B056, B057, B059, B066}

DSC A: ...As informações que eu recebia, a respeito das coisas, era só o médico que dava. Não tinha outra pessoa, enfermeira nenhuma me orientava. Só o médico, as orientações ele dava dentro do consultório. Se tivesse uma palestra do dentista, ou da enfermeira de como cuidar do bebê essas coisas assim seria bom. Porque na verdade, às vezes o médico ta tão assim, preocupado com muita gente pra atender, e às vezes, tem alguma informação que às vezes falta, então acontece às vezes que ele não tem tempo pra ele responder tudo. Às vezes, eu perguntava pra minha mãe, mas ela falava mais pra eu perguntar pra ele, aí eu perguntava e ele respondia...

DSC B: ...As informações que eu recebia era da enfermeira a gente sempre marcava consulta com ela, e ela conversava com a gente, explicava antes do parto, depois do parto aí, ela da palestra, mais é individual. O médico não deu orientação, foi só a enfermeira...

DSC C: ...Não recebi orientação, assim, “entre aspas”, bem pouco, nem o médico me falava nada, as informações foi outra pessoa, não de profissional de saúde...

DSC D: ...Uma assistente que ajuda a gente, aí, ela da palestra, mais é individual. O médico não deu orientação, foi só a assistente...

IC: Práticas educativas em grupo

UBS = {B011, B016, B019, B042, B047, B051, B055}

DSC A: ...Sempre havia palestras em grupo lá no posto, às vezes que eu ia fazer pré-natal o médico sempre dava uma dica, falava da amamentação. O médico mesmo quem falava. E todas as dúvidas eles explicava...

DSC B:...A enfermeira que dava essas palestras, ela falava sobre o cartão da gestante, sobre como amamentar, como cuidar do bebê. Ela só não falou o que eu faço agora depois de ganhar o nenê. Isso aí ela não falou não...

DSC C: ...Teve as palestra, mas eu não participei de nenhuma, porque era de manhã, e pra eu ficar indo pra lá, ficava muito difícil, porque não é tão perto da minha casa...

DSC D: ... Não participei porque é no horário ruim, eu trabalho. É, aí quando eu tinha alguma dúvida eu perguntava nas consultas pro médico. O horário das reuniões era uma hora da tarde, e era muito difícil ir uma hora de novo, aí não participei...

DSC F: ...Não participei. Porque eu ficava mais em casa, porque o médico me proibiu de andar de bicicleta, a pé, então ficava difícil daí, meu marido trabalha...

DSC G: ...Tinha, eu sempre via o recado na parede, mas eu não ia. Porque é longe, então eu ia mesmo só pra consultar...

As usuárias advindas das UBS relataram, em sua maioria, que as práticas informativas/educativas eram individuais. Apenas uma parcela menor apontou que as práticas eram feitas em grupo. Cabe destacar nesta análise que, mesmo existindo práticas educativas em grupo, as falas referiam-se à não-participação, uma vez que é opcional à mulher participar.

Nas UBSF isso não foi diferente: a maioria relatou que as práticas informativas/educativas eram individuais e uma parcela menor informou que as práticas educativas/informativas eram feitas em grupo.

IC: Práticas educativas individuais

UBSF: {F004, F005, F007, F012, F015, F017, F020, F021, F026, F027, F029, F030, F031, F036, F038, F040, F043, F044, F045, F058, F060, F061, F063, F064}

DSC A: *...Não participei de nenhum grupo de gestantes. Só consulta com a enfermeira. Não tinha palestra com um monte de gente, era só eu e ela, ou o médico...*

DSC B: *...Não, eu não participei porque eu trabalhava. As dificuldades que eu tinha, a agente de saúde me informava, porque o médico olha, ele assim, praticamente, ele nem viu meu exame, foi à enfermeira que viu...*

DSC C: *...As informações só eram através da enfermeira, inclusive em livros que elas dão lá, inclusive ela me deu um de massagem muito interessante, sobre amamentação, um monte de coisa ela me deu pra levar pra casa. Vivia lendo, Ela falou inclusive dos anticoncepcionais, que tem um que pode ser usado na amamentação, ela falou pra eu procurar ela...*

DSC D: *...Os médicos não falaram nada não. Eu mesmo que me cuidava. Ninguém me orientou em nada, ninguém da unidade, então realmente tem esse detalhe que ficou essa falha né? Que precisava ter dado mais orientações de como que é o parto, da onde que eu vinha fazer o parto. As minhas dúvidas as minhas vizinhas me falavam. Tinha enfermeiro que atendia lá, mas ele não me atendeu, só as pessoas de fora de lá que me falava, as coisas quando eu tinha dúvida eu perguntava pra outras pessoas, era por umas senhoras que tem no grupo da pastoral da saúde da comunidade, e também por minha mãe que me orientou.*

IC: Práticas educativas em grupo

UBSF: {F003, F013, F018, F023, F024, F025, F028, F032, F033, F034, F035, F037, F039, F052, F053, F062, F065}

DSC A: *A enfermeira é quem dava as palestras, cada vez era um tema, e tinha as reuniões semanais. Tinha bordado também. Tinha um dia da semana que nós tínhamos atividades pra distração, pintura, caminhada. Era bom, porque aí nesses bordados você acaba trocando experiência umas com as outras né? E quem dava o curso eram as próprias agentes de saúde, a idéia partiu delas, das agentes. Foi bom, porque eu aprendi bastante coisa. Eles ensinam muita coisa. Como cuidar da roupa do neném, lavar, que tem que dar de mamar.*

Os discursos acima evidenciam a falta de adesão às ações educativas pelos profissionais e pacientes nas UBS e UBSF e que, quando havia profissionais, estes as realizavam de maneira verticalizada, com temas prontos, permitindo pouca ou nenhuma interação com a clientela. Chama a atenção a necessidade de aperfeiçoamento dos profissionais, pois apreende-se dos discursos que esses trabalhadores não valorizaram a orientação em grupo.

No âmbito do PSF, a educação em saúde surge como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe de saúde da família. Portanto, espera-se que essa equipe esteja capacitada para a assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à

saúde na clientela assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde–doença e desenvolvendo processos educativos para a saúde voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997a).

Tyrrel e Carvalho (1995) salientam que desde a implantação do PAISM as práticas educativas foram estimuladas com o desenvolvimento de várias atividades de cunho informativo/educativo nas unidades de saúde, com vistas à promoção do autoconhecimento e da auto-estima das mulheres, por meio de oficinas e outras abordagens grupais com enfoque participativo.

Leal *et al.* (2004) apontam que, embora a gestação seja entendida como um fenômeno fisiológico, os benefícios da educação em saúde na assistência pré-natal são incontestáveis.

Ziegel e Cranley (1985, p. 4) frisam que é “durante a gravidez que os profissionais de saúde dispõem de um período ideal para promover intervenções de saúde e para fornecer orientações que visem o cuidado da mulher e de sua família, devendo detectar áreas defasadas no cuidado à saúde das gestantes que atendem”.

O Ministério da Saúde orienta que as informações sobre as diferentes vivências devam ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde, pois a troca de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do período gravídico-puerperal, devendo ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal (BRASIL, 2000a).

Para Levy (2000), a educação em saúde deve oferecer condições para que as pessoas desenvolvam o senso de responsabilidade, tanto por sua própria saúde como pela saúde da comunidade, o que merece consideração como um dos mais importantes elos entre as perspectivas dos indivíduos, os projetos governamentais e as práticas de saúde.

Nesse sentido, Kawamoto (1993) e Levy (2000) ressaltam que as ações educativas em saúde são processos que visam capacitar indivíduos e/ou grupos de modo que possam assumir ou auxiliar a melhoria das condições de saúde da população.

Collet e Rosso (1999) revelam que, na maioria das vezes, o enfermeiro atua como um mero repassador de informações, sem fazer uma reflexão da realidade local, levando em consideração as políticas oficiais de saúde.

O Ministério da Saúde ressalta que o foco principal do processo de orientação/informação deve ser a gestante, incluindo, porém, seu companheiro e familiares (BRASIL, 2000b).

Algumas entrevistadas mostraram-se insatisfeitas com a falta de outros profissionais nessa atividade. Nas situações em que apenas um profissional atuou como figura principal da comunicação, apenas o médico transmitiu itens específicos para que a paciente lidasse com seus problemas, preocupações e necessidades.

Pensando nisso, é que destacamos como problema a orientação pouco direcionada às necessidades do grupo, pois as orientações restringiram-se ao simples repasse de informações, denunciando problemas relacionados com a falta de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais quanto à realização adequada dessa atividade. As conseqüências disso ficaram explícitas nos discursos em que as entrevistadas apontam ter achado insuficientes as orientações sobre como seria o parto, onde o fariam etc., além de não haverem contado com informações de outras pessoas fora da área da saúde que sanassem suas dúvidas.

Portanto, os conteúdos das práticas em grupo não cobriram todas as necessidades e dúvidas das gestantes, tanto nas UBS quanto nas UBSF. Se por um lado os profissionais não cobriram as necessidades dos grupos, por outro as gestantes também não se dirigiram à unidade, tornando impossível promover ações educativas em saúde. Cabe destacar que essa resistência pode ser superada se houver participação dos profissionais e das usuárias no processo educativo.

O que acontece, muitas vezes, é que a maioria dos profissionais de saúde, especialmente os médicos, conta com tempo de consulta demasiado curto para poder oferecer à paciente explicações sobre diagnóstico ou tratamento. Mesmo nesses casos, a paciente continua necessitando de informação e tendo direito a ela.

Deve-se proporcionar às pacientes e a seus acompanhantes no pré-natal informações sobre qual serviço procurar no momento do parto, bem como orientar sobre os sintomas da fase ativa do parto. Estes podem ser recursos muito importantes para promover a ida oportuna da parturiente ao serviço. Parturientes e parceiros devem ser informados de como a gravidez está evoluindo e de qualquer problema que possa se manifestar.

Os resultados da pesquisa de Arantes (2002) mostraram que a população em geral, e particularmente a mulher, tem sido preparada e instruída para a submissão, evidenciando a existência de relações estruturais rígidas e verticais em

todas as relações humanas, o que também se manifesta na relação médico-paciente, não havendo assim lugar para o diálogo.

Outro problema detectado foi a utilização do material de apoio de forma inadequada, pois foi oferecido material didático para a gestante ler em casa. Essa foi uma estratégia adotada, segundo os discursos. Essa conduta não significa que a gestante esteja sendo orientada, pois o material de apoio requer discussão, interpretação, mesmo quando conta com ilustrações e é de distribuição gratuita.

Podemos constatar que as atividades educativas em grupo não constaram da oferta de serviços, o que se reflete negativamente no indicador de implementação do novo modelo assistencial.

Do que foi apreendido dos discursos, essa deficiência está associada à falta de comprometimento da equipe com a mudança, pois a prática educativa exige o conhecimento da realidade local, além de uma visão crítica daqueles que se propõem a desenvolver qualquer temática. Para Kawamoto (1993), a educação em saúde deve estar baseada na reflexão crítica do grupo quanto aos problemas e às ações necessárias à melhoria da qualidade de vida.

Com isso, acreditamos que o PSF deveria oferecer oportunidade ímpar para o desenvolvimento dessas atividades. Almeida (2001b) recomenda a sistematização do componente educação em saúde pelas equipes de PSF, sugerindo a aplicação de uma metodologia de educação popular, formando-se grupos de interesses comuns, oportunizando-se discussões com a comunidade e promovendo-se a aproximação dos profissionais com os movimentos sociais.

Alguns autores apontam que para a realização da educação em saúde não é necessário o uso de vídeos e de outros materiais sofisticados. Se estes não estão disponíveis, a troca de idéias poderá ser enfatizada a partir da utilização de gravuras, recortes de jornais ou revistas e materiais acessíveis na rotina de atendimento. Dessa forma, a criatividade e o envolvimento do provedor com seu público-alvo podem ser fatores determinantes no sucesso das atividades de educação em saúde (MOURA; SOUSA, 2002).

Todas as usuárias têm direito à educação em saúde — não aquela em que permanecem na sala do médico por alguns minutos e, ao chegarem em casa, perguntam à vizinha o que não entenderam, mas sim uma consulta completa, em que todas as suas dúvidas sejam esclarecidas de forma simples e objetiva para que assim recebam um pré-natal de qualidade.

A satisfação das pacientes com sua atenção está mais relacionada à quantidade de informações dadas pelos profissionais, especialmente informações gerais em vez de técnicas (STARFIELD, 2002). É fundamental que os profissionais adotem condutas que preencham as expectativas dessas pacientes quanto às práticas informativas/educativas.

5.2 ACESSO ÀS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

Nesta categoria será analisado o acesso às ações e serviços de saúde, sendo que o acesso às consultas médicas, aos meios terapêuticos, aos exames laboratoriais de rotina e aos exames complementares emergiu dos discursos como subcategorias significativas no estudo.

O conceito de acesso aos serviços de saúde é complexo e está relacionado à percepção das necessidades de saúde e da conversão dessas necessidades em demanda e, destas, em uso. Fatores ligados à oferta podem facilitar ou reprimir o acesso. Dispor de um serviço ao qual a população recorre regularmente quando necessita de cuidados de saúde mostra-se associado ao uso e pode ser considerado um indicador de uso (PINHEIRO *et al.*, 2002). Para esses autores, o uso regular de um mesmo serviço de saúde pode ser interpretado como ter uma porta de entrada ao sistema de saúde. Se a usuária sente que é bem atendida e que o acesso a esse serviço é fácil, com certeza voltará a procurá-lo sempre que precisar. Não é à toa que a assistência à saúde ocupa um lugar central nas preocupações do cidadão comum.

5.2.1 Acesso às Consultas

Dentro desta subcategoria, apareceram nos discursos das puérperas duas variáveis: 1) facilidades/dificuldades no acesso as consultas; 2) tempo de espera para ser atendida.

IC: facilidade no acesso

UBS: {B001, B002, B006, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B019, B022, B041, B042, B046, B047, B048, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A: *...não precisava ir de madrugada, como precisa quando a gente não é gestante. Eu acho bom, porque aí não precisa estar acordando de madrugada, pegando friagem, não precisa enfrentar fila... No final da gravidez a gente ia de uma a duas vezes por mês, neste ultimo mês ia toda semana. O médico já pegava a*

carteirinha e já deixava marcado o próximo mês que você ia. E se tivesse algum problema ia lá e eles te atendiam normal.

IC: facilidade no acesso

UBSF: {F003, F004, F005, F007, F012, F013, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F029, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F038, F040, F043, F044, F045, F052, F053, F058, F060}

DSC A: *...Foi muito fácil, não tinha que enfrentar fila pra consultar, chegava lá, fazia a triagem e aguardava o médico chegar. Não precisava madrugar pra ir no posto.*

Em relação a variável facilidades/dificuldades no acesso a consulta, ficou evidenciado por meio dos discursos que a grande maioria das usuárias teve facilidade no acesso as consultas, não precisando enfrentar filas ou dirigir-se ao local durante a madrugada, como ocorre quando não é gestante, segundo as falas.

No entanto, uma pequena parcela de usuárias das UBS revelou haver tido dificuldade para conseguir marcar as consultas, relatando que não havia médico, que o médico não comparecia ou que sempre ocorriam mudanças de médico. As falas também estiveram focadas nos atendentes do balcão de recepção.

IC: dificuldade no acesso

UBSF: {B002, B014, B042, B049, B050}

DSC A: *... Algumas vezes era agendada, as outras vezes ia sem marcar. O dia que você ia se tivesse vaga você marcava, se não tivesse você tinha que esperar. Eu fiquei bastante tempo pra ser atendida... O pessoal da recepção é muito complicado, você sai da sala do médico e ele já manda você marcar, ai você chega lá na recepção pra marcar e elas mandam você voltar outro dia, ai no outro dia você chega lá e vai conseguir remarcar pra depois de um mês. O atendimento da recepção é péssimo lá. Chegou de ir e ter que voltar pra trás com aquele barrigão, mas o médico tava lá, pra mim era má vontade...*

IC: dificuldade no acesso

UBSF: {F005, F018, F023, F025, F030, F033, F036, F039}

DSC A: *...A gente marcava a consulta e chegava lá, não tinha médico, o médico não chegava, não vinha, então, você sempre acaba voltando, e foi, aí foi mudando assim sabe? mudando, mudando de médico, eu não sabia porque, não tinha motivo. Tinha dia em que o médico tinha faltado ou alguma coisa assim, eles nem, nem o agente ia em casa avisar, nem ligava, nem nada. Porque às vezes a gente ficava esperando que tava marcado pro mês que vem, porque sempre marcava uma consulta por mês. Eu até falava pro meu marido: Quer ver, hoje eu vou lá e alguma coisa vai acontecer e eu vou voltar pra trás, de tão acostumada que eu tava de chegar lá e não ter atendimento...*

Os discursos das usuárias das UBSF evidenciaram a dificuldade com o acesso, confirmando experiência negativa no atendimento.

Considerando-se que o direito ao acesso à saúde é um dever do Estado, conforme consta na Constituição Federal de 1988 e na Lei 8080/90 que rege o SUS,

é dever assegurar uma assistência de saúde que realmente abranja a universalidade do atendimento e a equidade de acesso.

Assim sendo, tal situação só vem reforçar a necessidade de estabelecer critérios únicos a todas unidades de saúde, ou seja, estabelecer um protocolo único de atendimento às gestantes usuárias do SUS.

Em relação à variável tempo de espera para atendimento, surgiram duas situações nos dois modelos existentes no município. Em uma, as gestantes relataram que eram atendidas rapidamente; em outra, o tempo de espera era muito longo. É o que mostram os discursos.

