



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

RENATA ALVES ALBUQUERQUE

**PRODUÇÃO DO CUIDADO (DES) INTEGRAL NA
ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL**

**FORTALEZA-CEARÁ
2008**

RENATA ALVES ALBUQUERQUE

**PRODUÇÃO DO CUIDADO (DES) INTEGRAL
NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL**

Dissertação apresentada à Banca Examinadora do Mestrado Acadêmico em Saúde Pública da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do grau de mestre em saúde pública.

Orientadora: Prof^ª. Dra. Maria Salete Bessa Jorge

FORTALEZA – CEARÁ

2008

AGRADECIMENTO

A Deus, pela vida e pelo entusiasmo na superação dos desafios.

À minha família, em especial à minha mãe e irmão, pelo amor, pelo carinho e por tudo que representam para mim. Desculpe pelas preocupações, mas principalmente por minha ausência.

Aos meus tios Alexandrina e Alevargas, que sempre estiveram do meu lado e, que sempre, de alguma forma me ajudaram.

À minha orientadora Prof^a Maria Salete Bessa Jorge, pelas inúmeras contribuições para construção desta dissertação, pelo meu crescimento acadêmico e principalmente por me fazer acreditar na concretização desse sonho.

À Prof^a Marluce Alves Araújo de Assis, pelo carinhoso aceite em participar da construção desta dissertação, contribuindo desde quando era apenas um projeto.

A todos os professores da Universidade Estadual do Ceará que me proporcionaram uma experiência rica de troca de conhecimentos.

Aos meus colegas do mestrado, pelas parcerias, pelos maravilhosos momentos de discussão, reflexão e pela acolhida nos momentos difíceis.

À CAPES, pelo suporte financeiro.

RESUMO

O objeto deste estudo foi a produção do cuidado (des) integral na atenção pré-natal, com os objetivos de compreender a produção do cuidado integral às gestantes assistidas pelos profissionais do PSF de Fortaleza; apreender as concepções de cuidado integral às gestantes formuladas por estes profissionais; discutir sobre a rede de escuta estabelecida entre o profissional do PSF e a usuária para o processo de construção de autonomia desta durante a atenção pré-natal; e descrever a dinâmica da oferta x demanda da atenção pré-natal no PSF de Fortaleza. A trajetória metodológica é de natureza qualitativa. Utilizou-se como técnica de coleta de dados: entrevista semi-estruturada e observação sistemática. Os sujeitos do estudo foram 14 profissionais de saúde e uma gestante. Na análise dos discursos dos profissionais foi utilizada a Hermenêutica Fenomenológica de Paul Ricouer e a análise do discurso da gestante foi orientada pelo fluxograma analisador de Merhy. Os resultados revelam que a produção do cuidado no pré-natal, desenvolvida no contexto do PSF, tem uma base predominantemente médica, centrada no procedimento, em detrimento do diálogo com as usuárias. Tal fato foi mais identificado na prática médica que, além de priorizar exames, impõe seu saber às usuárias, ao direcionarem suas ações sem a possibilidade de haver uma negociação com o saber da usuária, sendo evidente a dificuldade de lidar com a autonomia desta. O profissional da enfermagem já apresenta uma atenção à gestante mais próxima do cuidado integral. Em sua prática verifica-se a relevância dada às questões subjetivas da gestante, através de uma rede de escuta, que facilita a autonomia da usuária no processo terapêutico. As concepções, de cuidado integral, reveladas pelos profissionais estão intimamente associadas com a prática desenvolvida pelos mesmos, ou seja, os médicos apresentaram uma concepção baseada no modelo médico hegemônico e os enfermeiros tiveram em suas concepções uma aproximação com a integralidade do cuidado. No relato do caso vê-se que a oferta e a demanda se organiza através do vínculo da usuária com o profissional. Evidencia-se que o vínculo é utilizado pelos profissionais como recurso para diminuir o sofrimento causado pela burocracia da atenção pré-natal, o que facilita o percurso terapêutico. Enfim, a produção do cuidado à gestante, apesar da preponderância do modelo médico hegemônico se encontra em processo de transição, para um cuidado que considere a integralidade do sujeito.