IC: era atendida rapidamente

UBS: {B001, B006, B008, B009, B010, B011, B016, B019, B022, B041, B046, B047, B048, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A: *... como já era marcado todo mês, só chegava lá, fazia a triagem, e já era atendida rapidinho, todas as vezes que eu fui, sempre fui umas das primeiras a ser atendida, porque mulher grávida tem preferência. Todas as vezes que eu fui sempre fui uma das primeiras a ser atendida porque mulher grávida eles dão preferência...*

IC: bastante tempo para ser atendida

UBS: {B002, B014, B042, B049, B050}

DSC A: *Eu fiquei bastante tempo pra ser atendida, porque o doutor ele demorava um pouco pra chegar lá. Eles mandam você tá lá seis horas, às vezes nove horas ele chega, se a gente fosse a última, aí é que demorava bastante. Tive que ficar mais de duas horas pra ser atendida, isso foi ruim, porque a gente tem aquela barriga, ficar sentada lá não é fácil....*

IC: bastante tempo para ser atendida

UBSF: {F005, F018, F023, F025, F030, F033, F036, F039}

DSC A: *...O tempo que ficava era demorado porque era um dia específico pra gestante, aí naquele dia só é a gestante, geralmente tem bastante, daí não tem hora pra sair. Você ficava a tarde toda lá. Isso me incomodava um pouco com certeza. Mas a gente não pode brigar porque se a gente vai falar elas falam que não tem culpa, o problema é lá mesmo, que tinha bastante gestante, aí tinha que esperar...*

DSC B: *...Que nem, o posto abre uma hora da tarde, meio dia você tinha que tá lá, e cedo abre seis hora, cinco você tinha que tá lá. E pra ser atendida a gente esperava muito, demorava bastante, umas duas horas. Até o médico chegar. Tinha vez que ficava até as onze horas, meio dia e o médico não chegava, não vinha..*

DSC C: *...As consultas eram à tarde, às vezes demorava muito, porque às vezes tinha casos mais graves, criança passando mal ou então idoso, aí eles davam preferência, aí depois que começava a atender as gestantes*

Na maioria das vezes, o tempo de espera é muito longo, porém as consultas são tão rápidas que há tempo para que a paciente expresse tudo o que está sentindo. O profissional, por sua vez, não procura investigar para obter uma

visão mais abrangente da saúde da paciente, limitando-se quase sempre a realizar uma rotina mecânica (BRASIL, 2000b).

Tal situação corrobora os achados nas falas das usuárias, em que relataram esperar bastante tempo para ser atendidas, mas, ao entrarem na sala, dispõem de tempo mínimo.

Estudos mostram que as consultas rápidas fazem com que possíveis anormalidades não sejam percebidas, impedindo inclusive que as mulheres possam manifestar suas queixas, dúvidas e medos intrínsecos à gravidez (BRASIL, 2000a).

Algumas condutas organizativas adotadas pelos serviços de saúde, como por exemplo filas e longo tempo de espera atendimento, entre outros, geralmente não atendem as expectativas das usuárias, uma vez que, nos discursos, ficou claro que elas realmente ficaram incomodadas com o tipo de organização do atendimento.

Isso denota a necessidade de adesão e participação da população de forma cada vez mais determinante e precisa, fortalecendo as propostas da Constituição Federal de 1988, de modo que a assistência seja baseada nas necessidades e expectativas das usuárias.

Não havendo participação das usuárias no processo, surge então o conformismo: deixam de expressar suas vontades e seus direitos, como relatam ao dizer que não podem brigar; que estão acostumadas a chegar ao local e não receber atendimento, a não reclamar. Isso revela seu desconhecimento sobre seus direitos.

O direito à saúde é parte dos chamados direitos sociais, que têm como inspiração o valor da igualdade entre as pessoas. No Brasil esse direito apenas foi reconhecido na Constituição Federal de 1988, em seu artigo 196. Antes, o acesso aos serviços era prestado como um favor, não como um direito. Com a Constituinte de 1988, as responsabilidades do Estado foram repensadas e promover a saúde de todos passou a ser seu dever (BRASIL, 1988, p. 91).

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação.

Um dos direitos da usuária é ter acesso ao atendimento ambulatorial em tempo razoável, para não prejudicar sua saúde. Outro é ter à disposição mecanismos ágeis que facilitem a marcação de consultas ambulatoriais e exames, seja por telefone, meios eletrônicos ou pessoalmente.

Segundo o Ministério da Saúde, o setor público exerce papel fundamental na execução de ações e serviços na área de saúde e tem dever constitucional de garantir acesso universal e igualitário à população. Dessa forma, faz-se necessária uma maior regulamentação para sua otimização como um todo, direcionando gestores para o caminho da maior eficiência e qualidade dos serviços prestados à população (BRASIL, 2003).

5.2.2 Acesso aos Meios Terapêuticos

Durante o pré-natal, a gestante deve fazer uso de meios terapêuticos para garantir uma gestação tranqüila. Entre estes estão alguns medicamentos, como antiácidos, complexos vitamínicos e de sais minerais, supositórios de glicerina, analgésicos, antibióticos, produtos para tratamento de corrimentos vaginais etc. Se a gestante apresentar, após os exames de rotina, alguma doença, pode e deve ser iniciado o tratamento medicamentoso. Mencionem-se também as vacinas, como a de prevenção de tétano no recém-nascido e para proteção da gestante (SCHIRMER *et al.*, 2000).

Em uma gestante hipertensa, por exemplo, deverá ser realizada terapia anti-hipertensiva com o objetivo de reduzir rapidamente a pressão arterial, contudo de maneira controlada para não produzir redução do débito cardíaco e conseqüente insuficiência coronária, renal, cerebral e uteroplacentária (BRASIL, 2000c).

No decorrer das entrevistas evidenciou-se que as maiorias das gestantes teve acesso à prescrição dos medicamentos usados na gravidez, porém algumas não mencionaram quais foram esses medicamentos, sua forma de aquisição ou se os obtiveram gratuitamente. Algumas até relataram havê-los comprado por desconhecimento, sem saberem que estavam disponíveis na farmácia municipal. Outras disseram havê-los adquirido por estarem em falta na rede. É o que apontam os discursos seguintes.

IC: Tiveram a prescrição

UBS: {B008, B009, B010, B041, B042, B047, B049, B050, B051, B056}

DSC A: *Tomei tudo que o médico passou... Até as vacinas, eu consegui na rede de graça...*

{B001, B002, B006, B014, B016, B046, B054, B057}

DSC B: *Tomei todos, mas tive que comprar, porque eu não sabia se tinha na farmacinha, ninguém me falou, da minha primeira gravidez não tinha e eu falei: agora também não vai ter... Também tomei as vacinas...*

{B016, B059, B066}

DSC C: *Tomei, tive que comprar, pois não tinha na farmacinha... Tomei as vacinas...*

{B011, B048, B055}

DSC D: *Tomei todos, alguns eu comprei outros eu ganhei... Tomei as vacinas...*

IC: Tiveram a prescrição

UBSF: {F021, F028, F039}

DSC A: *... Só sulfato ferroso é porque eu tava com um pouco de anemia, daí eles passaram pra mim...*

{F003, F007, F025, F026, F029, F032, F033, F034, F044, F045, F052, F061, F065},

DSC B: *... Precisei tomar sulfato ferroso, eu tava com anemia deu no exame. Consegui pegar esses remédios na rede pública. Ela falou que tinha na farmacinha, eles avisam no posto. Tomei um mês. Fiquei bem depois...*

{F018, F024, F037}

DSC C: *... Tomei vitaminas. Ai eu comprei, eu nem procurei vê se tinha. Eu nem perguntei nada não...*

UBSF: {F012, F015, F017, F060}

DSC D: *... Tomei só a vitamina, tive de comprar, pois não tinha na farmacinha...*

UBSF: {F013, F027, F031, F036, F043, F064}

DSC E: *... Algumas eu peguei na farmacinha, outras eu tive que comprar. Porque não tinha lá e ia demorar pra chegar, aí eu comprei. Quando ele dava a receita ele falava assim: Passa lá e vê se tem..."*

Vale lembrar que os meios terapêuticos compõem o direito das usuárias — não só o direito à prescrição, mas a todo medicamento de que fará uso durante a gestação. Elas têm direito, em primeiro lugar, à informação, pois muitas nem sabem que existe uma farmácia pública no município, que dispensa medicamentos gratuitamente. É por meio dessas medidas terapêuticas que se busca evitar que qualquer doença acometa a gestante ou agrave seu estado geral, e conseqüentemente do feto.

Uma minoria relatou não ter tido acesso à prescrição medicamentosa, como mostram os discursos abaixo.

IC: Não tiveram a prescrição

UBS: {B019, B022}

DSC A: *...Não... nunca tomei, não tomei nada, ele não me passou...*

IC: Não tiveram a prescrição

UBSF: {F004, F005, F017, F020, F023, F030, F035, F038, F040, F053, F058, F062, F063}

DSC A: ... Não, não tomei nada. Não, ele não me passou nada. Não deu anemia, não deu nada. E todos falavam que tem que consultar porque assim que consultar o médico passa vitamina né? Aí o doutor falou: Não, você não precisa não, aí eu não tomei, aí quando foi agora no último exame que eu fiz, aí deu um pouquinho de anemia aí ele me passou aí eu to tomando, ele falou pra eu tomar por trinta dias...

DSC B: ... Quando eu fui com outro médico ele perguntou pra mim se eu tinha tomado as vitaminas, eu disse que não porque o médico falou que eu não precisava tomar, ele falou que eu tinha que ter tomado no começo, agora não adianta mais...

DSC C: ... Eu comecei a tomar só depois que comecei a consultar particular. Lá no posto o médico não passou não, até o sexto mês de gravidez eu não tomava nada, nem vitamina, nada, nada...

O Ministério da Saúde preconiza que mesmo na ausência de anemia (hemoglobina ≥ 11 g/dl) adota-se suplementação de ferro a partir da 20.^a semana de gestação. Portanto este é um procedimento que tem de ser seguido.

No PSF, o número de gestantes que não fizeram uso da suplementação foi maior, reforçando a hipótese de que não existiu um seguimento do protocolo terapêutico em todas as equipes desse programa.

Ante o exposto, sugerimos que o município ofereça cursos de capacitação, referentes aos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde, aos novos profissionais das Equipes de Saúde da Família, e aos demais profissionais, garantindo assim uma assistência com qualidade e uma gravidez tranqüila às usuárias.

5.2.3 Acesso aos Exames Laboratoriais de Rotina

Uma vez confirmada a gestação, a mulher deve fazer vários exames de sangue, fezes e urina. O objetivo é detectar qualquer alteração ou doença que possa comprometer o desenvolvimento de sua gestação.

Segundo a Portaria 569/GM, de 1/6/2000, o Ministério da Saúde estabelece um conjunto de exames laboratoriais e procedimentos requeridos para o cumprimento dos objetivos da atenção qualificada e humanizada às gestantes.

Quanto aos exames laboratoriais de responsabilidade da atenção básica, devem ser garantidos à gestante: hemograma com verificação de tipo sanguíneo, sorologia para sífilis e aids, verificação de glicemia e exames de urina e fezes.

Os dados obtidos apontaram que foi garantida a realização dos exames para a maioria das usuárias. Entretanto, ficou evidenciada nos discursos a demora na entrega dos resultados.

IC: foram garantidos os exames

UBS: {B001, B006, B008, B010, B011, B014, B019, B022, B041, B046, B047, B048, B049, B050, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A: *...Fiz todos que ele pediu no começo, foi fácil, fiz lá no posto mesmo ia pela manhã e colhia o sangue, urina, e quando chegou levei o resultado pro médico. Ele explicou o resultado e anotou no meu cartão, deu tudo normal graças a Deus...*

IC: foram garantidos os exames

UBS: {B002, B009, B016, B042}

DSC B: *...Fiz todos no começo, só que demorou um pouco pra chegar, um mês mais ou menos. Porque eu fiz com sete meses. Daí eu ganhei ele [nenê] e a médica não viu, porque demorou, e era pra chegar logo né? e demorou pra chegar tinha uns que demoravam quarenta dias ou mais, eu fiquei quase dois meses esperando e não chegou (SIS pré-natal).*

IC: foram garantidos os exames

UBSF: {F004, F007, F012, F013, F017, F018, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F029, F030, F031, F032, F033, F034, F036, F037, F038, F039, F043, F052, F053, F058, F060, F061, F062, F063, F064, F065}

DSC A: *...Eu fiz todos, desde pra saber se tava grávida até o de sete mês que era o último,. eles colhem o sangue no posto mesmo, toda quarta, é um dia da semana só que faz isso. Os agentes de saúde levavam o resultado pra mim em casa e depois eu levava pro médico, muito fácil..*

IC: foram garantidos os exames

UBSF: {F003,F005,F015,F035, F040,F044,F045}

DSC B: *...Fiz todos os exames. Demorou um pouco pra chegar. Porque eu fiz todos aqueles do SIS pré-natal, demorou quase um mês mais ou menos,uns ficou pra trás não deu tempo de pegar...o nenê nasceu.*

O acesso aos exames foi garantido para todas as gestantes, como preconiza o Ministério da Saúde, ficando apenas um ponto a ser comentado: o tempo de entrega dos resultados desses exames, pois algumas gestantes tiveram a resolução do parto sem conhecer o resultado dos exames, devido à demora na entrega.

O processo de implantação do SUS no Brasil tem provocado, nos últimos anos, a contínua necessidade de repensar as políticas de saúde, principalmente no que se refere à definição das responsabilidades dos gestores e da população local, na busca de soluções mais adequadas à resolução dos problemas de acesso e de efetividade da atenção prestada, e de maior impacto sobre os níveis de saúde da população (HOGA *et al.*, 1996).

Concordamos com esses autores em sua afirmação de que devemos definir claramente as responsabilidades de todos no processo de trabalho na busca

da qualidade da assistência prestada à mulher no ciclo gravídico-puerperal. Nesse sentido, é de fundamental importância que ocorram mudanças na organização do atendimento à mulher nesse município, para que se efetive a implantação de um novo modelo de assistencial que seja resolutivo, fortalecendo assim o princípio da integralidade.

5.2.4 Acesso aos Exames Complementares

Apenas a ultrassonografia foi citada nos discursos como um exame complementar, e por isso nos ateremos a analisar essa subcategoria.

O acesso aos exames de ultrassonografia obstétrica deve ser garantido à gestante para que tenha um pré-natal de qualidade. A solicitação desses exames deve, porém, seguir alguns critérios, pois é um exame de alto custo.

A ultrassonografia obstétrica no primeiro trimestre da gravidez tem sua importância pautada na observação da vitalidade embrionária, permitindo determinar o tempo de gestação com maior precisão e realizar a medida da translucência nucal fetal para avaliar o risco de síndrome de Down. Nos segundo trimestre, presta-se à avaliação do desenvolvimento de todo o corpo, órgãos do feto e localização definitiva da placenta. Já no terceiro trimestre, é feito para observar se o crescimento fetal está adequado ao tempo da gestação, verificar sinais de maturidade do feto e avaliar a quantidade do líquido amniótico (BRASIL, 2000a).

O acesso aos serviços especializados de ultrassonografia foi garantido a praticamente todas usuárias, com exceção de uma gestante que relatou não ter tido acesso ao exame.

IC: Teve acesso

UBS: {B001, B002, B006, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B019, B022, B041, B042, B046, B047, B048, B049, B050, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A: *...O médico passou o ultrasson e eu vim fazer aqui no CAM...*

IC: Teve acesso

UBSF: {F003, F004, F005, F007, F012, F013, F015, F017, F018, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F029, F030, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F038, F039, F040, F043, F044, F045, F052, F053, F058, F060, F061, F062, F064, F065}

DSC A: *...Eu fiz todos, aqui no CAM, o médico deu o encaminhamento, eu agendei, e depois eu vim no dia certo...*

IC: Não teve acesso

{F063}

DSC A: ... Fiz um com cinco e agora com nove, foi particular... meu marido falou: Vamos fazer um particular pra saber certinho a idade do bebê porque eu não tinha certeza, e com nove meses eu fiz porque eu pedi pro médico passar pra mim e ele falou que eu não ia ganhar, que era pra julho né? Ela falou que não ia dar tempo de marcar ultrassom...

Dentro dessa subcategoria pudemos perceber, por meio dos depoimentos, alguns entraves ao acesso a esse procedimento, ou seja, à garantia da realização desse exame: a) demora no agendamento; b) demora no atendimento; c) descrédito no exame do SUS; d) e insatisfação das usuárias com os exames.

a) Demora no agendamento

UBS: {B001, B002, B006, B010, B011, B019, B051, B055, B059}

DSC C: ...Fiz o ultrassom aqui no CAM... Não foi fácil pra fazer essa marcação, aqui demorou. Eu vim e marquei pra um mês mais ou menos... Demora pra fazer porque diz que tem bastante mulheres. Porque é só aqui pra toda cidade. Muita mulher pra pouco aparelho...

UBSF: {F003, F005, F026, F028, F031, F033, F044}

DSC C: ...Eu fiz aqui no CAM. Eu peguei o encaminhamento com o médico, aí vim aqui, marquei, daí um mês ficou marcado, e eu fiz no dia que ficou agendado, só que demora porque não tem vaga...

b) Demora no atendimento

UBS: {B050}

DSC D: ...fiz três aqui no CAM, só que demora muito, umas três horas mais ou menos, por que tem muita gente...

c) Descrédito no exame do SUS

UBS: {B019, B051, B059, B066}

DSC H: ...Fiz quatro, duas particular e duas pelo SUS. A primeira eu fiz por conta própria pra ter certeza que tava grávida mesmo e a quarta agora no finalzinho, eu fiz particular por conta própria também...

UBSF: {F024, F030, F053}

DSC D: ...Fiz aqui no CAM e particular. Fiz para ver melhor direitinho tudo, nós fizemos no particular, para saber o sexo né? Porque aqui...não mostrou. Aí quando eu fiz particular deu que era menina...Só que o médico do CAM é muito sério, ele não conversa com a gente. É ruim, ele só fala se o nenê ta perfeito. Eu não senti confiança no sexo...

d) Insatisfação das usuárias com os exames

UBS: {B019, B051, B059, B066}

DSC G: ...fiz no particular, no mesmo dia fazia, porque pela rapidez, não demora tanto não. No particular, eu cheguei lá e ele conversou comigo, perguntou o que eu tava sentindo, porque eu tava fazendo a ultrassom, foi explicando certinho onde era a

cabeça do bebê e tal, agora no CAM ele foi falar o sexo e disse eu acho que é uma menina, não falou mais nada e eu saí do consultório...

UBSF: {F024, F030, F053}

DSC G: *Quando eu vim fazer o exame no CAM, eu e meu marido, eu não consegui ver nada, porque o médico foi tão rápido no que ele falou, assim, e mal terminou de ver o nenê, a mulher já tava chamando outra paciente, eu recém tava passando o paninho na barriga e já era pra outra entrar sabe? Então falei, assim, não deu pingo de atenção sabe, eu acho que os equipamentos também são bem antigos né? Sei lá. A diferença de quando fez lá no particular né, que a doutora ficou lá um tempão explicando tudinho, o que tava vendo lá, ela muito atenciosa...*

Em relação à demora no agendamento, as próprias usuárias identificaram os motivos, dizendo haver muitas mulheres a serem atendidas, porém com apenas um local com aparelho para realizar o exame de ultrassonografia.

Quanto ao descrédito no exame pelo SUS, ficou evidenciado nos discursos que o problema foi mais propriamente de ordem estrutural, pois, devido ao grande numero de usuárias que realizam esses exames, torna-se impossível contar com um bom atendimento. Outro fato que relataram foi que os equipamentos são antigos, dificultando a obtenção da imagem do feto e conseqüentemente gerando a insatisfação da usuária com o serviço.

Verifica-se, desta feita, a necessidade de que os gestores de saúde se norteiem pelos parâmetros assistenciais do SUS, que orientam os preceitos da melhoria da gestão no SUS, oferecendo subsídios para analisar a necessidade da população e compará-la com a rede de oferta de serviços assistenciais. Na portaria que trata disso, há um parâmetro que recomenda o acesso de 30% do total das gestantes do município a essa referência, e tal porcentagem é dita como aceitável (BRASIL, 1994).

Ante o exposto, percebe-se que o município está executando esses procedimentos acima de sua capacidade, ou seja, há muita demanda para pouca oferta, pois este é um município de referência regional. Devido à alta demanda por esses exames no município, é comum ocorrerem entraves no atendimento às gestantes, levando-as ao descrédito e insatisfação com a realização desses exames.

5.3 OPINIÃO DAS USUÁRIAS SOBRE A ASSISTÊNCIA

Nesta categoria, propomo-nos a verificar as opiniões que as puérperas expressam a respeito da assistência materna, refletindo sua interação com os profissionais de saúde e a satisfação delas com o atendimento recebido.

5.3.1 Relacionamento com os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal

Para determinar a interação das usuárias com os profissionais envolvidos no pré-natal, parto e pós-parto, teremos como “mola-mestra” o acolhimento e o vínculo, como dispositivos para analisar a interação das usuárias com os profissionais da rede assistencial dos serviços de saúde.

Elementos como sensibilidade, capacidade para ouvir e confiança, entre outros, são fundamentais durante a atuação dos profissionais, pois são fatores indispensáveis no momento da criação do vínculo profissional–gestante. Devemos estar atentos ao fato de que a gravidez e o parto são eventos sociais que integram a vivência reprodutiva de homens e mulheres. “Este é um processo singular, uma experiência especial no universo da mulher e de seu parceiro” (BRASIL, 2001a, p. 1).

Portanto a confiança e as capacidades de ouvir, tratar bem, atender bem, acolher, receber bem, preocupar, dar segurança, empenhar-se em ajudar, dialogar, dar atenção, acompanhar e esclarecer serão identificadas como elementos positivos, e sua ausência como elementos negativos no atendimento à gestante.

Neste sentido, o foco no acolhimento propõe a estratégia de reorganização da assistência, de forma usuário-centrada, partindo dos seguintes princípios: atender todas as pessoas que procuram os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal; reorganizar o processo de trabalho, a fim de que o eixo central deste se desloque do médico para uma equipe multidisciplinar – equipe de acolhimento – que se encarrega da escuta do usuário, comprometendo-se a resolver seu problema de saúde (BRASIL, 2000a).

Nas UBS deste município ficou evidenciado claramente que uma parcela maior das entrevistadas referiu ser bem acolhida, ou seja, as usuárias apontaram apenas elementos positivos de seu atendimento. Teremos uma melhor percepção

acerca da interação da usuária com os profissionais na realização do pré-natal nas UBS ao analisarmos o seguinte discurso:

IC: Trataram bem

UBS: {B001, B002, B006, B008, B009, B010, B011, B022, B041, B042, B048, B051, B056, B057, B059}

DSC A: *...Ah! Foi bom, me atenderam super bem, não tenho nada que reclamar não. Me trataram bem eu fiquei satisfeita mesmo, foi tudo muito legal, sempre fui bem atendida, não tive problema nenhum. Eu achava que era outra coisa, que era tratada diferente, mas eu descobri que não, que foi super bem... Tem gente que fala: ah, os médicos são grossos, mas, eu não achei não, achei normal, trata bem as pessoas. Eles ficaram muito preocupados comigo. O médico sempre conversava bastante, ele perguntava se tinha alguma dúvida, sempre ficava falando. Ele era muito simpático, muito bom, ele é um excelente médico, super gente fina. Eu senti bastante confiança nele, foi bem atencioso, me acompanhou bem, passava segurança, tudo que eu perguntava ele me respondia, se eu tinha algum problema, eu passava pra ele e ele tentava me ajudar, então acho que assim, na medida do possível foi bom, porque eles têm muitos pacientes e não tem como dar aquela assistência cem por cento...*

Ficou evidenciado neste discurso que, mesmo quando as puérperas relataram haver sido bem atendidas, expressaram certa insatisfação, mas compreenderam o contexto do serviço, uma vez que disseram haver muitas pacientes e não há como os profissionais oferecerem assistência em sua totalidade.

Entre aquelas usuárias que dependem do SUS, o fato de serem atendidas equivale a dizer que a qualidade da assistência é boa, na opinião expressa.

Conforme revelado no discurso acima, somente uma parcela dessas usuárias apontou elementos positivos no relacionamento com os profissionais durante o atendimento, Mesmo assim, essa interação não foi completa.

O acolhimento na atenção primária tem sua presença marcadamente associada a algumas áreas específicas, sobretudo na organização de serviços de saúde, em que o acolhimento comparece como “estratégia de reorganização da assistência”.

Foi menor a proporção das mulheres das UBS que relataram não haver recebido um atendimento positivo. Em seus relatos sobressaíram alguns elementos negativos, como rapidez no atendimento, descompromisso, desconsideração, irresponsabilidade, falta de entrosamento, falta de diálogo, não-acolhimento, impressão de insegurança, descrédito, falta de envolvimento etc. Analisamos os seguintes discursos:

IC: Não me atendeu do jeito que eu esperava

UBS: {B011, B014, B016, B046, B047, B049, B051, B054, B055, B066}

DSC A: ...Só não gostei muito do médico porque ele era muito grosso. Eu acho que poderia ser melhor porque dez mulheres ele atende muito rapidinho, só mede a barriga mesmo e tchau, escuta o coração e já tá bom, eu acho que não é assim né? Ah! Precisa melhorar... Eles não marcam nada, não faz nada. Do jeito que pega o exame entrega e não marca na carteirinha...Sabe quando eu entrei no último mês, ele já deixou o encaminhamento pronto, se eu precisasse era pra já vir direto pra cá e não ir mais lá. Então, e isso quer dizer o quê? Que ele não quer atender mais as pessoas...

DSC B: ...Eu comecei a tratar com um médico e, não sei se ele não foi com a minha cara, mas ele não me atendeu do jeito que eu esperava, ele não passou o remédio que eu precisei que é o sulfato ferroso, vitamina, sentia dor quando ele disse que eu não precisava. Os meus exames ele não anotou no cartão, eu consultei com ele três vezes e ele não atendeu como deveria de ser...

DSC C: ...Em relação ao atendimento eu achei que foi bom, tirando o fato do médico ter ido embora sem comunicar, eu fiquei dois meses sem ir ao médico por causa dele, porque a primeira vez ele tava de férias, depois quando eu voltei ele tinha ido fazer um curso, aí depois de tanta insistência a gente foi descobrir, diz elas que avisaram no posto, mas nós não fomos comunicadas que ele tinha ido viajar. Aí eu mudei pra outro posto...

DSC D: ... Foi bom, tirando os médicos, o resto foi ótimo. Só isso, esses dois médicos que eu falei que foi o mais ruins que tive até agora. O médico, a gente perguntava as coisas e ele não respondia pra gente, mandava que se a gente quisesse saber das coisas que perguntasse pro médico, É que nem eu falei pra ele, então ele não é médico né, Aí eu troquei de médico e comecei a fazer com outro, Esse outro médico é uma ótima pessoa, tudo que a gente pergunta ele responde, só que o primeiro tem esse defeito, ele não responde, Aí eu tive que trocar porque tudo que eu perguntava ele não respondia, mas no último posto foi ótimo o atendimento, O médico é uma ótima pessoa, me atendeu muito bem, graças a Deus...

DSC E: ... Lá era só com enfermeira, Aí como eu queria ginecologista eu passei pra outro posto e lá era ginecologista...

DSC F: ... Ah! precisa melhorar... Pra falar que tem um atendimento excelente, não tem. Deveria dar mais atenção pra agilidade, rapidez mesmo, pras coisas urgentes. No posto teve algumas vezes que infelizmente eu não fui bem tratada, Tirando certas falhas, em certas partes eu sou favorável, mas em outras ficam a desejar, principalmente na parte de postos de saúde pela própria recepção dos postos, Eles não dão o necessário para as mulheres grávidas...

Ficou evidenciado nos discursos ter sido pequena a diferença entre aquelas que descreveram ser bem acolhidas, e aquelas que apontaram não haver recebido um bom acolhimento.

Podemos observar a falta de tempo do profissional para conversar com as pacientes e o descumprimento das normas do programa, uma vez que o simples encaminhamento pelo médico ao hospital tem sido chamado pejorativamente pelos profissionais e pacientes como “alvará de vire-se” (BRASIL, 2000b). O final da gestação é a fase em que a paciente mais precisa dos profissionais de saúde para sua assistência.

Diniz (2002) considera que se o profissional não tem tempo para conversar com as pacientes, deve fazer delegação a outros profissionais que trabalham com ele nessas atividades.

O gestor municipal, por sua vez, pode organizar o serviço de saúde para trabalhar em equipe de forma integrada e solidária na organização do atendimento pré-natal.

O Ministério da Saúde propõe que os estados e municípios reorganizem o sistema de saúde da mulher, com assistência pré-natal oportuna às necessidades das gestantes, para que estas contem com assistência humanizada (BRASIL, 2003).

Ao longo das últimas décadas, tem-se observado um movimento crescente de críticas ao modelo brasileiro de assistência ao parto e a seus resultados, endossado mais recentemente pelo próprio Ministério da Saúde com um movimento denominado “humanização da assistência ao parto e ao nascimento”, instituído pela portaria 569/GM, de 1/6/2000. Esse movimento vem ganhando força em vários serviços que visam a implantação de uma atenção menos intervencionista, baseada em uma participação ativa da mulher no processo, com maior ênfase nos aspectos sociais e emocionais da parturição (DOMINGUES, 2004).

O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe uma relação de respeito estabelecida pelos profissionais de saúde com as pacientes durante o processo de parturição (BRASIL, 2000b).

Tornquist (2002) comenta que esse movimento de humanização da assistência ao parto e ao nascimento propõe mudanças no modelo de atendimento ao parto hospitalar, medicalizado no Brasil, tendo como base consensual a proposta da Organização Mundial de Saúde (OMS), de 1985, que inclui incentivo ao parto vaginal, ao aleitamento materno no pós-parto imediato, ao alojamento conjunto (mãe e recém-nascido), à presença do pai ou outro acompanhante no processo do parto e à atuação de enfermeiras obstétricas na atenção aos partos normais.

Franco *et al.* (1999) vão além, quando afirmam que o acolhimento na atenção primária se dá marcadamente sobretudo na organização de serviços de saúde em que o acolhimento comparece como estratégia de reorganização da assistência.

Atualmente, encoraja-se a aplicação do conceito de assistência humanizada à mulher, que se estende desde o pré-natal até o nascimento e puerpério, enfatizando a promoção da saúde. “O principal objetivo do pré-natal é

acolher a mulher desde o início de sua gravidez — período de mudanças físicas e emocionais, que cada gestante vivencia de forma distinta”, segundo Schirmer *et al.*, (2000, p. 9), que também afirmam que “está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde”.

Considerando o que expõem essas autoras, a temática do acolhimento nos serviços de saúde vem adquirindo importância crescente, sobretudo em unidades de PSF, que tendem concebê-la como uma atividade particularizada, que realizaria a combinação de alguns dispositivos organizacionais tradicionais dos serviços de saúde. Por isso, o município deve empenhar-se em criar equipes de PSF, nas quais o acolhimento seja o principal elemento estratégico na reorganização da assistência. Os discursos a seguir expõem com riqueza aspectos a isso relacionados.

IC: trataram bem

UBSF: {F003, F004, F005, F007, F013, F017, F021, F023, F024, F026, F027, F028, F029, F030, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F039, F045, F052, F053, F060, F061, F062, F064, F065}

DSC A: ... *Eles tratam bem, tudo que eu precisei deles, eles me atenderam numa boa, desde o médico até o agente. Fui bem atendida, o pessoal é educado, são bem legais, qualquer coisa eu corria lá. Conversava com o enfermeiro de lá do posto, aí ele me explicava tudinho. Quando a gente é bem atendida perde a insegurança, o medo. Fiquei satisfeita foi tudo o que eu esperava, eram muito bons, foram bem empenhados em ajudar, se tivesse alguma dúvida ia no posto perguntava e eles respondiam, qualquer coisa diferente você ia no posto e era bem atendida. A agente de saúde ia na minha casa, ela era muito amiga, eu tive uma boa amizade com ela, todos me trataram muito bem. Eu achei muito bom meu pré-natal foi bem completo. Eu conversava tudo, às vezes a doutora, a dentista, todas as dúvidas que eu tinha foram esclarecidas, me ajudaram bastante, fui bem assistida, pelos médicos, enfermeiros, o agente. O médico era muito bom, sempre conversava, me aconselhou a não fazer o aborto, ele sempre aconselha, ele cuidou tudo certinho, me atendeu nas datas certas. Acompanhou toda minha gestação, sempre tava indo lá, fazendo visita em casa que eles fazem visitas, eu acho bom, pois evita tanta coisa né? Eu fiquei satisfeita deles terem ido em casa. E, tem médico que dava até a data provável do parto certinho, caiu na mesma data o dia de nascer deu certinho. Eu fiquei satisfeita com todo o atendimento...*

As usuárias das UBSF relataram, em sua maioria, haverem sido bem tratadas: atenderam-nas bem, acolheram-nas, receberam-nas bem, deram-lhe atenção, preocuparam-se, passaram-lhe segurança, empenhara-se em ajudar, mantiveram diálogo etc. Algumas, porém, apontaram não ter sido bem acolhidas nas UBSF. Vejamos os discursos:

IC: Não tiveram acolhimento**UBSF:** {F012, F015, F018, F020, F025, F030, F038, F040, F043, F044, F058}**DSC A:** *...Só o médico participou do meu pré-natal. Ah! O problema era o agente de saúde, acho que foi só umas duas, três vezes, dá recado ainda. Então assim, o contato maior era com o médico, pois o agente de saúde eu quase não vi...***DSC B:** *...A triagem tinha vezes que o enfermeiro ia pra fazer e tinha vez que não. Eu não tinha muito envolvimento com ela, dela me ajudar isso nunca. Nem foi em casa, nem ela nem o médico...***DSC C:** *...Eu saí da rede, e comecei a fazer particular porque eu fiquei com medo. Na realidade quem me atendeu foi à Enfermeira, porque ele é especialista em pediatria. Eles falam que é médico da família, mas ele [o médico] é especializado em pediatria, e quem me atendia era a enfermeira as consultas, aí eu fiquei mais preocupada por isso. Fiquei insegura, aí, isso me forçou a ir pro particular, enquanto eu tava lá no posto foi regular. Aí, mudei e me senti super segura...***DSC D:** *... O médico lá é muito ruim, grosso, nem olha na cara da gente, só quando ele precisa do voto da gente, aí ele é bonzinho. Por isso eu mudei de posto...lá embaixo [1º posto] é fogo lá...ninguém agüenta aquele médico...***DSC E:** *... Na verdade eu fiquei insegura com o médico. Porque ele, o médico do PSF, não é de mulher...Aí eu peguei e fui pro outro posto...***DSC F:** *...Quando eu vejo que é alguma coisa mais séria eu venho pro hospital... O certo eu acho que era um médico pra cada coisa, mas diz que não é, que é um só pra família toda...***DSC G:** *...Lá era clínico geral daí eu precisava de ginecologista e passei pro outro posto...***DSC H:** *...Olha, eu mal conheço o médico. Só na primeira consulta teve o médico, só pra mostrar o resultado do positivo lá e ele me encaminhou pra ela [enfermeira] Foi bom, porque eu acho assim, que se fosse só o médico ele não dava conta de atender tanta gente, e tendo uma pessoa só pra gestante já ajuda...*

Nessas falas notamos que houve descumprimento das normas estabelecidas pelo programa em relação às atribuições dos membros das equipes. Também é nítida a falta de trabalho em equipe, dificultando assim o entrosamento e o envolvimento com os profissionais de saúde.

Algumas informaram haver abandonado o programa por medo, insegurança, preocupação em ter de fazer o pré-natal com profissionais não-obstetras. Essa atitude deixa clara a necessidade de preparar, informar, educar essas gestantes para esse novo modelo assistencial, em que o trabalho deverá ser executado por uma equipe, sem necessariamente contar com a presença exclusiva do médico, neste caso o obstetra.

A estratégia Saúde da Família, ao trabalhar com a adscrição de uma determinada população a uma equipe, viabiliza o estabelecimento do vínculo e da responsabilização, permitindo a partir desta uma maior proximidade e a percepção das dimensões subjetivas e das determinações psicossociais. Portanto, faz-se

necessário qualificar a relação trabalhador–usuária, que deve se dar por parâmetros humanitários, de solidariedade e cidadania.

5.3.2 Relacionamento dos profissionais de saúde envolvidos no parto/pós-parto

Nesta subcategoria vamos nos ater às determinações do SUS quanto ao comportamento e à atitude dos profissionais de saúde no acompanhamento ao parto e pós-parto, considerando os processos e fenômenos revelados nos discursos das mulheres entrevistadas.

O parto é um momento difícil para a maioria das gestantes, especialmente no caso de primeiro filho. A mulher sente contrações, com ou sem dor, encontra-se num ambiente estranho e está junto a várias pessoas que desconhece. Ela pode manifestar reações diversas, como vontade de chorar, gritar ou sorrir. Qualquer dessas reações é normal e ninguém, especialmente o médico, deve recriminá-la (BRASIL, 2000b).

A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto e nascimento humanizados. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe o estabelecimento de uma relação de respeito dos profissionais de saúde para com as mulheres durante o processo de parturição, o qual compreende: parto como processo natural e fisiológico, que não precisa de condutas intervencionistas; respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais; disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas, entre outros temores; informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor; espaço e apoio para a presença de um acompanhante que a parturiente deseje; direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso aos cuidados de saúde e a qualidade destes (BRASIL, 2000b).