Palavras-chave: Programa de Saúde da Família. Pré-natal. Cuidado Integral.

SUMMARY

The object of this study was the production of care(un) overall in prenatal attention, with the objectives of comprehend the production of overall care to pregnant assisted by professional of PSF from Fortaleza; to apprehend the conceptions of overall care to pregnant formulated by these professional; to discuss about the net of hearing established between the professional of PSF and user to the process of construction of autonomy of this one during the prenatal attention; and to describe the dynamic offer x demand of prenatal attention in PSF from Fortaleza. The methodological trajectory has qualitative nature. It used as technique to collect data: interview semi-structured and systematic observation. The subjects of study were 14 professional of health and one pregnant. In analysis of speeches of professional was used Paul Ricouer's Hermeneutic Phenomenological and analysis of pregnant speech was oriented by analyzing chart of Merhy. The results revealed that the production of prenatal care , developed in PSF context, has a basis mostly medic, centered in procedure, in detriment of dialogue with the users. Such fact was more identified in medic practice that, beyond to value exams, impose their wisdom to users, to direct their actions without possibility to have negotiation with the user wisdom, being evident the difficult to treat with the autonomy of the last one. The nursing professional already presents an attention to pregnant closer to overall attention. In its practice it verify the relevance given to pregnant subjective questions, through a hearing net, that easier the autonomy of user in therapeutic process. The conceptions, of overall care, revealed by professional are closely associated with the practice developed by them, or so, the physicians showed a conception based upon hegemonic medic model and the nurses had in their conceptions an approximation with the integrality of care. In case report we see that offer and demand organize itself through the link of user with the professional. It highlights that the link is used by professional as instrument to diminish the suffering caused by bureaucracy of prenatal attention, which easier the therapeutic path. Thus, the production of care to pregnant, though the preponderancy of hegemonic medic model meets in process of transition, to a care that consider the integrality of subject.

Key-words- Health Family Program, Prenatal, Overall Care

SUMÁRIO

1. CONSTRUÇÃO DO OBJETO

Objetivos

Questões norteadoras

2. REFERENCIAL TEÓRICO

Integralidade no processo de produção do cuidado à gestante no PSF

Constituição do sujeito (gestante/usuária) na construção da autonomia

3. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Natureza do estudo

Campo empírico do estudo

Sujeitos do estudo

Técnica e instrumentos de coleta dos discursos

Coleta dos discursos

Análise dos discursos

Questões éticas

4. PRODUÇÃO DO CUIDADO (DES) INTEGRAL NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

Modelo médico centrado: fragmentação de saberes e práticas

Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: Sujeito autônomo ou sujeitado?

Rede de escuta na definição do projeto terapêutico: acolhimento e vínculo

Concepções dos profissionais do PSF sobre o cuidado integral à gestante

Oferta x demanda na atenção ao pré-natal: situação revelada no cotidiano da produção do cuidado

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

REFERÊNCIAS

APÊNDICES

Apêndice A – Roteiro de entrevista

Apêndice B – Roteiro de observação sistemática

Apêndice C – Termo de consentimento livre esclarecido dos profissionais de saúde

ANEXO

Anexo 1 – Parecer do Comitê de ética em Pesquisa da UECE

1 Construção do objeto de estudo

Desde os primeiros anos do século XVII, estudiosos têm voltado atenção à mulher. Dentre os vários aspectos que constituem a natureza feminina, uma fase que lhe é própria foi contemplada: o período de gestação. Quanto a isso, a maternidade Johann Peter Frank – 1748/1821 – se sobressai, ao perceber a necessidade de que todo trabalho de parto deveria ser assistido por uma parteira e de que toda mulher deveria procurar uma parteira antes da data prevista para o nascimento do bebê (ROSEN, 1993). Diante dessa percepção, tal maternidade instituiu a execução de serviços assistenciais às gestantes. Isso constitui um marco inicial para a institucionalização do acompanhamento pré-natal e da assistência ao parto.

No final do século XIX, o Brasil ainda não dispunha de uma sistematização clínica de consulta de pré-natal. Somente no início da década de 1920, o país direcionou ações de saúde para proteção do grupo materno-infantil, que foram incluídas nos programas de governo com aprovação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), por meio do decreto nº 16.300/23. Este decreto determina, em seu art. 318, medidas relacionadas com a maternidade e a infância, às operárias no período de gestação. A partir da década de 1950, no Brasil, verifica-se um crescente processo de industrialização. Esse crescimento consolidou um modelo de assistência previdenciária à saúde voltado à população vinculada formalmente ao mercado de trabalho. Para a população fora do setor produtivo restou a alternativa de recorrer aos serviços públicos oferecidos pelo Ministério e pelas Secretarias Estaduais de Saúde. Tais serviços possuíam uma baixa resolubilidade, restrita a ações preventivas.

Xavier et al. (1998) observa que, no Brasil, as políticas públicas destinadas à mulher eram restritas. Até os anos 1980, a política governamental atendia à mulher apenas nos aspectos reprodutivos, oferecendo ações para a proteção à gestante, ao parto e ao puerpério. Outra característica dessa política era a verticalidade e a falta de integração com outros programas e ações propostos pelo governo federal. As metas eram definidas pelo nível central, sem qualquer avaliação das necessidades de saúde da população local. Um dos resultados dessa prática foi a fragmentação da assistência e o baixo impacto nos indicadores de saúde da mulher (Brasil, 2004).

Nesse sentido, o movimento feminista brasileiro passou a criticar a perspectiva reducionista da política implantada, em que a mulher só tinha acesso a alguns cuidados de saúde no ciclo gravídico-puerperal, ficando sem assistência na maior parte de sua vida. O movimento feminista contribuiu para a discussão e a introdução de questões até então relegadas na política nacional. A organização dessas mulheres reivindicava uma condição de que elas passassem a ser consideradas como sujeitos de direito, com necessidades que extrapolassem o momento da gestação e do parto, demandando, portanto, ações que contemplassem as particularidades sociais, econômicas, culturais e afetivas em que elas estivessem inseridas.

O processo de luta das mulheres pelos seus direitos ocorreu paralelamente ao movimento sanitário. Em vista desses acontecimentos, o Ministério da Saúde elabora, em 1984, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), que tem por objetivo ampliar a assistência ao público feminino, garantindo-lhe atendimento desde a adolescência até a terceira idade. O programa busca, assim, contemplar a saúde da mulher em todo seu ciclo vital.

Em continuidade a essa iniciativa, por se saber da importância da assistência à saúde da mulher e do alto índice de mortalidade materna, elaborou-se um Programa de Humanização do Pré-natal e do Nascimento (PHPN), no intuito de mudar o quadro epidemiológico existente no Brasil. Em algumas cidades, essa situação é ainda mais grave. Em Fortaleza, por exemplo, segundo dados do IPLANCE (1997), a cada cem mil nascidos vivos, 95-100 mulheres morrem por causas relacionadas à gravidez, ao parto e ao puerpério. Lançado em 2000, pelo Ministério da Saúde, o PHPN se constituiu em uma política pública e em uma estratégia para se operacionalizar a humanização da assistência ao pré-natal e ao nascimento.

Na perspectiva de garantir a cidadania, a organização e a regulação da assistência obstétrica, tanto à gestante quanto ao recém-nascido, o programa tinha o intuito de viabilizar que o pré-natal, o parto e o puerpério fossem acompanhados com total cobertura e qualidade.

Com a institucionalização do PHPN, houve a mudança de muitos fatores quantificáveis que foram relativamente melhorados, como acesso, cobertura, número de consultas por gestantes, época de início do pré-natal, número de exames

realizados, bem como a influência desses no desfecho da gravidez.