IC: trataram bem

UBS: {B001, B002, B009, B010, B014, B016, B019, B022, B041, B042, B046, B048, B049, B054, B056, B057, B059}

DSC A: *...Desde a recepção me trataram muito bem, fiquei satisfeita com o atendimento. Tive sorte porque peguei umas enfermeiras boazinhas, médico também...*

DSC B: *...Eles trataram a gente bem, como a gente merece ser tratado, porque muitas vezes você vai num lugar e as pessoas te tratam mau né? e aqui não, eu fui bem atendida, pelos estagiários, pelos enfermeiros, todo mundo. Até os estagiários daqui, porque eu internei segunda, e nossa foi super assim, me ajudou bastante, as meninas, o rapaz que tava junto, foi muito bom...*

DSC C: *...fui muito bem acompanhada, desde quando eu entrei na sala de pré-parto me atendeu muito bem e logo veio os estagiário, eles acolhem bem a gente né? me deram bastante atenção e daí, quando eles entraram, eu logo entrei em trabalho de parto e eles que encaminharam tudo, o médico chegou eu já tava ganhando já, já tava dando o peito...*

DSC D: *...até agora tão me tratando bem, as enfermeiras, as estagiárias, todos, médicos também, Eu até ouvi dizer que o Dr. era bem sossegado, ficaram criticando ele, mas eu não tenho do que me queixar, até agora ele não fez nada que pudesse agredir a mim e a neném, pra mim tá ótimo se continuar assim...*

DSC E: *... o médico me atendeu bem, as enfermeiras também...*

IC: trataram bem

UBSF: {F003, F004, F005, F007, F012, F015, F017, F018, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F029, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F038, F039, F040, F043, F044, F045, F052, F053, F058, F060, F062, F063, F064, F065}

DSC A: *... Os médicos são bonzinhos, as gurias que me atendeu, não tenho do que reclamar, tá bom... Quando eu cheguei eu fui bem atendida, me trataram super bem, fiquei bastante satisfeita com o atendimento daqui. Os funcionários me atenderam bem. A enfermeira [auxiliar de enfermagem] também me atendeu super bem, porque eu tava com muita dor, ela tinha paciência comigo, eu pedia pra ela ficar perto que eu me sentia mais segura, ela ficou perto o tempo todo, me atendeu super bem, foram super paciente, sempre bem atenciosas, a hora que chamava elas vinham, na recepção também, não tenho do que reclamar não, pra mim foi bom foi tudo tranquilo, o atendimento de todo mundo, desde lá do posto até aqui, fui muito bem atendida. Eu gostei. Pra mim o pessoal é excelente, só na porta que têm aqueles homens chatos. Mas o pessoal é bem atencioso, tem carinho pela gente, leva no banheiro tudo. A enfermeira [auxiliar] conversa tudo, a gente entra pra conversar com ela e fica lá umas duas horas e ela fala tudo.*

Com relação ao relacionamento com os profissionais no parto, elas mencionaram, em sua maioria, terem sido bem tratadas, bem atendidas, e elogiaram os profissionais, dizendo serem atenciosos etc. Contudo, uma minoria apontou alguns problemas com os profissionais envolvidos no parto:

IC: não tive confiança

UBS: {B050, B051, BB55}

DSC A: *...Na hora que eu cheguei foi bom... Depois que entrei... ai meu Deus!!! É dor demais. O pessoal daqui foi bom, mas o médico nem vi a cara dele. Eu não fiz o parto com o doutor foi com as atendentes, até agora não vi a cara dele. Eu fui pra sala de parto e ele não tava lá.... Agora aqui no hospital, não tive muita confiança não, eu não vi a cara do médico até agora, como vou confiar numa pessoa que não*

vi? Agora as atendentes me atenderam bem. De uma forma geral eu achei regular tudo...

DSC B: *...eles foram bem atenciosos, mas eu acho que depois que você ganha nenê fica diferente, não sei também, às vezes elas têm muito trabalho, mas o atendimento é meio demorado...*

DSC C: *...Vim com o cartãozinho da gestante e eles...Me receberam aqui. Só que em compensação o doutor daqui vai me desculpar, mas pra mim isso não é médico. Sofri muito no parto, ele acabou comigo por baixo. Deus me livre!!! Mas em compensação o resto tá ótimo...*

IC: Não tiveram acolhimento

UBSF: {F013, F027, F028, F030, F061}

DSC A: *...Bom, eu vim aqui duas vezes, eles mandaram eu ir embora, na terceira vez eu vim, e se dependesse do médico que tava de plantão, eu não ia ficar internada, tinha umas mulheres que tava tendo estágio aqui [UEMS], aí disse que eu já podia ficar internada, porque já tinha dilatado.. O que precisava pra eu ficar internada?? Aí depois o médico não queria que eu ficasse internada. Porque ele achava que não era a hora ainda. Ai a mulher assinou minha internação e quando eu fui pra dentro já tava ganhando. Fiquei nervosa, achava que não ia conseguir. Mas a gente cria uma força tão grande nessa hora que só Deus pra ajudar...*

DSC B: *...O médico não quis internar porque disse que eu tinha que ter dilatação, não precisava né? Era cesárea, aí eu fui pra casa e à tarde voltei de novo, aí eu conversei com o médico e perguntei se tinha necessidade de ficar esperando dilatação?, aí ele deu outra carta pra mim e eu vim no domingo, aí o médico me internou e fez...*

DSC C: *...Meu marido queria entrar e eles não deixaram, e ele já ficou bravo, aí eu queria ficar lá fora, com ele, que pelo menos ele pára de brigar e a hora que o médico chegar ele me atende né, aí eu fiquei só um pouco também e a enfermeira já não deixou né, falou não, você tem que deitar ali e tal, aí logo que ele veio ele já me atendeu...*

DSC D: *...eu vinha, eles viam que era alarme falso e me mandavam embora. Aí quando vim acabei ganhando na sala de pré-parto foi rápido. Eu queria ganhar em casa sei lá, eu tava com medo de vim pro hospital. Porque falam muita coisa aqui do hospital, fiquei com medo...*

Os elementos negativos referidos nos discursos acima mostram, entre outras coisas, que as mulheres foram submetidas a condutas intervencionistas agressivas e sentiram ansiedade, insegurança, preocupação e medo do parto e da dor.

Os profissionais devem evitar procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, pois a mulher tem o pleno direito de saber o que está sendo realizado, bem como recusar condutas que lhe sejam agressivas ou que causem constrangimento ou dor sem nenhuma explicação por parte dos profissionais de saúde (BRASIL, 2000b).

Esses profissionais precisam saber fazer, saber ser e saber atuar em casos de urgência e emergência no ciclo grávido-puerperal, uma vez que grande parte dos problemas relacionados com mortes maternas ocorrem durante o parto, especialmente os decorrentes de hemorragias e infecções. Assim sendo, é de vital importância que os hospitais e maternidades tenham profissionais adequadamente treinados para garantir atendimento e atenção especializada à gestante (BRASIL, 2000b).

A presença de um acompanhante no momento do parto — marido, a mãe ou uma irmã, ou qualquer outra figura representativa para a parturiente — é muito agradável, já que trará força e conforto à parturiente, ajudando-a suportar melhor essa nova situação. Portanto, os profissionais devem reconhecer e promover esse direito das pacientes de contarem com um acompanhante no parto.

A análise dos discursos permite-nos dizer que para melhorar a implantação do modelo assistencial a presença do acompanhante é regra, dispensando portanto o estabelecimento de protocolos. O contrário desobedece a portaria ministerial.

5.3.3 Nível de satisfação das usuárias com o atendimento

Quanto às questões relacionadas com a satisfação acerca do atendimento fornecido pelos profissionais, foram identificados nos discursos três atributos: foi bom; dependeu do profissional que realizou o atendimento; foi regular.

A satisfação das usuárias depende de vários fatores. Destacamos a qualidade da assistência que os profissionais de saúde podem oferecer. Assim sendo, uma atuação multidisciplinar, em que uma equipe de profissionais se ajuda mutuamente oferecendo, de acordo com sua especialidade, o melhor atendimento possível à paciente, resultará em uma assistência integral e de boa qualidade (BRASIL, 2000b).

O Ministério da Saúde salienta que as usuárias do serviço de saúde esperam muito mais do que um conjunto de cuidados dirigidos a um corpo biológico. Esperam uma relação de afeto/confiança (BRASIL, 2000b). Enfatiza, ainda, que a satisfação das clientes pode estar relacionada a vários critérios no atendimento, como facilidade de acesso à consulta, tempo despendido na sala de espera, cordialidade por parte da recepção, cordialidade do profissional, atenção dada às

queixas, impressão do exame clínico, confiança despertada pelo médico, confiança na receita, explicações do médico sobre a doença, satisfação com o agendamento etc.

Portanto, nesta subcategoria fizemos uma análise conjunta de todas as usuárias do SUS quanto a sua satisfação com o atendimento recebido. Englobamos para tanto as entrevistadas das UBS e das UBSF, uma vez que, independente do modelo assistencial, cada uma chegou ao parto com diferentes opiniões, situações, conhecimentos, experiências vivenciadas em sua assistência na rede básica de saúde.

Vários fatores afetam a percepção da assistência pela paciente: experiências anteriores de cuidados médicos recebidos, em que condições isso foi feito, o próprio estado atual de saúde etc. (OLIVEIRA, 1996). Assim, a satisfação depende de como cada uma das mulheres percebeu e experimentou as diferentes situações.

Alguns depoimentos ilustram a satisfação das usuárias acerca do atendimento recebido pelos profissionais:

UBS/UBSF

IC: O atendimento foi bom

DSC A – UBS/UBSF: “...Ah! foi bom, eu fiquei bem satisfeita com o atendimento, fui bem atendida e bem acompanhada do começo até o fim, não teve nenhum problema, eu não vi nada de errado, assim, fiquei muito contente...”

A maioria das entrevistadas, até onde têm conhecimento do assunto, apontaram que o atendimento foi bom. Nos discursos relataram não haver visto nada de errado. Frente a esses depoimentos, surge uma indagação: Elas têm conhecimento e autonomia para perceber o que é certo ou errado em sua assistência? Por não ser objeto deste estudo, essa indagação precisará ser enfocada em trabalhos futuros.

IC: O atendimento depende do profissional que realiza o pré-natal

UBS/UBSF

DSC A: *...Fiquei satisfeita, mas eu corri atrás do prejuízo, porque eu fui para um lado, eu não gostei do atendimento, aí eu fui pro outro lado e fui super bem atendida, gostei do médico. Não adianta ficar num lugar que não se sente bem. Eu fiquei satisfeita porque vim aqui. Aqui eles me atenderam super bem, o médico também.*

DSC C: *...Não sei se ele não foi com a minha cara, mas o médico não me atendeu do jeito que eu esperava, eu consultei com ele três vezes e ele não atendeu como deveria ser, aí depois eu passei para outra médica aí eu gostei do atendimento da dela...*

DSC D: *...No meu posto não é bom o atendimento lá, aí eu passei pro outro posto e fui muito bem atendida. Na verdade eu fiquei insegura com o atendimento lá. Porque o médico do PSF não é de mulher ele é clínico, lá só tem clínico. Depois que eu mudei de posto fiquei satisfeita com o meu pré-natal...*

DSC G: *...Eu comecei a fazer o pré-natal com o médico perto da minha casa, só que a gente perguntava as coisas e ele não respondia pra gente. Aí eu troquei de médico e comecei a fazer o pré-natal com outro médico...*

DSC H: *...eu comecei ali no posto da minha área, era com enfermeira, aí como eu queria ginecologista eu passei pra outro posto e lá era ginecologista como eu queria...*

Alguns depoimentos apontaram descontentamento com os profissionais que realizaram o pré-natal. Tais entrevistadas mostraram-se inseguras quando foram atendidas por médico generalista e enfermeiro dos Programas de Saúde da Família.

As histórias das mulheres em busca de serviços de saúde evidenciam discriminação, frustrações e violações dos direitos, apresentando-se aparecem como fontes de tensão e mal-estar. Por essa razão, a humanização e a qualidade da atenção pressupõem a promoção, reconhecimento e respeito aos direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar dessas pacientes.

A atenção humanizada e de boa qualidade envolve o estabelecimento de relações entre sujeitos, que são seres semelhantes, ainda que possam apresentar-se muito distintos, conforme suas condições sociais, raciais, étnicas, culturais e de gênero. Tal atenção é um processo contínuo, demandando reflexão permanente sobre os atos, condutas e comportamentos de cada pessoa envolvida na relação. É preciso maior conhecimento de si para melhor compreender o outro com suas especificidades e para poder ajudar sem procurar impor valores, opiniões ou decisões.

Humanização é muito mais do que tratar bem, com delicadeza ou de forma amigável. A humanização e a qualidade da atenção em saúde são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado (BRASIL, 2000a).

Porém, um aspecto ficou evidenciado neste estudo: as mulheres, quando não satisfeitas com o profissional que executa o pré-natal, vão para outras unidades

de saúde. Isso configura claramente a falta de confiança, de informação, de descrença nos profissionais de saúde e desconhecimento do programa, já que, de acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem n.º 7498/96, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pelo enfermeiro.

Morais *et al.* (2004) afirmam que existe uma grande preocupação das esferas do governo e de segmentos da sociedade em melhorar o quadro de atendimento. Para isso, seria necessária maior divulgação dos objetivos do programa, a fim de se acabar com a insegurança na assistência, melhorando as expectativas das usuárias em relação ao atendimento e diminuindo suas frustrações com relação aos profissionais de saúde.

Algumas entrevistadas consideraram o atendimento regular:

IC: Atendimento regular

UBS/UBSF

DSC B: *...Olha, enquanto eu tava lá no posto foi regular. Aí mudei pro particular e me senti supersegura... No começo da minha gravidez tava indo até bem, mas... Eu saí da rede, e comecei a fazer particular porque eu fiquei com medo... Eu acho que só, eu gostei no começo, ele atendia mais... Depois começou a passar pela enfermeira né, e assim, não que ela não seja uma profissional né, mas assim, no caso de gravidez eu acho que um médico especialista mesmo em ginecologia que deveria examinar a gravidez né, e eu me senti insegura também por isso, eu achava que por ele ser especializado em pediatria e não em ginecologia não estava certo. É isso, eu queria um especialista em gestante, como pediatra ele é uma ótima pessoa...*

A assistência pré-natal deve ser oferecida e organizada de modo a assegurar as necessidades básicas das gestantes, visando que, ao final da gestação, ocorra um parto sem intercorrências, sem prejuízos à saúde da mãe, e um recém-nascido saudável. Para isso devemos levar em consideração fatores como a prevenção de fatores de risco para complicações e identificação e tratamento precoce de patologias da gestação, parto e puerpério.

Vale ressaltar que elementos sócio-econômicos e emocionais devem ser considerados no momento do atendimento à gestante e que esta deve ser instruída quanto aos cuidados necessários ao sucesso desse estágio. O profissional deve oferecer suporte psicológico à cliente, estimulando o vínculo profissional-família, através de diálogos francos, visitas domiciliares e reuniões de grupo. Além disso, necessita dispor de conhecimentos técnico-científicos atualizados e recursos humanos e/ou de infra-estrutura adequados, como, por exemplo, uma área física

propícia, equipamentos disponíveis para o exame da gestante, medicamentos básicos suficientes à demanda.

Também se necessita contar com um serviço eficaz de referência/contrarreferência e sistemas de avaliação das ações desenvolvidas, pois esses fatores contribuem sobremaneira para o sucesso do serviço de pré-natal e estimulam todos aqueles envolvidos no processo.

Redirecionar a prática profissional quanto ao atendimento prestado à gestante, enfocando elementos como o diálogo franco e disposição para ouvir os medos e ansiedades vivenciadas durante esse período pela mulher, é de grande importância para a adesão às consultas, bem como para a qualidade destas. Tal conduta deve ser fomentada a partir do trabalho dos agentes comunitários de saúde no momento da visita domiciliar, seja para a captação da gestante para o início do pré-natal, seja na busca ativa de faltosas.

Entendemos que a assistência pré-natal de qualidade é feita por meio de um esforço contínuo de todos os envolvidos no processo, dispendo-se de todos os meios existentes na comunidade e ambiente de trabalho para a facilitação das ações e melhora da satisfação das usuárias, com atendimento rápido, eficaz, integral e igualitário.

“O profissional de saúde deve evitar adotar uma postura autoritária quando presta informação...” (SILVA; BORDIN, 1996, p. 62). Ressalte-se que o estímulo ao diálogo franco, fomentando a troca de informações, é de grande valia para a adesão da mulher ao pré-natal.

“Muitas vezes os profissionais de saúde ao atenderem uma gestante utilizam uma linguagem de difícil compreensão, colocando uma grande distância entre eles e a mulher. Estas, por sua vez, não foram acostumadas a falar o que sentem, por isso saem das consultas cheias de dúvidas, medo e apreensão” (LOPES; CORRÊA, 1995, p. 10).

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao caracterizar a assistência prestada às usuárias do SUS, este estudo permite concluir que as organizações dos serviços e das práticas de saúde estão pautadas em dois modelos assistenciais distintos.

Em relação à organização da demanda, constatou-se, por meio das falas das entrevistadas, que os dois modelos existentes apresentaram práticas que simplesmente atenderam às demandas por meio do agendamento da clientela. A exceção foram algumas unidades em que a oferta não foi programada, podendo a consulta ser agendada para até um mês após a necessidade. Contudo, a maioria das puérperas oriundas dos serviços de pré-natal apontou haver facilidade no atendimento à demanda.

Quanto às equipes de Saúde da Família envolvidas neste estudo, as demandas também não são programadas como determinam as normatizações do programa, o que salienta a necessidade de se adotarem práticas consoantes com os princípios do SUS, para o enfrentamento de situações de organização da demanda nos serviços de saúde.

Assim, no município de Dourados, para que se efetivem os princípios e diretrizes do SUS é necessário que os gestores operem mudanças na forma como organizam os serviços de saúde, ou seja, modelos centrados na oferta organizada, articulando-os com a demanda espontânea e também alterando a forma como os profissionais operam esses serviços (práticas), redirecionando enfoques e ações pautados no paradigma da vigilância à saúde e na ampliação da cidadania brasileira, conforme determina o Ministério da Saúde (BRASIL, 2004d).

Com base nas determinações desse ministério, para se dispor de um processo de trabalho com qualidade torna-se necessário subsidiar a aplicação de protocolos junto às unidades de saúde, visando à uniformização da assistência, de modo a otimizar seu impacto, articulando a atenção à demanda espontânea com a oferta programada de atenção à saúde (BRASIL, 2004d).

Tanto nas UBS quanto nas UBSF, o trabalho em equipe mostrou-se centrado, em sua maioria, no atendimento individual realizado pelo médico, com participação de alguns profissionais na assistência, embora estes não tenham atuado conjuntamente de forma integralizada, caracterizando fortemente o modelo clínico.

Evidenciou-se um nível mínimo de ações programáticas, não se substituindo o trabalho isolado pelo trabalho em equipe, dada a ausência de efetiva participação de todos no processo de trabalho e de interação desses profissionais de forma integrada e compartilhada. Conseqüentemente, verificou-se ausência de coordenação e articulação de um conjunto de ações executado por um elenco também variado de agentes, incluindo discussões de caso, intervenções junto às famílias e comunidade, levando a precária troca de informações entre os profissionais e usuárias, repercutindo negativamente sobre a organização das ações no âmbito do SUS.