O Ministério da Saúde, por meio do PHPN (BRASIL, 2000a), definiu as normas para um atendimento pré-natal de qualidade. Assim, a primeira consulta de pré-natal passa a ser garantida a toda gestante até o quarto mês de gestação, bem como a efetivação de outros procedimentos ao longo do período gestacional: a) realização de, no mínimo, seis consultas pré-natais; b) solicitação de exames laboratoriais; c) imunização por meio de vacina antitetânica; d) realização de atividades educativas; e) classificação do risco gestacional a partir da primeira consulta e nas consultas subseqüentes; f) encaminhamento das gestantes identificadas com risco para unidades de referência e consulta no puerpério; g) anamnese e exame clínico-obstétrico; h) prevenção, avaliação e tratamento nutricional; i) prevenção e diagnóstico do câncer de colo uterino e de mama.

Entretanto, questiona-se se essas normas vieram acompanhadas de um cuidado integral à gestante, (cuidado integral aqui entendido como a necessidade de considerar aspectos biopsicossociais, que fazem parte da constituição do sujeito) já que com gravidez a mulher terá que: reestruturar seu ambiente familiar para chegada de um novo membro; se preparar para sua própria mudança de papel social (será nomeada mãe); abdicar de vários afazeres para cuidar desta criança que, em fase inicial, será totalmente dependente de seus cuidados, por uma questão de sobrevivência; e, além de todas essas mudanças, buscar aceitar e amar a criança como um ser cheio de necessidades e desejos.

Nesse sentido, ressalta-se que a gravidez é uma situação de crise no ciclo vital da mulher (MALDONATO, 1997). Portanto, faz-se necessário um cuidado com a saúde que busque o alcance de um cuidado integral, a fim de que a gestante tenha suporte para enfrentar as modificações emocionais, sociais e corporais vivenciadas por ela neste período.

No entanto, o que acontece, geralmente, é que a mulher que chega ao serviço de saúde, em busca do pré-natal, muitas vezes, em somente a possibilidade de verbalizar suas queixas físicas, já suas vivências e sentimentos não são expostos. A dissociação dos aspectos psicossociais dos fatores clínicos de base fisiológica foi fundamentada pela revolução tecnológica da saúde que conseguiu detectar vários riscos que a mãe e o feto podem estar submetidos, mas, acabou fragmentando o cuidado à saúde da mulher.

O questionamento dessa pesquisa procede, em razão da atenção, ainda fragmentada, que é destinada às gestantes, como mostra a maior parte dos estudos sobre os cuidados na fase do pré-natal. Esse cuidado (des) integral ocorre, sobretudo, por se priorizar a dimensão biológica.

A fim de avaliar em que consiste o trabalho realizado com as gestantes, Nery e Tocantins (2006) entrevistaram 12 enfermeiros de uma unidade básica de saúde do Rio de Janeiro. A entrevista com os profissionais revelou que eles, ao realizarem a consulta com as gestantes, tinham como objetivo evitar intercorrências clínicas na gestação. Assim, os pesquisadores constataram que os enfermeiros entrevistados buscavam somente prevenir doenças, centrando o trabalho nos agravos físicos possíveis de ocorrer.

A partir da constatação obtida através da entrevista, os referidos autores tecem uma crítica à prática de enfermagem dos sujeitos entrevistados. Os enfermeiros não percebem a gestante como mulher, mas, concentram seu atendimento na gravidez, sem considerar as vivências e experiências que envolvem o ser mulher diante do processo de gestação.

Outros pesquisadores, como Rios e Vieira (2007), buscaram refletir a consulta pré-natal a partir da prática de enfermagem. Para isso, entrevistaram tanto enfermeiras quanto gestantes e verificaram que o trabalho exercido pelas profissionais de saúde entrevistadas era voltado para ações rotineiras. De acordo com estes autores, havia um excesso de tarefas a serem desenvolvidas em um curto espaço de tempo. Desse modo, momento de escuta às usuárias era comprometido.

Contudo, esse não foi o único problema identificado por Rios e Vieira (2007). Ainda segundo os pesquisadores, haveria também a ocorrência de uma forte centralização na medicalização, na responsabilidade médica, o que denota uma concepção de saúde voltada para os determinantes biológicos.

Além disso, Rios e Vieira afirmam que até nas ações educativas praticadas pelos acadêmicos de Medicina, as gestantes são colocadas em uma posição de passividade, o que demonstra ter tais atividades um caráter apenas informativo.

No que tange à postura das gestantes diante da interação médico-paciente, os pesquisadores constataram, a partir das entrevistas realizadas, que elas preferem não elucidar suas dúvidas com os médicos, embora estejam vivenciando

intercorrências durante o período de gestação. As gestantes declararam assumir esse posicionamento por “medo de levar bronca”, “medo de sentir dor”, “medo do diagnóstico” e “medo da consulta”. Em outras palavras, elas têm receio do que os médicos poderiam vir a fazer no exercício de sua função. Percebe-se, pois, que, se existisse um verdadeiro vínculo estabelecido entre a usuária do serviço e o profissional de saúde, grande parte desses medos, senão todos, seriam eliminados.

Em corroboração aos estudos apresentados, Marcon (1997), observando a assistência pré-natal de um hospital universitário, aponta que quando as gestantes relatam seus sentimentos referentes ao cuidado recebido durante esse período, falam que os exames são bons, porém, que o atendimento deveria ser mais informal. De modo geral, o pré-natal que os médicos consideram de qualidade é aquele que cumpre todos os protocolos a serem desenvolvidos. Contudo, essa qualidade não evidencia a importância de se considerar as expectativas da própria gestante.

A assistência pré-natal mencionada nos estudos até aqui referidos está voltada para uma relação de poder baseada na unilateralidade das ações, de acordo com a qual somente o profissional de saúde detém saber sobre o outro (usuário). Diante desta situação, este, muitas vezes, passa a aceitar tal situação passivamente, por mais que tenha necessidades a serem discutidas no momento da consulta.

Atualmente prega-se a integralidade no atendimento. Cabe aos profissionais de saúde proporcionar tal integralidade, acolhendo essa mulher, subsidiando uma interação que contribua para assegurar o vínculo e a autonomia da gestante no seu processo gestacional, oferecendo um espaço onde ela possa expressar suas dúvidas e inquietações.

O Ministério da Saúde (2000a) considera a gravidez um processo individual vivido por cada gestante de forma peculiar. Essa etapa provoca nela transformações físicas e emocionais. Nessa fase, a mulher pode se deparar com sentimentos de medo, angústia, insegurança, dúvidas e curiosidades sobre a gestação. Por isso, o objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, com vistas à promoção da saúde e à prevenção de agravos da gestante e do concepto.

Para que haja esse acolhimento, torna-se fundamental que o profissional se disponha a ouvir essas mulheres e que tente identificar suas necessidades e expectativas.

Em seus estudos, Moura e Lopes (2003) observaram a importância desse acolhimento à gestante, a partir de entrevistas realizadas com enfermeiras do Centro Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Essas profissionais relataram que preferem a escuta atenta dos assuntos geradores de angústia e desconforto das gestantes à pressa do cotidiano de trabalho. Essa preferência não restringiria o atendimento à audiência das queixas físicas da paciente. As 40 gestantes também entrevistadas nesse Centro de Saúde declararam receber uma assistência pré-natal que valorizava suas particularidades e suas necessidades de informação.

O estudo de Landerdahl et al. (2007), cujos sujeitos da pesquisa foram mulheres gestantes, demonstra que elas compreendem o pré-natal como um momento de aprendizado e de prevenção de possíveis problemas físicos que possam surgir nelas e no conceito. Tais gestantes entendem ainda ser o pré-natal uma “conversa”, apropriando-se, assim, da linguagem utilizada pelos enfermeiros. Esse diálogo proporcionaria às usuárias maior entendimento e as deixariam mais participantes do seu processo gestacional.

Lopes et al. (2001), a partir de uma pesquisa realizada em uma maternidade pública do Rio de Janeiro, classifica os problemas apresentados pelas gestantes durante a consulta de pré-natal. Nessa classificação, também foram mencionadas as necessidades de relatar questões emocionais relacionadas à aceitação da gravidez, à influência do parceiro e aos distúrbios psiquiátricos. Nota-se, portanto, que as gestantes, muitas vezes, procuram no momento do pré-natal um suporte para sua vida afetiva.