As práticas informativas/educativas, não foram uma constante. Quando essas práticas foram realizadas, as usuárias, na grande maioria, não participaram delas, tanto nas UBS como nas UBSF. A orientação individual restringiu-se ao simples repasse de informações, com orientação pouco direcionada às necessidades do grupo, uma vez que as entrevistadas expressaram a necessidade de haver recebido mais orientações sobre como que é o parto, onde seria realizado etc. Apontaram também haver esclarecido suas dúvidas com outras pessoas, fora da área da saúde.

As entrevistadas também revelaram que os profissionais usaram de forma inadequada o material de apoio, quando o entregaram para leitura em casa. Isso denota despreparo, descompromisso e falta de conhecimentos, habilidades e atitudes dos profissionais quanto à realização adequada dessa atividade, refletindo negativamente no indicador de implementação do novo modelo assistencial.

As mulheres estudadas apontaram a existência de relações estruturais rígidas e verticais no interior dos serviços de saúde, na relação entre equipe de saúde e paciente, não havendo lugar para o diálogo (ARANTES; MAMEDE, 2004).

Tais constatações sugerem a necessidade de atualização dos profissionais de saúde, bem como de rever as normatizações impostas pelos programas, a fim de implementar ações de cunho informativo/educativo para o ciclo gravídico-puerperal.

Em relação à categoria acesso às ações e serviços de saúde, ao analisarmos a subcategoria acesso às consultas, constatamos que a grande maioria das usuárias teve facilidade no agendamento das consultas, não precisando enfrentar filas nem ir às unidades durante a madrugada, como ocorre quando não são gestantes. Algumas relataram haver enfrentado dificuldades para conseguir

marcar as consultas, configurando falta de organização do processo de trabalho e falta de compromisso do profissional com a clientela.

Em relação ao tempo de espera para o atendimento, a maioria relatou haver sido atendida rapidamente, e uma minoria relatou ter esperado bastante tempo, embora na sala de consulta o tempo de permanência tenha sido mínimo. Essa situação pode interferir na qualidade do atendimento, por impedir que as mulheres possam manifestar suas queixas, dúvidas e medos intrínsecos à gravidez.

Quanto aos meios terapêuticos, a maioria das gestantes das UBS teve acesso à prescrição dos medicamentos usados na gravidez, mas algumas não souberam descrever quais eram esses medicamentos, a forma de aquisição, se os obtiveram gratuitamente. Algumas revelaram havê-los comprado por desconhecimento, sem saber que dispunham de Farmácia Municipal; outras os adquiriram por falta desta rede. Isso aponta falta de ação educativa a respeito dos meios terapêuticos na gestação e falta de conhecimento por parte das gestantes sobre a importância do uso dos medicamentos.

Cabe ressaltar que as gestantes têm direito a informação, embora muitas nem saibam que necessitam de algum tipo de medicamento, que este está disponível na farmácia pública e que é gratuito.

Já na UBSF, a maioria das gestantes não teve acesso à prescrição dos medicamentos usados na gravidez. A análise dos discursos revela que não existe um seguimento do protocolo em todas as equipes do PSFs em Dourados, uma vez que a maioria declarou que o médico não prescreveu medicamentos. Portanto sugerimos que o município ofereça aos novos profissionais das equipes do PSF cursos de capacitação referentes aos medicamentos preconizados pelo Ministério da Saúde, assim como aos demais profissionais, garantindo desse modo o seguimento do protocolo dos medicamentos e, conseqüentemente, uma assistência com qualidade e uma gravidez tranquila às usuárias.

Em relação aos exames laboratoriais de rotina, os dados apontaram que a realização dos exames foi garantida para a maioria das usuárias. Entretanto, ficou evidenciada nos discursos a demora na entrega dos resultados.

Se o objetivo dos exames é detectar qualquer alteração ou doença que possa comprometer o desenvolvimento de sua gestação, então a agilidade na entrega dos resultados deve ser priorizada. Algumas gestantes, porém, tiveram a resolução do parto sem conhecer o resultado dos exames, devido à demora na

entrega destes. Com isso, devemos definir claramente as responsabilidades de todos no processo de trabalho, para o cumprimento dos objetivos da atenção qualificada e humanizada às gestantes.

Os resultados deste estudo nos permitiram apreender que existem problemas estruturais na organização dos serviços de saúde, que provavelmente estão relacionados à falta de recursos humanos, à falta de materiais para a realização desses exames ou, por vezes, ao início tardio do pré-natal, o que reduz o tempo para que os resultados sejam conhecidos.

Finalizando esta categoria, o acesso aos exames complementares (ultrassonografia) foi garantido a todas as usuárias. Há de se destacar, contudo, alguns problemas que emergiram dos discursos, como equipamentos antigos, demora no agendamento, demora no atendimento, descrédito no exame do SUS e insatisfação das usuárias com os exames (por exemplo, pouca nitidez na imagem do feto), gerando insatisfação e descrédito da usuária com esse tipo de prática, com a qualidade do exame e com o laudo pobre de informações.

Quanto à demora no agendamento, as próprias usuárias apresentaram a justificativa de que são muitas as mulheres a serem atendidas e apenas um o aparelho disponível, resultando em longa espera. Alguns discursos revelaram que o descrédito no exame se refere ao grande número de usuárias que realizam esses exames, tornando impossível um bom atendimento.

Ante o exposto, percebemos que nesse município tais procedimentos estão sendo executados acima da capacidade, ou seja, muita demanda para pouca oferta, levando a insatisfação com a realização desses exames.

Por fim, na última categoria de análise, que é a opinião das usuárias sobre a assistência, os depoimentos destacaram a interação das usuárias com os profissionais de saúde, no pré-natal, parto e pós-parto, e o nível de satisfação com o atendimento recebido. O acolhimento e o vínculo revelaram-se mola-mestra, como dispositivos para analisar a interação das usuárias com os serviços de saúde.

Com base no relacionamento com os profissionais envolvidos no pré-natal, as entrevistadas, em sua maioria, descreveram haver sido bem atendidas, embora tenham expressado certa insatisfação com a assistência recebida, pois podemos perceber nos discursos alguns elementos negativos, como excessiva rapidez no atendimento, descompromisso, desconsideração, irresponsabilidade, falta

de entrosamento, falta de diálogo, não-acolhimento, transmissão de insegurança, descrédito, ausência de envolvimento etc.

O vínculo entre as mulheres e os profissionais de saúde é um importante quesito para humanização da atenção, adesão e a permanência das gestantes nos serviços de atenção ao pré-natal.

Já em relação ao relacionamento dos profissionais envolvidos no parto/pós-parto, a maioria das entrevistadas relatou ter sido bem tratada e bem atendida, elogiando os profissionais e considerando-os atenciosos. No entanto, uma pequena parcela mencionou não ter tido confiança, não haver acolhimento, haver sofrido condutas intervencionistas agressivas, haver apresentado ansiedade, insegurança, preocupação, medo do parto e dor.

É de vital importância que os hospitais e maternidades tenham profissionais adequadamente treinados para garantir atendimento e atenção especializada à gestante, de modo a evitar procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados; saber fazer, saber ser e saber atuar em casos de urgência e emergência no ciclo grávido-puerperal; mudar esse quadro por meio da promoção do respeito aos direitos das mulheres.

Foi observado neste estudo que ainda permanecem alguns aspectos negativos a serem enfrentados pela administração. De outra parte, especial prioridade deverá ser dada à implementação das diretrizes da política nacional de humanização, buscando assegurar o vínculo entre o usuário e os serviços, com acolhimento e responsabilização dos profissionais e das equipes.

Foram identificados nos discursos três níveis de satisfação com o atendimento prestado pelos profissionais: bom, dependente do profissional que realiza o atendimento e regular.

Na maioria, as entrevistadas, dentro do grau de conhecimento de que dispõem sobre o assunto, apontaram que o atendimento foi bom. Uma parcela menor demonstrou descontentamento com os profissionais que realizaram seu pré-natal. Outras consideraram o atendimento regular.

Ante o exposto, o município deve contribuir para a mudança desse quadro através do respeito ao direito da mulher de ser acompanhada durante seu cuidado à saúde, principalmente em situações importantes como é o caso do parto e pós-parto, pois isso faz parte do atendimento humanizado.

Quer-se, sobretudo, que este estudo venha contribuir para a compreensão global dos fenômenos vinculados às práticas assistenciais, uma vez que, os dados deste estudo culminaram em sugestões e/ou propostas para os gestores encontraram elementos adequados de ação para melhorar a atenção à mulher nos serviços municipais em Dourados, MS, tanto no aspecto assistencial como no administrativo: organização dos serviços de referência e contra-referência; divulgação dos protocolos de diagnóstico e tratamento nos serviços de saúde; uniformidade das condutas terapêuticas, diagnósticas e de gestão entre os programas existentes; desenvolvimento de uma política de integração dentre os diversos setores do SUS no município.

Para tanto, deixa-se aqui a sugestão aos gestores municipal para que procedam à organização da atenção às mulheres gestantes, garantindo a uniformização de condutas e de práticas educativas em grupo, mediante a adoção de iniciativas para motivação e capacitação dos profissionais de saúde e para consolidação de práticas assistenciais resolutivas, seguras, éticas e humanizadas.

No período estudado, as gestantes dirigiram-se ao parto com diferentes opiniões e expectativas, devido às práticas adotadas pelos modelos assistenciais, não tendo ocorrido reestruturação dessas práticas. Embora o acesso tenha sido garantido, é necessário que se operem mudanças na forma de organização, e também na forma como os profissionais operam esses serviços, redirecionando enfoques e ações pautados no paradigma da vigilância à saúde e na ampliação da cidadania brasileira, concretizando assim o propósito inicial do município, que era a reversão do modelo assistencial.

7 CONTRIBUIÇÕES DO ESTUDO PARA A ASSISTÊNCIA E ENSINO

A desarticulação da assistência no ciclo gravídico-puerperal é um dos fatores que influenciam a fragmentação da assistência. O município deverá adotar medidas para o desenvolvimento de ações de forma contínua, oferecendo cursos de capacitação, reciclagem e aperfeiçoamento aos novos profissionais das equipes de Saúde da Família e também aos demais profissionais envolvidos na assistência materna.

Para isso, o município deve ampliar o tipo de apoio oferecido a toda a rede de saúde, estreitando as relações entre universidades que oferecem cursos de formação de recursos humanos para o SUS; criando projetos que dêem suporte metodológico aos profissionais da rede, no desenvolvimento de pesquisas que objetivam a sistematização do conhecimento; estimulando os trabalhadores do serviço a sistematizarem o conhecimento produzido a partir da prática.

Para que a educação em saúde das usuárias do serviço de pré-natal seja uma realidade no município, é fundamental que os profissionais e os estudantes de cursos de graduação na área da saúde compreendam que a assistência materna proporciona um acompanhamento em seus diversos níveis de atenção e de complexidade, fornecendo subsídios para a compreensão da organização dos serviços de saúde nos âmbitos intra e extra-hospitalar.

REFERÊNCIAS

ALEIXO, J. L. M. Atenção primária à saúde e o Programa de Saúde da Família: perspectivas de desenvolvimento no início do terceiro milênio. **Revista Mineira de Saúde Pública**, Belo Horizonte, v. 1, n. 1, p. 1-16, jan./ jun. 2002.

ALMEIDA, E. S.; WESTPHAL, M. F. (Orgs.) Gestão de serviços de saúde: descentralização/municipalização do SUS. São Paulo: Edusp, 2001a.

ALMEIDA, M. I. **Programa Saúde da Família: significados e imagens**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2001b.

AQUINO, E. M. L. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para o debate sobre o gênero e equidade. In: **Seminário "Equidade entre os sexos: uma agenda para a virada do século"**. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, 1995. p. 36.

ARANTES, S. L. **A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado**. 2002. 170 f. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

ARANTES, S. L.; MAMEDE, M. V. Ouvindo a linguagem do corpo da mulher e percebendo a consciência corporal. In: IVO, M. L.; NUNES, C. B.; ZALESKI, E. G. F.; BARBOSA, M. A. B.; PÁDUA, A. R. **Dimensões do processo de cuidar em enfermagem**. Campo Grande: UFMS, 2004. p. 431-448.

BARBOSA, L. A. H. **Obstetrícia prática**. 6. ed. Rio de Janeiro: Atheneu, 1981. p. 134-141.

BRASIL. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Reorientação da assistência à saúde no âmbito da previdência social**. 3. ed. Brasília: MPAS, 1983.

_____. Constituição da República Federativa do Brasil. Título VIII. Da Ordem Social, Capítulo II, Seção II. Da Saúde. Brasília: Senado Federal, 1988.

_____. Lei n. 8.142. 28 dez. 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área de saúde e dá outras providências. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 31 de dezembro de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Relatório Final da IX Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1992.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Programa Saúde da Família: saúde dentro de casa**. Brasília: Ministério da Saúde, 1994.

_____. Ministério da Saúde. **Promoção da Saúde**: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Sidsvall e Santa Fé de Bogotá. Tradução: Luiz Eduardo Fonseca. Brasília: Ministério da Saúde, 1996a.

_____. Ministério da Saúde. Portaria MS/GM n. 2203, de 5 de novembro de 1996. Estabelece a NOB-SUS 01/96. **Diário Oficial da União**, Brasília, n. 216, p. 22.932-22.940. 6 nov 1996b. Seção 1.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família**: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1996c.

_____. Ministério da Saúde, Conferência Nacional de Saúde e Direitos da Mulher: relatório final. Brasília, 10-13 out. 1996d.

_____. Ministério da Saúde. Proposta de implementação da descentralização, Conferência Nacional de Saúde, 10. **Anais...**, Brasília, Ministério da Saúde, 1997a.

_____. Ministério da Saúde. Coordenação Geral de Desenvolvimento de Recursos Humanos para o SUS. Agenda de prioridades para a política de recursos humanos na gestão do SUS. Brasília, 1997b. Disponível em: <<http://www.saude.gov.br>>. Acesso em: 20 fev. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Acesso e utilização dos serviços de Saúde**, Brasília, Ministério da Saúde, out. 1999.

_____. Ministério da Saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

_____. Ministério da Saúde. Direitos sexuais e direitos reprodutivos. Rede Feminista de Saúde, em parceria com a Área Técnica de Saúde da Mulher. **Jornal da Rede Feminista de Saúde**, n. 20, maio 2000b.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica da Saúde da Mulher. **Urgências e emergências maternas**: guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna. Brasília: Ministério da Saúde, 2000c.

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

_____. Ministério da Saúde. **Programa de Interiorização do Trabalho em Saúde**: O que é? Brasília: Ministério da Saúde, 2001b, p. 1-4. Disponível em: <www.saude.gov.br/pits/oquee.htm>. Acesso em: 14 mar. 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. **Projeto Promoção da Saúde**. As Cartas da Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde da Família: ampliando a cobertura para consolidar a mudança no modelo de atenção básica. **Revista brasileira saúde materna infantil**, Recife, v. 3, n. 1, p. 113-125, jan./mar. 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento Diário Oficial da União Nº 238, 13 de dezembro de 2004a. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria Nº 2.607, de 10 de dezembro de 2004a. Aprova o Plano Nacional de Saúde/PNS - Um Pacto pela Saúde no Brasil.

_____. Conselho Nacional de Secretarias de Saúde. Atenção Primária: Seminário do CONASS para construção de conselhos. Brasília: CONASS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Desenvolvimento de estudos de linha de base nos municípios selecionados para o componente 1. Projeto PROESF/Componente 3 – SAS – Departamento de Atenção Básica – Coordenação de acompanhamento e avaliação. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação de Acompanhamento e Avaliação. Fortalecimento das ações de monitoramento e Avaliação da atenção básica. **Rev. Bras. Saúde materna Infantil**, Recife, v. 4, n. 4, p. 449-459, out./dez. 2004d.

CAMARGO JÚNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in)definição de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2003. 228p.

CAMPOS, G. W. de S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança. In: CECILIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994. p. 61-62.

CAMPOS, C. E. A. O desafio da integralidade segundo as perspectivas da vigilância da saúde e da saúde da família. **Ciências & Saúde Coletiva**, São Paulo. v. 8, n. 2, p. 569 - 584, 2003.

CECILIO, L. C. O. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

COLLET, N. & ROSSO, C. F. W., *Os Enfermeiros e a Prática de Educação em Saúde em Municípios do Interior Paranaense*. 1999. <<http://www.fen.ufg.br/revista>>.

COSTA, A. M. O. **PAISM**: uma política de assistência integral à saúde da mulher a ser resgatada. [S.l., s.n.], 1992. p. 67. (Mimeografado.)

CRUZ, N. O. O trabalho de campo como descoberta e criação. In: MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995. p. 51-66.

DINIZ, C. S. G. O que nós profissionais de saúde podemos fazer para promover os direitos humanos das mulheres na gravidez e no parto. Projeto Gênero, Violência e Direitos Humanos – Novas Questões para o Campo da Saúde. Coletivo Feminista Sexualidade e Saúde, Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. São Paulo: USP, 2002. Website: <www.mulheres.org.br>.

DOMINGUES, R. M. S. M. et al. Aspectos da satisfação das mulheres com a assistência ao parto: contribuição para debate. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. 552-562, 2004.

FAÚNDES, A.; PINOTTI, J. A.; CECETTI, J. G. Atendimento pré-natal: assistência primária: quais as necessidades no Brasil. **Jornal Brasileiro Medicina**, v. 52, n. 3, p. 38-54, 1987.

FRANCO, T. B.; MAGALHÃES, H. M. J. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: Olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: UNICAMP/HUCITEC. 2003. p. 125-134.

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

GOULART, F. A de A. Cenários epidemiológicos, demográficos e institucionais para os modelos de atenção à saúde. **Informe Epidemiológico do SUS**, v. 8, n. 2, p. 17-26, abr./jun. 1999.

GRESSLER, L. A. **Dourados: 60 anos de emancipação: 1935-1995**. Dourados: Prefeitura Municipal de Dourados, 1995.

HOGA, L. A. K.; PRAÇA, N.; SAITO, E. Atenção à saúde da mulher e perinatal: atuação da enfermeira obstetra em uma comunidade de baixa renda. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 9, n. 2, p. 51-58, 1996.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Censo Demográfico 2004.

KAWAMOTO, E. E. Educação em saúde. In: KAWAMOTO, E. E. (Org.). **Enfermagem comunitária**. São Paulo: EPU., 1993. p. 29 -33.

LEAL, M. C. et al. Uso do índice de Kotelchuck modificado na avaliação da assistência pré-natal e sua relação com as características maternas e o peso do recém-nascido no município do Rio de Janeiro. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. 563-572, 2004.

LEÃO, E. M.; MARINHO, L. F. B. Saúde das mulheres no Brasil: subsídios para as políticas públicas de saúde. **Revista Promoção da Saúde**, Brasília, v. 3. n. 6, p. 31-36, out. 2002.

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. **Discurso do Sujeito Coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: EDUCS, 2003.

LEVCOVITZ, E. **Desafios e perspectivas para a área de planejamento e gestão no SUS: Oficina de trabalho "Rearticulação da Área de P&G em Saúde"**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, 1996.

LEVY, S. Programa Educação em Saúde. Outubro, 2000. SES-CE (Secretaria Estadual de Saúde do Ceará), 1999. Projeto de Melhoria da Qualidade (PROQUALI). Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/programas/pes/pes/index.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2006.

LOPES, B. C.; CORRÊA, E.G. (Org.). **Acompanhamento à saúde da mulher: parte I: gestação, parto e puerpério**. Brasília: Ministério da Saúde, 1995.

MALTA, D. C. et al. Perspectiva da regulação na saúde suplementar diante dos modelos assistenciais. **Ciência & Saúde Coletiva**. São Paulo. v. 9, n. 2, p. 433-444, 2004.

MARQUES; R. M.; MENDES, A. A. Política de incentivos do Ministério da Saúde para a atenção básica: uma ameaça à autonomia dos gestores municipais e ao princípio da integralidade? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, supl., p. 163-171, 2002.

MATTOS, R. A. de Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. de. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ/IMS/ABRASCO, 2001. p. 39-64.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde: a crise da saúde e as reformas do setor**. São Paulo: HUCITEC, 1996. p. 17-55.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social: teorias, métodos e criatividade**. Petrópolis: Vozes, 1994.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6. ed. São Paulo: Hucitec/ABRASCO, 1996.

MORAIS, M. S. et al. Avaliação da assistência às gestantes: o caso do município de São José do Rio Preto, São Paulo. **Rev. Bras. Saúde Materna**, Recife, v. 4, n. 4, p. 375-384, out./dez. 2004.

MOURA, E. R. F.; SOUSA, R. A. Educação em saúde reprodutiva: proposta ou realidade do Programa Saúde da Família? **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 6, p.1809 -1811, nov.-dez. 2002.

OLIVEIRA, F. J. A. de. Por uma perspectiva dos usuários: avaliação de uma unidade de saúde comunitária. In: BORDIN, R. et al. (Org.). **Práticas de gestão em saúde: em busca da qualidade**. Porto Alegre: Decasa, 1996. p. 144.

PAIM, J. S. Reforma sanitária e modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia & Saúde**. 4. ed. Rio de Janeiro: MEDSI, 1993. cap. 18, p. 455-466.

_____. **Recursos humanos em saúde no Brasil: problemas crônicos e desafios agudos**. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública, USP, 1994a.

_____. A reorganização das práticas de saúde em distritos sanitários. In: MENDES, E. V. (Org.). **Distrito sanitário: o processo oscila de mudanças das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: HUCITEC/ABRASCO, 1994b. p. 187-235.

PEDUZZI, M.; SCHRAIBER, L. B. O trabalho em equipe na formação e na prática dos profissionais de saúde. In: CONGRESSO NACIONAL DE REDE UNIDA. Belo Horizonte, 2-5 jul. 2005.

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

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

PINHEIRO, R. S. et al. Gênero, morbidade, acesso e utilização de serviços de Saúde no Brasil. **Ciencia & Saúde Coletiva**, n. 7, v. 4, p. 687-707, 2002.

PUCCINI, R. F. et al. Equidade na atenção pré-natal e ao parto em área da região metropolitana de São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 35-45, jan./ fev. 2003.

RIBEIRO, J. M. et al. Atenção ao pré-natal na percepção das usuárias do Sistema Único de Saúde: um estudo comparativo, **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 534-545, mar./abr. 2004.

SCHIRMER, J. et al. Secretaria de Políticas Públicas de Saúde. **Assistência pré-natal: manual técnico**. 3. ed. Brasília: SPS/Ministério da Saúde, 2000. p. 66.

SILVA, J. O.; BORDIN, R. Educação em saúde. In: DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 1996. cap. 12, p. 61-64.

SILVEIRA, D. S. et al. Atenção pré-natal na rede básica: uma avaliação da estrutura e do processo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 131-139, jan./fev. 2001.

SOUZA, M. F. A agem do PSF (As Bases organizativas). In: A cor-agem do PSF. **Saúde em Debate**. São Paulo: Hucitec, 2001. p. 41-47.

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

TESTA, M. **Pensamento estratégico e lógica de programação: o caso da saúde**. São Paulo: Hucitec, 1993.

TORNQUIST, C. S. Armadilhas da nova era: natureza e maternidade no ideário da humanização do parto. **Revista Estudos Feministas**, Florianópolis, v. 10, n. 2, jul./dez. 2002.

TRAVASSOS, C.; PINHEIRO, R. S. Estudo da desigualdade na utilização de serviços de saúde por idosos em três regiões da cidade do Rio de Janeiro. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, jul./set. 1999.

TYRREL, M. A. R.; CARVALHO, V. **Programas nacionais de saúde materno-infantil**: impacto político social de inserção de enfermagem. Rio de Janeiro: UFRJ, 1995.

WEBER, D. O. **Seis modelos de assistência centrada no paciente**. Tradução de Carlos Roberto Del Nero. São Paulo, Harbra, 1992.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, M. S. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. cap.1, p. 1- 6.

APÊNDICE A - AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS

DOURADOS – MS, 19 DE ABRIL DE 2005.

Ilmo. Sr.

Diretor de Enfermagem do Hospital

Assunto: Solicitação de autorização para realização de coleta de dados

Prezado Senhor,

Solicitamos de V. S^a. autorização para coleta de dados necessários para à elaboração da Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva – UFMS: “ASSISTÊNCIA MATERNA NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS USUÁRIAS DO SUS NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS.” que deverá ser realizada com as puérperas que utilizaram os serviços do SUS desta instituição, cujos objetivos estão em anexo. Portanto solicito de vossa senhoria a permissão para que eu possa desenvolver minha pesquisa na instituição Maternidade Maria Aparecida Pedrossian, uma vez que a amostra constituir-se-á das mulheres que se encontram no puerpério e que foram atendidas na rede SUS em Dourados-MS.

Antes da realização de cada entrevista, será feito uma abordagem inicial às mulheres, com a apresentação dos objetivos da pesquisa e posteriormente o convite para participar desta, sendo assinado um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por cada mulher entrevistada (TCLE); posteriormente transcorrerá a entrevista. Nesse momento, será esclarecido, também, que não haverá registro do seu nome na entrevista a ser desenvolvida, a fim de impedir a sua identificação e garantir a confiabilidade das informações obtidas.

Os dados de interesse para a pesquisa serão coletados através de entrevistas gravadas e transcritas, com perguntas abertas compostas por questões que se relacionem com as variáveis pertinentes ao estudo, e que as levem a uma produção de um discurso.

Conto com sua compreensão e gentileza costumeira, posso dizer também que tudo farei para não atrapalhar o bom andamento dos serviços naquela instituição.

À disposição para quaisquer esclarecimentos,

Atenciosamente

Luz Marina Pinto Martins
Enfermeira – COREN – MS 40.633
(067) 3427-3015 ou 9942-7039

APÊNDICE B: SELEÇÃO E IDENTIFICAÇÃO DAS PUÉRPERAS

DATA /SELEÇÃO _____ DATA / ENTREVISTA _____

PRIMEIRO NOME+ INICIAIS _____

IDADE _____ QUARTO _____ LEITO _____

PRÉ-NATAL NA REDE SUS EM DOURADOS () SIM () NÃO

UBS/UBSF (LOCAL): _____

CONCORDA EM PARTICIPAR DA PESQUISA () SIM () NÃO

HORA INÍCIO _____ HORA TÉRMINO _____ DURAÇÃO _____

DATA DO PARTO _____ IDADE GEST. _____

PSF () NÃO PSF () TIPO DE PARTO ATUAL _____

ENTREVISTA () HOSPITAL () CASA

PROFISSÃO _____

ESCOLARIDADE: _____

REALIZADO ENTREVISTA () SIM () NÃO

APÊNDICE C: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (T.C.L.E.)

Eu, _____, abaixo assinado, tendo sido devidamente esclarecida a respeito do projeto de pesquisa intitulado “ASSISTÊNCIA MATERNA NA ÓTICA DAS PUÉRPERAS USUÁRIAS DO SUS NO MUNICÍPIO DE DOURADOS-MS.” que tem como pesquisador responsável a enfermeira Luz Marina Pinto Martins, do Curso de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, aceito participar.

Acredito ter sido suficientemente informada a respeito das informações que li ou que foram lidas por mim, descrevendo os objetivos do estudo. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, que será criado um código de garantia de confidencialidade, sigilo e que terei direito aos esclarecimentos permanentes. Concordo que a entrevista seja gravada. E, que estou participando voluntariamente deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer hora, antes ou durante o mesmo, sem penalidades. A minha assinatura neste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE dará autorização ao pesquisador do estudo, de utilizar os dados obtidos quando se fizer necessário, incluindo a divulgação dos mesmos, sempre preservando minha privacidade.

DECLARO, outrossim, que após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto voluntariamente em participar desta pesquisa.

QUALIFICAÇÃO DO DECLARANTE**CÓDIGO** _____

Sujeito da Pesquisa (Iniciais): _____

Endereço: _____ nº _____

Ponto de referência _____

Bairro: _____ Telefone _____

Assinatura do Declarante

DECLARAÇÃO DO PESQUISADOR

DECLARO, para fins de realização de pesquisa, ter elaborado este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), cumprindo todas as exigências contidas nas alíneas acima elencadas e que obtive, de forma apropriada e voluntária, o consentimento livre e esclarecido do declarante acima qualificado para a realização desta pesquisa.

Dourados, _____ de _____ de 2005.

Assinatura do Pesquisador

APÊNDICE D: ENTREVISTA

QUESTÃO NORTEADORA

O principal objetivo da Assistência Materna é acolher a mulher desde o início de sua gravidez, realizando um pré-natal adequado, encaminhá-la para outras referências, quando necessário, e atendê-la em seu parto e pós-parto. Com isso, gostaria que você me falasse: Na sua opinião, como foi o seu atendimento desde que você engravidou até agora? Como você vivenciou esse período?

CATEGORIAS DE ANÁLISE QUE NORTEARAM AS ENTREVISTAS

- 1) Formas de organização do processo de trabalho no atendimento à mulher**
 - a) Atendimento a demanda
 - b) Trabalho em equipe
 - c) Práticas informativas/educativas
- 2) Acesso às ações e serviços de saúde**
 - a) Consultas
 - b) Meios terapêuticos
 - c) Exames laboratoriais de rotina
 - e) Exames complementares
- 3) Opinião das usuárias sobre a assistência**
 - a) Relacionamento com os profissionais de saúde envolvidos no pré-parto,
 - b) Relacionamento com os profissionais de saúde envolvidos no pós-parto;
 - c) Nível de satisfação das usuárias com o atendimento.

APÊNDICE E – DISCURSO DO SUJEITO COLETIVO

I. FORMAS DE ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO NO ATENDIMENTO À MULHER

A) Organização da demanda

<p>DSC</p> <p>IC: Gestante tem prioridades, não tem que enfrentar filas UBS = {B001, B006, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B022, B041, B042, B044, B046, B047, B048, B049, B050, B054, B057, B059, B066} DSC A - ...<i>O atendimento da gente era agendado com antecedência, sempre de um mês pro outro, não precisa enfrentar fila, não precisava ir de madrugada, pegando friagem, como precisa quando a gente não é gestante..</i></p> <p>UBS = {B002, B019, B051, B055, B056} DSC B - ...<i>Qualquer dia podia ir, não era agendada não, o pré-natal eles marcam de um dia pro outro, ou vai cedo marca, e tarde volta. Ou eu ligava lá, as moças marcava daí no outro dia eu ia. Às vezes no mesmo dia que eu marcava eu já era consultada...</i></p>
<p>DSC</p> <p>IC: Gestante tem prioridades, não tem que enfrentar filas UBSF={F003, F004, F005, F007, F012, F013, F015, F017, F018, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F030, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F038, F039, F043, F045, F052, F053, F058, F060, F061, F062, F063, F064, F065} DSC A - ...<i>Elas [consultas] eram agendadas pelo agente de saúde...</i></p> <p>DSC B - ...<i>Era marcada com antecedência. Eu saía de lá e já marcava a data para eu consultar no próximo mês, tinha o dia especial da gestante ...</i></p> <p>DSC C - ...<i>Eram agendadas, a gente ligava, porque gestante podia ser por telefone. Não tinha um dia certo na semana não, o dia que você quisesse ir, você ia...</i></p> <p>UBSF = {F029, F040} DSC D - ...<i>Elas [consultas] não eram agendadas, eu chegava lá e tinha consulta, no mesmo dia que eu marcava eu já era consultada. Eu ia cedo, marcava e de tarde eu consultava. As vezes eu ligava lá, as moças marcava daí no outro dia eu ia. Qualquer dia podia ir não era agendada não, o pré-natal eles marcam até de um dia pro outro. A agente de saúde ela passa em casa, mas passa de mês em mês, aí se você quer alguma coisa você tem que procurar no posto...</i></p> <p>DSC E - ...<i>Era simples, chegava de manhã, marcava, já ficava, à tarde já era atendida...</i></p>

B) Trabalho em equipe

<p>DSC</p> <p>IC: Só o médico participou do meu pré-natal UBS = {B001, B002, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B019, B022, B041, B046, B048, B049, B050, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066} DSC A - ...Só o médico participou do meu pré-natal, mais ninguém. Mas isso não é bom, se tivesse uma palestra do dentista, ou da enfermeira era bom. Porque na verdade, às vezes o médico está tão preocupado com muita gente pra atender, e acontece que às vezes ele não tem tempo pra gente...</p> <p>IC= Teve a participação de outras pessoas UBS = {B006, B042, B047,} DSC A - ...Sim a Enfermeira fez palestras...</p>
<p>DSC</p> <p>IC: Só o médico participou do meu pré-natal UBSF = {F004, F012, F015, F017, F020, F028, F030, F031, F032, F034, F035} DSC A - ...Só o médico participou do meu pré-natal, foi bom. Nem o agente de saúde ia em casa, nem enfermeira só quando ia coletar sangue, e a triagem tinha vezes que o enfermeiro ia pra fazer e tinha vez que não ia...</p> <p>DSC B - ...Fiz o pré-natal com a enfermeira, porque não tinha médico...</p> <p>DSC C - ...Olha, eu não tive contato com o médico, só com a enfermeira, por ela já ter atendido várias pessoas que eu conheço também, inclusive a minha irmã. Só na primeira consulta teve o médico, só pra mostrar o resultado do positivo, e ele me encaminhou pra ela...</p> <p>DSC D - ...O pré-natal inteirinho eu fiz com a médica. A enfermeira pesava, tirava a pressão na pré consulta...</p> <p>DSC E - ...Só o médico. Tinha dentista, mas como eu já tava grávida, ele falou que era pra eu esperar e depois retornar. A enfermeira ela só pesava a gente..</p> <p>IC = Teve a participação de outras pessoas UBSF = {F003, F005, F007, F013, F018, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F029, F033, F035, F036, F037, F038, F039, F040, F043, F044, F052, F053, F058, F060, F061, F062, F063, F064, F065} DSC A - ...No PSF teve a participação de várias pessoas, além da médica, o dentista, a enfermeira, sempre que a gente ia, ela também atendia é muito boa, o agente também. Mas as consultas foram só com o doutor mesmo...</p> <p>DSC B - ...Além da médico, a enfermeira, sempre que a gente ia, ela também atendia é muito boa, o agente também. A enfermeira, passava primeiro por ela, pra fazer a pré consulta e depois o médico. Só o agente de saúde que foi umas três, quatro vezes em casa. A enfermeira não foi em casa, nem o médico...</p>

C) Práticas informativas/educativas

DSC

IC = Práticas educativas individuais

UBS = {B001, B002, B006, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B019, B022, B041, B042, B046, B047, B048, B049, B050, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A - ...As informações que eu recebia, a respeito das coisas, era só o médico que dava. Não tinha outra pessoa, enfermeira nenhuma me orientava. Só o médico, as orientações ele dava dentro do consultório. Se tivesse uma palestra do dentista, ou da enfermeira de como cuidar do bebê essas coisas assim seria bom. Porque na verdade, às vezes o médico ta tão assim, preocupado com muita gente pra atender, e às vezes, tem alguma informação que às vezes falta, então acontece às vezes que ele não tem tempo pra ele responder tudo. Às vezes, eu perguntava pra minha mãe, mas ela falava mais pra eu perguntar pra ele, aí eu perguntava e ele respondia...

DSC B - ...As informações que eu recebia era da enfermeira a gente sempre marcava consulta com ela, e ela conversava com a gente, explicava antes do parto, depois do parto aí, ela da palestra, mais é individual. O médico não deu orientação, foi só a enfermeira...

DSC C - ...Não recebi orientação, assim, “entre aspas”, bem pouco, nem o médico me falava nada, as informações foi outra pessoa, não de profissional de saúde...

DSC D - ...Uma assistente que ajuda a gente, aí, ela da palestra, mais é individual. O médico não deu orientação, foi só a assistente...

IC= Práticas educativas em grupo

UBS = {B006, B011, B016, B019, B042, B047, B051, B055, B056, B057, B066}

DSC A - ...Sempre havia palestras em grupo lá no posto, às vezes que eu ia fazer pré-natal o médico sempre dava uma dica, falava da amamentação. O médico mesmo quem falava. E todas as dúvidas eles explicava...

DSC B - ...A enfermeira que dava essas palestras, ela falava sobre o cartão da gestante, sobre como amamentar, como cuidar do bebê. Ela só não falou o que eu faço agora depois de ganhar o nenê. Isso aí ela não falou não...

DSC C - ...Teve as palestra, mas eu não participei de nenhuma, porque era de manhã, e pra eu ficar indo pra lá, ficava muito difícil, porque não é tão perto da minha casa...

DSC D - ... Não participei porque é no horário ruim, eu trabalho. É, aí quando eu tinha alguma dúvida eu perguntava nas consultas pro médico. O horário das reuniões era uma hora da tarde, e era muito difícil ir uma hora de novo, aí não participei...

DSC E - ...Não, só recebi orientação do médico individual, não participei do grupo de gestante porque não tinha com quem deixar os meus filhos...