Benigma et al. (2004), aponta que, com frequência, o tempo destinado para cuidar dessas questões emocionais carentes de suporte é substituído por orientações (geralmente relacionadas ao aleitamento, à vacina, ao parto, entre outras) que não implicam em uma relação dialógica, pelo contrário, consistem na eliminação da participação comunicativa do outro. Desse modo, essas instruções podem ser repassadas de forma impositiva, inibindo o direito de escolha das gestantes.

Percebe-se, por meio das literaturas citadas, a relevância de um cuidado integral à gestante, por isso, busca-se, através dessa pesquisa, compreender como esse atendimento lhe é prestado durante o pré-natal. Para tanto, a assistência a essa fase, oferecida pelo Programa de Saúde da Família (PSF) será acompanhada, já que essa é uma das atividades que se encontra sob sua responsabilidade.

Os profissionais do PSF devem se dispor a estabelecer uma nova dinâmica de atuação. Nesse intuito, reorientaram o modelo de assistência a partir da atenção básica destinada às gestantes, a fim de, entre outros objetivos, prestar assistência integral para responder de forma contínua e racionalizada à demanda organizada ou espontânea, com ênfase nas ações de promoção da saúde; e buscar, também, desenvolver a melhoria do autocuidado pelos usuários mediante educação em saúde (BRASIL, 1997).

O PSF, segundo Goya (1996), começou a ser implantado em 1994 e, em 1995, o Governo do Estado do Ceará o definiu como um programa estruturante por viabilizar a inversão do modelo de atenção à saúde até então predominante, com enfoque na doença e no indivíduo.

Assim, o PSF foi escolhido como campo desta pesquisa porque ele traz, dentre alguns de seus princípios, a co-responsabilidade e a integralidade, que fazem parte do recorte do objeto de estudo deste trabalho, pois, conforme se entende a co-responsabilidade, essa só existirá se for considerada a autonomia dos sujeitos participantes do processo terapêutico.

O conceito de autonomia aqui estudado, não é uma condição que, uma vez conquistada, conduza alguém a um estado de equilíbrio e bem-estar permanente. É na verdade, como afirmam F. Guattari & S. Rolnik (1986), um exercício, um movimento, uma prática de transformação, estando referida ao presente, à realidade, às circunstâncias em que o cotidiano é produzido.

Diante desse contexto, tentar-se-á refletir sobre algumas questões:

1. Como se desenvolve a prática dos profissionais do PSF de Fortaleza na produção do cuidado integral às gestantes durante o pré-natal?
2. Como os profissionais de saúde do PSF de Fortaleza concebem o cuidado integral à gestante?
3. Como se processa a rede de escuta estabelecida entre o profissional e a gestante para a construção da autonomia dessa usuária na atenção pré-natal?
4. Como se organiza a oferta e a demanda na atenção pré-natal?

Diante dos questionamentos apresentados, os objetivos operacionais da pesquisa foram elaborados:

- Compreender a produção do cuidado integral às gestantes assistidas pelos profissionais do PSF de Fortaleza;
- Apreender as concepções de cuidado integral às gestantes formuladas pelos profissionais do PSF de Fortaleza;
- Discutir sobre a rede de escuta estabelecida entre o profissional do PSF e a usuária para o processo de construção de autonomia desta durante a atenção pré-natal;
- Descrever a dinâmica da oferta x demanda da atenção pré-natal no PSF de Fortaleza.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

Integralidade no processo de produção do cuidado à gestante no PSF

Algumas concepções de cuidado em saúde serão abordadas neste capítulo. É importante ressaltar que esse cuidado não será considerado como um conjunto de procedimentos tecnicistas, orientados por protocolos de intervenção, mas, tentar-se-á trabalhar com o cuidado integral construído a partir das relações de alteridade com o outro.