DSC F - ...Não participei. Porque eu ficava mais em casa, porque o médico me proibiu de andar de bicicleta, muito de a pé, então ficava difícil daí, meu marido trabalha...

DSC G - ...Tinha, eu sempre via o recado na parede, mas eu não ia. Porque é longe, então eu ia mesmo só pra consultar...

IC = Práticas educativas individuais

UBSF = {F005, F007, F015, F017, F020, F021, F025, F026, F027, F029, F030, F031, F036, F038, F040, F043, F044, F045, F058, F060, F061, F063, F064} F004, F012, F013, F034}

DSC A - ...*Não participei de nenhum grupo de gestantes. Só consulta com a enfermeira. Não tinha palestra com um monte de gente, era só eu e ela, ou o médico...*

DSC B - ...*Não, eu não participei porque eu trabalhava. As dificuldades que eu tinha, a agente de saúde me informava, porque o médico olha, ele assim, praticamente, ele nem viu meu exame, foi à enfermeira que viu...*

DSC C - ...*As informações só eram através da enfermeira, inclusive em livros que elas dão lá, inclusive ela me deu um de massagem muito interessante, sobre amamentação, um monte de coisa ela me deu pra levar pra casa. Vivia lendo, Ela falou inclusive dos anticoncepcionais, que tem um que pode ser usado na amamentação, ela falou pra eu procurar ela...*

DSC D - ...*Os médicos não falaram nada não. Eu mesmo que me cuidava. Ninguém me orientou em nada, ninguém da unidade, então realmente tem esse detalhe que ficou essa falha né? Que precisava ter dado mais orientações de como que é o parto, da onde que eu vinha fazer o parto. As minhas dúvidas as minhas vizinhas me falavam. Tinha enfermeiro que atendia lá, mas ele não me atendeu, só as pessoas de fora de lá que me falava, as coisas quando eu tinha duvida eu perguntava pra outras pessoas, era por umas senhoras que tem no grupo da pastoral da saúde da comunidade, e também por minha mãe que me orientou.*

IC= Práticas educativas em grupo

UBSF = {F003, F005, F007, F013, F018, F023, F024, F025, F028, F032, F033, F034, F035, F037, F039, F052, F053, F062, F065}

DSC A - ...*A enfermeira é quem dava, as palestras, cada vez era um tema, e tinha as reuniões semanais. Tinha bordado também. Tinha um dia da semana que nós tínhamos atividades pra distração, pintura, caminhada. Era bom, porque aí nesses bordados você acaba trocando experiência umas com as outras né? E quem dava o curso eram as próprias agentes de saúde, a idéia partiu delas, das agentes. Foi bom, porque eu aprendi bastante coisa. Eles ensinam muita coisa. Como cuidar da roupa do neném, lavar, que tem que dar de mamar.*

II. ACESSO AS AÇÕES E SERVIÇOS DE SAÚDE

A) Consultas

DSC

IC= facilidade no acesso

UBS = {B001, B002, B006, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B019, B022, B041, B042, B046, B047, B048, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A - ... *não precisava ir de madrugada, como precisa quando a gente não é gestante. Eu acho bom, porque aí não precisa estar acordando de madrugada, pegando friagem, não precisa enfrentar fila... No final da gravidez a gente ia de uma a duas vezes por mês, neste último mês ia toda semana. O médico já pegava a carteirinha e já deixava marcado o próximo mês que você ia. E se tivesse algum problema ia lá e eles te atendiam normal.*

IC= dificuldade no acesso

UBS {B002, B014, B042, B049, B050}

DSC A - ...*Algumas vezes era agendada, as outras vezes ia sem marcar. O dia que você ia se tivesse vaga você marcava, se não tivesse você tinha que esperar. O pessoal da recepção é muito complicado, você sai da sala do médico e ele já manda você marcar, aí você chega lá na recepção pra marcar e elas mandam você voltar outro dia, aí no outro dia você chega lá e vai conseguir remarcar pra depois de um mês. O atendimento da recepção é péssimo lá. Chegou deu ir e ter que voltar pra trás com aquele barrigão, mas o médico tava lá, pra mim era má vontade...*

IC= era atendida rápido

UBS={B001,B002,B006,B008,B009,B010,B011,B014,B016,B019,B022,B041,B042, B046,B047,B048,B051,B054,B055,B056,B057,B059,B066}

DSC A - ... *como já era marcado todo mês, só chegava lá, fazia a triagem, e já era atendida rapidinho, todas as vezes que eu fui, sempre fui umas das primeiras a ser atendida, porque mulher grávida tem preferência. Todas as vezes que eu fui sempre fui uma das primeiras a ser atendida porque mulher grávida eles dão preferência...*

IC= bastante tempo para ser atendida

UBS {B002, B014, B042, B049, B050}

DSC A - ... *Eu fiquei bastante tempo pra ser atendida, porque o doutor ele demorava um pouco pra chegar lá. Eles mandam você tá lá seis horas, às vezes nove horas ele chega, se a gente fosse a última, aí é que demorava bastante. Tive que ficar mais de duas horas pra ser atendida, isso foi ruim, porque a gente tem aquela barriga, ficar sentada lá não é fácil....*

IC = facilidade no acesso

UBSF={F003,F004,F005,F007,F012,F013,F020,F021,F023,F024,F025,F026,F027,F028,F029,F031, F032,F033,F034,F035,F036,F037,F038,F040,F043,F044,F045,F052,F053, F058,F060}

DSC A - ...*Foi muito fácil, não tinha que enfrentar fila pra consultar, chegava lá, fazia a triagem e aguardava o médico chegar. Não precisava madrugar pra ir no posto.*

DSC B - ...*Era simples, não era agendada chegava de manhã, marcava, já ficava, à tarde já atendia. Eu chegava lá e tinha consulta, porque a agente de saúde ela passa, mas de mês em mês, aí se você quer alguma coisa você tem que procurar no posto. Então ela quase não ia em casa, aí eu ia no posto quando sentia dor, todo mês era assim, eu não marcava, chegava e era atendida...*

IC: dificuldade no acesso

UBSF = {F005, F018, F023, F025, F030, F033, F036, F039}

DSC A - ...*A gente marcava a consulta e chegava lá, não tinha médico, o médico não chegava, não vinha, então, você sempre acaba voltando, e foi, aí foi mudando assim sabe? mudando, mudando de médico, eu não sabia porque, não tinha motivo. Tinha dia em que o médico tinha faltado ou alguma coisa assim, eles nem, nem o agente ia em casa avisar, nem ligava, nem nada. Porque às vezes a gente ficava esperando que tava marcado pro mês que vem, porque sempre marcava uma consulta por mês. Eu até falava pro meu marido: Quer ver, hoje eu vou lá e alguma coisa vai acontecer e eu vou voltar pra trás, de tão acostumada que eu tava de chegar lá e não ter atendimento...*

IC: bastante tempo para ser atendida

UBSF={F005, F018, F023, F025, F030, F033, F036, F039}

DSC A - ...*O tempo que ficava era demorado porque era um dia específico pra gestante, aí naquele dia só é a gestante, geralmente tem bastante, daí não tem hora pra sair. Você ficava a tarde toda lá. Isso me incomodava um pouco com certeza. Mas a gente não pode brigar porque se a gente vai falar elas falam que não tem culpa, o problema é lá mesmo, que tinha bastante gestante, aí tinha que esperar...*

DSC B - ...*Que nem, o posto abre uma hora da tarde, meio dia você tinha que tá lá, e cedo abre seis horas, cinco você tinha que tá lá. E pra ser atendida a gente esperava muito, demorava bastante, umas duas horas. Até o médico chegar. Tinha vez que ficava até as onze horas, meio dia e o médico não chegava, não vinha..*

DSC C - ...*As consultas eram à tarde, às vezes demorava muito, porque às vezes tinha casos mais graves, criança passando mal ou então idoso, aí eles davam preferência, aí depois que começava a atender as gestantes*

B) Meios Terapêuticos**DSC****IC= Tiveram a prescrição**

{B047, B049, B050, B051}

DSC A - ...Tomei tudo que o médico passou... Até as vacinas...

{B008, B009, B010, B041, B042, B056},

DSC B - ...Tomei todos medicamentos, as vacinas, eu consegui na rede de graça...

{B001, B002, B006, B014, B016, B046, B054, B057}

DSC C - ...Tomei todos, mas tive que comprar, porque eu não sabia se tinha na farmacinha, ninguém me falou, da minha primeira gravidez não tinha e eu falei: agora também não vai ter. Também tomei as vacinas...

{B016, B059, B066}

DSC D - ...Tomei, tive que comprar, pois não tinha na farmacinha. Tomei as vacinas...

{B011, B048, B055}

DSC E - ...Tomei todos, alguns eu comprei outros eu ganhei. Tomei as vacinas...

IC= Não tiveram a prescrição

UBS = {B019, B022}

DSC A - ...Não... nunca tomei, não tomei nada, ele não me passou...

DSC – UBSF**IC= Tiveram a prescrição**

{F021, F028, F039}

DSC A - ...*Só tomei sulfato ferroso, porque eu tava com um pouco de anemia, daí eles passaram pra mim...*

{F003, F007, F018, F025, F026, F029, F032, F033, F034, F037, F044, F045, F052, F061, F065}

DSC B - ...*Precisei tomar sulfato ferroso, eu tava com anemia deu no exame. Consegui pegar esses remédios na rede pública. Ela falou que tinha na farmacinha, eles avisam no posto. Tomei um mês. Fiquei bem depois...*

{F024}

DSC C - ...*Tomei vitaminas. Ai eu comprei, eu nem procurei vê se tinha. Eu nem perguntei nada não...*

{F012, F015, F017, F060}

DSC D - ...*Tomei só a vitamina, tive de comprar, pois não tinha na farmacinha...*

{F013, F027, F031, F036, F043, F064}

DSC E - ...*Algumas eu peguei na farmacinha, outras eu tive que comprar. Porque não tinha lá e ia demorar pra chegar, aí eu comprei. Quando ele dava a receita ele falava assim: Passa lá e vê se tem...*

IC= Não tiveram a prescrição

{F004, F005, F017, F020, F023, F030, F035, F038, F040, F053, F058, F062, F063}

DSC A - ...*Não, não tomei nada. Não, ele não me passou nada. Não deu anemia, não deu nada. E todos falavam que tem que consultar porque assim que consultar o médico passa vitamina né. Aí o doutor falou: Não, você não precisa não, aí eu não tomei, aí quando foi agora no último exame que eu fiz, aí deu um pouquinho de anemia aí ele me passou aí eu to tomando, ele falou pra eu tomar por trinta dias...*

DSC B - *Quando eu fui com outro médico ele perguntou pra mim se eu tinha tomado as vitaminas, eu disse que não porque o médico falou que eu não precisava tomar, ele falou que eu tinha que ter tomado no começo, agora não adianta mais...*

DSC C - ...*Eu comecei a tomar só depois que comecei a consultar com outro médico. Lá no posto o médico não passou não, até o sexto mês de gravidez eu não tomava nada, nem vitamina, nada, nada...*

C) Exames laboratoriais de rotina

DSC - UBS

IC= foram garantidos os exames

{B001, B006, B008, B010, B011, B014, B019, B022, B041, B046, B047, B048, B049, B050, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A - ...*Fiz todos que ele pediu no começo, foi fácil, fiz lá no posto mesmo ia pela manhã e colhia o sangue, urina, e quando chegou levei o resultado pro médico. Ele explicou o resultado e anotou no meu cartão, deu tudo normal graças a Deus...*

{B002, B009, B016, B042}

DSC B - ...*Fiz todos no começo, só que demorou um pouco pra chegar, um mês mais ou menos. Porque eu fiz com sete meses. Daí eu ganhei ele [nenê] e a médica não viu, porque demorou, e era pra chegar logo né? e demorou pra chegar tinha uns que demoravam quarenta dias ou mais, eu fiquei quase dois meses esperando e não chegou.(SIS pré-natal)...*

DSC - UBSF

IC= foram garantidos os exames

{F004, F007, F012, F013, F017, F018, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F029, F030, F031, F032, F033, F034, F036, F037, F038, F039, F043, F052, F053, F058, F060, F061, F062, F063, F064, F065}

DSC A - ...*Eu fiz todos, desde pra saber se tava grávida até o de sete mês que era o último,. eles colhem o sangue no posto mesmo, toda quarta, é um dia da semana só que faz isso. Os agentes de saúde levavam o resultado pra mim em casa e depois eu levava pro médico, muito fácil...*

{F003, F005, F015, F035, F040, F044, F045}

DSC B - ...*Fiz todos os exames. Demorou um pouco pra chegar. Porque eu fiz todos aqueles do SIS pré-natal, demorou quase um mês mais ou menos, uns ficou pra traz não deu tempo de pegar...o nenê nasceu...*

D) Exames complementares

DSC - UBS

IC= Teve acesso

{B001, B002, B006, B008, B009, B010, B011, B014, B016, B019, B022, B041, B042, B046B047, B048, B049, B050, B051, B054, B055, B056, B057, B059, B066}

DSC A - ...*O médico passou o ultrasson e eu vim fazer aqui no CAM...*

{B046, B048, B054}

DSC B - ...*Era urgente, aguardei vaga e fui atendida no mesmo dia...*

{B001, B002, B006, B010, B011, B019, B051, B055, B059}

DSC C - ...*Fiz o ultrasson aqui no CAM... Não foi fácil pra fazer essa marcação, aqui demorou. Eu vim e marquei pra um mês mais ou menos... Demora pra fazer porque diz que têm bastantes mulheres. Porque é só aqui pra toda cidade. Muita mulher pra pouco aparelho...*

{B050}

DSC D - ...*fiz três aqui no CAM, só que demora muito, umas três horas mais ou menos, por que tem muita gente...*

{B019, B051, B059, B066}

DSC E - *Eu fiz aqui no CAM. Só pra ver o sexo do bebê, deu que era menino...*

DSC F - ...*Eu fiz cinco. Pela rede eu fiz só dois, o resto eu paguei. Queria saber o sexo do bebê...*

DSC G - ...*fiz no particular, no mesmo dia fazia, porque pela rapidez, não demora tanto não.No particular eu cheguei lá e ele conversou comigo, perguntou o que eu tava sentindo, porque eu tava fazendo a ultrasson, foi explicando certinho onde era a cabeça do bebê e tal, agora no CAM ele foi falar o sexo e disse eu acho que é uma menina, não falou mais nada e eu saí do consultório...*

DSC H - ...*Fiz quatro, duas particular e duas pelo SUS. A primeira eu fiz por conta própria pra ter certeza que tava grávida mesmo e a quarta agora no finalzinho, eu fiz particular por conta própria também...*

DSC – UBSF**IC= Teve acesso**

UBSF = {F003, F004, F005, F007, F012, F013, F015, F017, F018, F020, F021, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F029, F030, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F038, F039, F040, F043, F044, F045, F052, F053, F058, F060, F061, F062, F064, F065}

DSC A - ...*Eu fiz todos, aqui no CAM, o médico deu o encaminhamento, eu agendei, e depois eu vim no dia certo...*

{F039}

DSC B - ...*eu tava perdendo líquido, aí ele pediu urgente, cheguei aqui e fiz...*

{F003, F005, F026, F028, F031, F033, F044}

DSC C - ...*Eu fiz aqui no CAM. Eu peguei o encaminhamento com o médico, aí vim aqui, marquei, daí um mês ficou marcado, e eu fiz no dia que ficou agendado, só que demora porque não tem vaga...*

{F024, F030, F053}

DSC D - ...*Fiz aqui no CAM e particular. Fiz para ver melhor direitinho tudo, nós fizemos no particular, para saber o sexo né? Porque aqui...não mostrou. Aí quando eu fiz particular deu que era menina...*

DSC E - *Só que o médico é muito sério, ele não conversa com a gente. É ruim, ele só fala se o nenê ta perfeito. Eu não senti confiança no sexo...*

DSC F - *Eu fiz uma particular por curiosidade pra saber o sexo do nenê, era menino, o nenê tava sentado eu fiz com sete meses. Quando eu tava com seis meses o médico falou assim: o mês que vem eu peço ultra-som, aí eu fui lá e mudou de médico. Aí eu fui lá e o outro médico falou: o mês que vem eu peço ultra-som, aí mudou de médico de novo, aí quando chegou o outro médico ele falou que não dava mais tempo de fazer ultra-som. Eu falei que tudo bem, a gente já fez pra saber o que era e eu tava tranqüila né?*

DSC G - *Quando eu vim fazer o exame no CAM, eu e meu marido, eu não consegui ver nada, porque o médico foi tão rápido no que ele falou, assim, e mal terminou de ver o nenê, a mulher já tava chamando outra paciente, eu recém tava passando o paninho na barriga e já era pra outra entrar sabe? Então falei, assim, não deu pingão de atenção sabe, eu acho que os equipamentos também são bem antigos né? Sei lá. A diferença de quando fez lá no particular né, que a doutora ficou lá um tempão explicando tudinho, o que tava vendo lá, ela muito atenciosa...*

DSC H - *Fiz . Foi bom, de lá mesmo eles marcaram, o próprio PSF que marcou, lá do posto mesmo, aí eu vim e fiz...*

IC: Não teve acesso

{F063}

DSC A - ... *Fiz um com cinco e agora com nove, foi particular... meu marido falou: Vamos fazer um particular pra saber certinho a idade do bebê porque eu não tinha certeza, e com nove meses eu fiz porque eu pedi pro médico passar pra mim e ele falou que eu não ia ganhar, que era pra julho né? Ela falou que não ia dar tempo de marcar ultrassom...*

UBS**IC = Trataram bem**

UBS = {B001, B002, B006, B008, B009, B010, B011, B022, B041, B042, B048, B051, B056, B057, B059}

DSC A - ...Ah! Foi bom, me atenderam super bem, não tenho nada que reclamar não. Me trataram bem eu fiquei satisfeita mesmo, foi tudo muito legal, sempre fui bem atendida, não tive problema nenhum. Eu achava que era outra coisa, que era tratada diferente, mas eu descobri que não, que foi super bem... Tem gente que fala: ah, os médicos são grossos, mas eu não achei não, achei normal, trata bem as pessoas. Eles ficaram muito preocupados comigo. O médico sempre conversava bastante, ele perguntava se tinha alguma dúvida, sempre ficava falando. Ele era muito simpático, muito bom, ele é um excelente médico, super gente fina. Eu senti bastante confiança nele, foi bem atencioso, me acompanhou bem, passava segurança, tudo que eu perguntava ele me respondia, se eu tinha algum problema, eu passava pra ele e ele tentava me ajudar, então acho que assim, na medida do possível foi bom, porque eles têm muitos pacientes e não tem como dar aquela assistência cem por cento...