Ayres (2006) assinala a necessidade dos atores da relação de cuidado em saúde buscar conhecer o “projeto de felicidade” do outro, como um critério para as práticas humanizadas. O autor explica que considerar o “projeto de felicidade” no cuidado em saúde é valorar experiências vividas, pensar nas condições que se deseja alcançar ou manter independente do estado de perfeita normalidade morfofuncional. Ainda sobre o tema em questão, Ayres afirma que o êxito técnico somente faz sentido se for uma conquista para a felicidade das pessoas.

Ayres (op.cit.) também tece uma crítica aos critérios biomédicos usados para validar ações de saúde. O estudioso entende que com esses critérios a felicidade não pode ser percebida, pois não é possível determinar critérios universais para expressar o significado de felicidade. Ela é buscada por cada sujeito de maneira diferente.

Conforme o referido autor, é preciso existir uma relação entre os meios técnicos (gerenciamento, procedimentos, resultados) e os projetos existenciais de felicidade dos indivíduos e das comunidades. O pesquisador também acrescenta que “é necessário, em outros termos, que o aspecto técnico seja ativa e conseqüentemente posto em contato com o não-técnico em cada momento assistencial” (AYRES, 2006, p.55).

Em seu estudo, Ayres (op.cit.) faz alusão à alegoria de Higinio heideggeriana e a utiliza para ilustrar as características do seu conceito de cuidado em saúde, enumerando nove aspectos: movimento, interação, identidade e alteridade, plasticidade, projeto, desejo, temporalidade, não-causalidade e

responsabilidade.

O **movimento** enfatiza a construção de nossas identidades, sendo estas produzidas no próprio ato de viver ou no próprio ato de cuidar. Não existem, portanto, determinações para o sujeito e sim uma complexidade de fatores que são ligados, iniciando sua inter-relação no começo de nossas vidas. “Essa identidade vai sendo construída no e pelo ato de viver, de pôr-se em movimento pelo mundo” (AYRES, 2006, p. 59).

Mediante a **interação** do profissional com o usuário se dá o cuidado em saúde. Por meio dela determinamos o lugar de cada um no processo de tratamento. Portanto, é na **interação** que surgem a **identidade e alteridade** do outro. “A identidade de cada um se faz, (...), na presença de seu outro” (AYRES, 2006, p. 60).

Nesse processo, a **identidade** de cada um tem um caráter de **plasticidade** (transformação), que mostra, de forma implícita, a nossa finitude e é por essa possibilidade de dissolução do ser (morte) que é necessário o cuidado.

Tais transformações são realizadas pelo potencial criador, o qual propicia conceber e construir o **projeto**. **Projetos** são inerentes ao cuidado. De acordo com Ayres (2006, p.60) por sua capacidade de criar, “o cuidado gera o ser vivente”.

Mas, a construção de projetos só deve acontecer considerando-se o **desejo** de cada um, **desejo** que dá sentido à existência. É no encontro desejante do profissional com o usuário, realizado nessas circunstâncias, que se origina o cuidado com o ser vivente.

Contudo, o desejo de cada um não pode ser considerado fora da condição temporal (**temporalidade**) em que se vive. Só podemos falar em cuidado associando-o ao devir da existência. Existe, porém, a **não-causalidade** em que cada um apenas recebe sentido em uma totalidade e essa, por sua vez, somente tem seu sentido na individualidade de cada um.

A **não-causalidade** está associada à noção dialética, segundo a qual, as coisas ou as estruturas determinam a vida das pessoas, são estas mesmas pessoas que constroem as coisas e as estruturas (CAMPOS, 1994).

Tal dialética traz a concepção de **responsabilidade**, em correspondência com a última característica de cuidado proposta por Ayres (2006, p. 63). Este autor

defende que o cuidar é um “projetar responsabilizando-se”, ou seja, uma relação de cuidado que tem como base dois indivíduos que se responsabilizam por aquela situação.

Para Ayres, o cuidado em saúde abrange cada um desses aspectos. Se isso não acontece, o resultado é o deparar-se com:

...autonomização e tirania de exames complementares, a excessiva segmentação do paciente em órgãos e funções, o intervencionismo exagerado, o encarecimento dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos, a desatenção com os aspectos psicossociais do adoecimento e a iatrogenia transforma-se em evidentes limites (AYRES, 2006, p.64).