UBSF**IC = Tratam bem**

UBSF={F003,F004,F005, F007, F013,F017,F021,F023,F024,F026,F027,F028,F029, F030,F031, F032,F033,F034,F035,F036,F037,F039,F045,F052,F053,F060,F061, F062, F064F065}

DSC A - ... Eles tratam bem, tudo que eu precisei deles, eles me atenderam numa boa, desde o médico até o agente. Fui bem atendida, o pessoal é educado, são bem legais, qualquer coisa eu corria lá. Conversava com o enfermeiro de lá do posto, aí ele me explicava tudinho. Quando a gente é bem atendida perde a insegurança, o medo. Fiquei satisfeita foi tudo o que eu esperava, eram muito bons, foram bem empenhados em ajudar, se tivesse alguma dúvida ia no posto perguntava e eles respondiam, qualquer coisa diferente você ia no posto e era bem atendida. A agente de saúde ia na minha casa, ela era muito amiga, eu tive uma boa amizade com ela, todos me trataram muito bem. Eu achei muito bom meu pré-natal foi bem completo. Eu conversava tudo, às vezes a doutora, a dentista, todas as dúvidas que eu tinha foram esclarecidas, me ajudaram bastante, fui bem assistida, pelos médicos, enfermeiros, o agente. O médico era muito bom, sempre conversava, me aconselhou a não fazer o aborto, ele sempre aconselha, ele cuidou tudo certinho, me atendeu nas datas certas. Acompanhou toda minha gestação, sempre tava indo lá, fazendo visita em casa que eles fazem visitas, eu acho bom, pois evita tanta coisa né? Eu fiquei satisfeita deles terem ido em casa. E, tem médico que dava até a data provável do parto certinho, caiu na mesma data o dia de nascer deu certinho. Eu fiquei satisfeita com todo o atendimento..."

III. OPINIÃO DAS USUÁRIAS SOBRE A ASSISTÊNCIA

A) Relacionamento com os profissionais de saúde envolvidos no pré-natal

UBS

IC= Não me atendeu do jeito que eu esperava

UBS = {B011, B014, B016, B046, B047, B049, B051, B054, B055, B066}

DSC A - ...Só não gostei muito do médico porque ele era muito grosso. Eu acho que poderia ser melhor porque dez mulheres ele atende muito rapidinho, só mede a barriga mesmo e tchau, escuta o coração e já tá bom, eu acho que não é assim né? Ah! Precisa melhorar... Eles não marcam nada, não faz nada. Do jeito que pega o exame entrega e não marca na carteirinha...Sabe quando eu entrei no último mês, ele já deixou o encaminhamento pronto, se eu precisasse era pra já vir direto pra cá e não ir mais lá. Então, e isso quer dizer o quê? Que ele não quer atender mais as pessoas...

DSC B - ...Eu comecei a tratar com um médico e, não sei se ele não foi com a minha cara, mas ele não me atendeu do jeito que eu esperava, ele não passou o remédio que eu precisei que é o sulfato ferroso, vitamina, sentia dor quando ele disse que eu não precisava. Os meus exames ele não anotou no cartão, eu consultei com ele três vezes e ele não atendeu como deveria de ser...

DSC C - ...Em relação ao atendimento eu achei que foi bom, tirando o fato do médico ter ido embora sem comunicar, eu fiquei dois meses sem ir ao médico por causa dele, porque a primeira vez ele tava de férias, depois quando eu voltei ele tinha ido fazer um curso, aí depois de tanta insistência a gente foi descobrir, diz elas que avisaram no posto, mas nós não fomos comunicadas que ele tinha ido viajar. Aí eu mudei pra outro posto...

DSC D - ... Foi bom, tirando os médicos, o resto foi ótimo. Só isso, esses dois médicos que eu falei que foi o mais ruins que tive até agora... O médico, a gente perguntava as coisas e ele não respondia pra gente, mandava que se a gente quisesse saber das coisas que perguntasse pro médico, é que nem eu falei pra ele, então ele não é médico, aí eu troquei de médico e comecei a fazer com outro, esse outro médico é uma ótima pessoa, tudo que a gente pergunta ele responde, só que o primeiro tem esse defeito, ele não responde, aí eu tive que trocar porque tudo que eu perguntava ele não respondia, mas no último posto foi ótimo o atendimento, o médico é uma ótima pessoa, me atendeu muito bem, graças a Deus...

DSC E - ... lá era só com enfermeira, aí como eu queria ginecologista eu passei pra outro posto e lá era ginecologista...

DSC F - ... Ah! Precisa melhorar... Pra falar que tem um atendimento excelente, não tem. Deveria dar mais atenção pra agilidade, rapidez mesmo, pras coisas urgentes. No posto teve algumas vezes que infelizmente eu não fui bem tratada, tirando certas falhas, em certas partes eu sou favorável, mas em outras ficam a desejar, principalmente na parte de postos de saúde pela própria recepção dos postos, eles não dão o necessário para as mulheres grávidas...

UBSF**IC= Não tiveram acolhimento**

UBSF = {F012, F015, F018, F020, F025, F030, F038, F040, F043, F044, F058}

DSC A - ...Só o médico participou do meu pré-natal. Ah! O problema era o agente de saúde, acho que foi só umas duas, três vezes, dá recado ainda, Então assim, o contato maior era com o médico, pois o agente de saúde eu quase não vi...

DSC B - ...A triagem tinha vezes que o enfermeiro ia pra fazer e tinha vez que não. Eu não tinha muito envolvimento com ela, dela me ajudar isso nunca. Nem foi em casa, nem ela nem o médico...

DSC C - ...Eu saí da rede, e comecei a fazer particular porque eu fiquei com medo. Na realidade quem me atendeu foi à Enfermeira, porque ele é especialista em pediatria. Eles falam que é médico da família, mas ele é especializado em pediatria, e quem me atendia era a enfermeira as consultas, aí eu fiquei mais preocupada por isso. Fiquei insegura, aí, isso me forçou a ir pro particular, enquanto eu tava lá no posto foi regular. Aí mudei e me senti super segura...

DSC D - ... O médico lá é muito ruim, grosso, nem olha na cara da gente, só quando ele precisa do voto da gente, ai ele é bonzinho. Porisso eu mudei de posto...lá embaixo [1º posto] é fogo lá...ninguém agüenta aquele médico...

DSC E - ... Na verdade eu fiquei insegura com o médico. Porque ele, o médico do PSF, não é de mulher...Aí eu peguei e fui pro outro posto...

DSC F - ...Quando eu vejo que é alguma coisa mais séria eu venho pro hospital... O certo eu acho que era um médico pra cada coisa, mas diz que não é, que é um só pra família toda...

DSC G - ...Lá era clínico geral daí eu precisava de ginecologista e passei pro outro posto...

DSC H - ...Olha, eu mal conheço o médico. Só na primeira consulta teve o médico, só pra mostrar o resultado do positivo lá e ele me encaminhou pra ela [enfermeira] Foi bom, porque eu acho assim, que se fosse só o médico ele não dava conta de atender tanta gente, e tendo uma pessoa só pra gestante já ajuda...

B) Relacionamento com os profissionais envolvidos no parto/pós-parto

<p>UBS</p>
<p>IC = trataram bem</p> <p>UBS={B001,B002,B009,B010,B014,B016,B019,B022,B041,B042,B046,B048,B049,B054 B056,B057, B059}</p> <p>DSC A - ...Desde a recepção me trataram muito bem, fiquei satisfeita com o atendimento.Tive sorte porque peguei umas enfermeiras boazinha, médico também.Eles trataram a gente bem, como a gente merece ser tratado, porque muitas vezes você vai num lugar e as pessoas te tratam mau, e aqui não, eu fui bem atendida, pelos estagiários, pelos enfermeiros, todo mundo. Até os estagiários daqui, me ajudaram bastante, foi muito bom, fui muito bem acompanhada, desde quando eu entrei na sala de pré-parto me atendeu muito bem e logo veio os estagiário, eles acolhem bem a gente me deram bastante atenção e daí, quando eles entraram, eu logo entrei em trabalho de parto e eles que encaminharam tudo, o médico chegou eu já tava ganhando já, já tava dando o peito. Eu até ouvi dizer que o Dr. era bem sossegado, ficaram criticando ele, mas eu não tenho do que me queixar, até agora ale não fez nada que pudesse agredir a mim e a neném, pra mim ta ótimo se continuar assim.</p>
<p>UBSF</p>
<p>IC= trataram bem</p> <p>UBSF={F003,F004,F005,F007,F012,F015,F017,F018,F020,F021,F023,F024,F025,F026, F029,F031,F032,F033,F034,F035,F036,F037,F038,F039,F040,F043,F044,F045,F052, F053,F058,F060,F062,F063,F064,F065}</p> <p>DSC A - ... Os médico são bonzinhos, as guria que me atendeu, não tenho do que reclamar, ta bom...Quando eu cheguei eu fui bem atendida, me trataram super bem, fiquei bastante satisfeita com o atendimento daqui, os funcionários me atenderam bem. A enfermeira [auxiliar de enfermagem] também me atendeu super bem, porque eu tava com muita dor, ela tinha paciência comigo, eu pedia pra ela ficar perto que eu me sentia mais segura, ela ficou perto o tempo todo, me atendeu super bem, foram super paciente, sempre bem atenciosas, a hora que chamava elas vinham, na recepção também, não tenho do que reclamar não, pra mim foi bom foi tudo tranquilo, o atendimento de todo mundo, desde lá do posto até aqui, fui muito bem atendida. Eu gostei. Pra mim o pessoal é excelente, só na porta que têm aqueles homens chatos. Mas o pessoal é bem atencioso, tem carinho pela gente, leva no banheiro tudo. A enfermeira[auxiliar] conversa tudo, a gente entra pra conversar com ela e fica lá umas duas horas e ela fala tudo.</p>

UBS
<p>IC= não tive confiança</p> <p>UBS = {B050,B051,BB55}</p> <p>DSC A - ...Na hora que eu cheguei foi bom...Depois que entrei...ai meu Deus!!! É dor demais. O pessoal daqui foi bom, mas o médico nem vi a cara dele. Eu não fiz o parto com o doutor foi com as atendentes, até agora não vi a cara dele. Eu fui pra sala de parto e ele não tava lá....Agora aqui no hospital, não tive muita confiança não, eu não vi a cara do médico até agora, como vou confiar numa pessoa que não vi? Agora as atendentes me atenderam bem, eles foram bem atenciosos, mas eu acho que depois que você ganha nenê fica diferente, não sei também, às vezes elas têm muito trabalho, mas o atendimento é meio demorado De uma forma geral eu achei regular tudo...</p> <p>DSC B - ...Vim com o cartãozinho da gestante e eles...Me receberam aqui. Só que em compensação o doutor daqui vai me desculpar, mas pra mim isso não é médico. Sofri muito no parto, ele acabou comigo por baixo. Deus me livre!!! Mas em compensação o resto tá ótimo...</p>
UBSF
<p>IC= Não tiveram acolhimento</p> <p>UBSF = {F013, F027,F028,F030,F061}</p> <p>DSC A - ...Bom, eu vim aqui duas vezes, eles mandaram eu ir embora, na terceira vez eu vim, e se dependesse do médico que tava de plantão, eu não ia ficar internada, tinha umas mulheres que tava tendo estágio aqui [UEMS], aí disse que eu já podia ficar internada, porque já tinha dilatado.. O que precisava pra eu ficar internada? Aí depois o médico não queria que eu ficasse internada. Porque ele achava que não era a hora ainda. Ai a mulher assinou minha internação e quando eu fui pra dentro já tava ganhando. Fiquei nervosa, achava que não ia conseguir. Mas a gente cria uma força tão grande nessa hora que só Deus pra ajudar.</p> <p>DSC B - ...O médico não quis internar porque disse que eu tinha que ter dilatação, não precisava né? Era cesárea, aí eu fui pra casa e à tarde voltei de novo, aí eu conversei com o médico e perguntei se tinha necessidade de ficar esperando dilatação?, aí ele deu outra carta pra mim e eu vim no domingo, aí o médico me internou e fez...</p> <p>DSC C - ...Meu marido queria entrar e eles não deixaram, e ele já ficou bravo, aí eu queria ficar lá fora, com ele, que pelo menos ele pára de brigar e a hora que o médico chegar ele me atende né, aí eu fiquei só um pouco também e a enfermeira já não deixou, falou não, você tem que deitar ali e tal, aí logo que ele veio ele já me</p>

atendeu...

DSC D - ...eu vinha, eles viam que era alarme falso e me mandavam embora. Aí quando vim acabei ganhando na sala de pré-parto foi rápido. Eu queria ganhar em casa sei lá, eu tava com medo de vim pro hospital. Porque falam muita coisa aqui do hospital, fiquei com medo...

C) Satisfação das usuárias com o atendimento

IC = Atendimento bom - UBS/UBSF

{B001, F003, F004, F005, F007, B008, B009, F013, F017, B019, F021, B022, F023, F024, F025, F026, F027, F028, F029, F031, F032, F033, F034, F035, F036, F037, F038, F039, B041, B042, F043, B044, F045, B048, F052, B053, B056, B057, F058, B059, F060, F061, F062, F063, F064, F065}

DSC A ...Ah! foi bom, em vista de antigamente ta até bom, naquela época era péssimo o atendimento, agora me atenderam super bem, não tenho nada que reclamar não. Eu fiquei satisfeita, foi tudo muito legal, tudo que eu precisei deles, eles me atenderam numa boa, desde o médico ate o agente. Gostei então eu não tenho que me queixar de nada não. Cheguei no posto e fui bem atendida e falei: Ah! Vou ficar por aqui mesmo. Quando a gente é bem atendida perde a insegurança, o medo. Foi tudo que eu esperava. Tive toda assistência que precisei. Aqui no hospital, também, eu fui super bem atendida. É foi bom desde o começo. Eu achei muito bom meu pré-natal, foi bem completo, graças a Deus. Perfeito. Tudo, desde lá no posto até aqui. Eu fiquei bem satisfeita com o atendimento, fui bem atendida e bem acompanhada do começo até o fim não teve nenhum problema, eu não vi nada de errado assim, fiquei muito contente. Toda vez que venho tem uma coisa diferente, ta melhorando, nunca faltou atendimento pra mim. Porque gestante tem prioridade, né...

IC= O atendimento depende do profissional que realiza o pré-natal - UBS/UBSF

{B002, B011, F012, F015, F018, F030, B046, B051, B054, B055}

DSC A ...Fiquei satisfeita, mas eu corri atrás do prejuízo né, porque eu fui para um lado, eu não gostei do atendimento, aí eu fui pro outro lado e fui super bem atendida, gostei do médico. Não adianta ficar num lugar que não se sente bem né. Eu fiquei satisfeita porque vim aqui. Aqui eles me atenderam super bem, o médico também.

DSC B ... A gente marcava a consulta e chegava lá, não tinha médico, então, você sempre acaba voltando, e foi, aí foi mudando assim sabe, mudando, mudando de médico, eu não sabia porque, não tinha motivo...

DSC C ...Não sei se ele não foi com a minha cara, mas o médico não me atendeu do jeito que eu esperava, eu consultei com ele três vezes e ele não atendeu como deveria ser, aí depois eu passei para outra médica aí eu gostei do atendimento da dela...

DSC D ...No meu posto não é bom o atendimento lá, aí eu passei pro outro posto e fui muito bem atendida. Na verdade eu fiquei insegura com o atendimento lá. Porque o médico do PSF não é de mulher ele é clínico, lá só tem clínico. Depois que eu mudei de posto fiquei satisfeita com o meu pré-natal. No posto perto de casa é ruim, ninguém gosta de lá, todo mundo reclama. As pessoas que são dessa área nunca falaram nada, todo mundo aceita numa boa as coisas lá, já reclamaram mais não muda. E é do médico, não tem pediatria, ginecologista...Só clínico. Nos outros lugares que agente vai é diferente, é bem diferente...

DSC E ...Mais ou menos, não ta assim cem por cento não. Eu achei que pelo menos o médico foi bem atencioso, me acompanhou bem...Tinha começado o pré-natal com outro, mas aí eu não gostei do tratamento dele, aí passei pra esse outro, aí gostei...

DSC F ...Em relação ao atendimento eu achei que foi bom, tirando o fato do médico ter ido embora sem comunicar, eu fiquei dois meses sem ir ao médico por causa dele. Aí eu mudei de posto, lá eu fiquei satisfeita, não tenho nada que reclamar...

DSC G ...Eu comecei a fazer o pré-natal com o médico perto da minha casa, só que a gente perguntava as coisas e ele não respondia pra gente. Aí eu troquei de médico e comecei a fazer o pré-natal com outro médico. Nesse postos o atendimento foi ótimo, o médico é uma ótima pessoa, me atendeu muito bem, graças a Deus... Foi bom, tirando os médicos...O resto foi ótimo...

DSC H ...eu comecei ali no posto da minha área, era com enfermeira, aí como eu queria ginecologista eu passei pra outro posto e lá era ginecologista como eu queria...

IC= Atendimento regular

{B014, B016, F040, B047, B050}

DSC A ...*Me atenderam bem, só que assim...Pra fala que tem um atendimento excelente, não tem. Eu acho que poderia ser melhor porque dez mulheres ele atende muito rapidinho, só mede a barriga mesmo e tchau, escuta o coração e já ta bom, eu acho que não é assim né?Ah! Precisa melhorar, eles não marcam nada, não faz nada. Do jeito que pega o exame entrega e não marca na carteirinha...*

DSC B ...*Olha, enquanto eu tava lá no posto foi regular. Aí mudei pro particular e me senti super segura... No começo da minha gravidez tava indo até bem, mas... Eu saí da rede, e comecei a fazer particular porque eu fiquei com medo...Eu acho que só, eu gostei no começo, ele atendia mais... Depois começou a passar pela enfermeira né, e assim, não que ela não seja uma profissional né, mas assim, no caso de gravidez eu acho que um médico especialista mesmo em ginecologia que deveria examinar a gravidez né, e eu me senti insegura também por isso, eu achava que por ele ser especializado em pediatria e não em ginecologia não estava certo.É isso, eu queria um especialista em gestante, como pediatra ele é uma ótima pessoa...*

DSC C ...*Não é dos melhores assim, mas em relação a outras cidades ta bem. Aqui em Dourados não é ruim a saúde como muita gente fala porque eu nunca tinha precisado tanto ir ao médico como na minha gravidez e todas as vezes que eu fui, fui bem atendida, só que eu acho que poderia melhorar um pouquinho mais né. Deveria dar mais atenção pra agilidade, pra rapidez mesmo, pra coisas urgentes...*

**ANEXO A – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO
MATO GROSSO DO SUL**