A cada dia, na saúde, a exemplo de outras áreas, amplia-se o uso da tecnologia. Todavia, as tecnologias a serem utilizadas no tratamento são uma decisão do profissional, que pode ser mediador, não resumindo o cuidado à aplicação delas, mas, articulando-lhes a uma condição básica para o diálogo: a escuta. Na escuta pode-se ter todas as características de cuidado já expostas nesse trabalho.

Com a escuta, o **movimento** de construção das **identidades**, a **interação**, a **alteridade**, as transformações do indivíduo (**plasticidade**), o **desejo**, a **temporalidade**, melhor desenvolvimento do **projeto** terapêutico (não impondo uma relação de causa e efeito – **não-causalidade**) são considerados. Nesse processo, em que as características do cuidado se reúnem, tanto paciente quanto profissional são induzidos a uma responsabilidade.

A escuta é uma abertura autêntica para estar com o outro. Em uma escuta atenta de uma consulta podem surgir a compreensão da não adesão do paciente a um tratamento, a falta de entendimento de uma orientação preventiva e até a descoberta da sua “falta de interesse” com sua saúde (AYRES, 2006).

Por sua vez, compreende-se que a escuta implica em um processo ativo de levar o sujeito a produzir suas próprias respostas ao seu sofrimento, ao reconhecer que, como ser humano, pode dispor da capacidade de autonomia. Desse modo, pode-se levar o sujeito a se questionar sobre suas ações e fantasias, sem dar respostas prontas as suas interrogações.

Para existir essa escuta, é imprescindível compartilhar responsabilidades e perceber o outro com uma alteridade caracterizada pela autonomia de decidir o que é

melhor para sua vida ou para seu projeto de felicidade.

Pode-se perceber que a escuta ressaltada por Ayres (2006) faz parte do que Merhy (2002) chama de tecnologia leve do cuidado em saúde. Esse estudioso define três tipos de tecnologia: dura, leve-dura e leve.

Na conceituação feita por Merhy (2002), tecnologia dura é aquela que envolve a operacionalização das máquinas, equipamentos, estruturas operacionais, dados físicos, entre outros. Esse tipo de tecnologia tem seu centro nos instrumentais componentes do serviço de saúde.

Tecnologia leve-dura, por sua vez, é a que compreende os saberes do processo de trabalho. Nessa perspectiva, o olhar do médico volta-se para as necessidades do usuário. Esse é um olhar constituído por saberes bem delimitados, o que demonstra o lado duro. Conforme Merhy assinala, nos momentos do agir médico, o usuário impõe a leveza da relação, mas essa imposição pode ser subjugada pelo lado duro do processo.

Já a tecnologia leve é aquela que permite produzir relações, ocorridas através do momento singular do encontro. Apesar de possuir a materialidade dura, não se torna dependente dela. Esse tipo de tecnologia vai surgir por meio do **vínculo**, do **acolhimento** e da **responsabilização**.

Ao discutir o assunto, Merhy (1997) define **acolhimento**, **vínculo** e **responsabilização**. O **acolhimento** é definido pelo autor como

uma relação humanizada, acolhedora, que os trabalhadores e o serviço, como um todo, têm que estabelecer com os diferentes tipos de usuários, alterando a relação fria, impessoal e distante que impera no trato cotidiano dos serviços de saúde (MERHY, 1997, p.138).

No que diz respeito ao **vínculo**, o estudioso tece as seguintes considerações:

é o profissional de saúde ter relações claras e próximas com o usuário, integrando-se com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos e se tornar referência para o paciente, individual ou coletivo, que possa servir à construção de autonomia do usuário (MERHY, 1997, p.138).

E, discorrendo sobre a **responsabilização**, o pesquisador afirma que “o profissional assume a indicação e garantia dos caminhos a serem percorridos para

resolução do problema, não cabendo a transferência burocrática para outra instancia decisória ou nível de atenção” (MERHY, 1997, p.138).

Portanto, para Merhy (2002), a produção do cuidado é promover o encontro entre o usuário com seu mundo de necessidades a partir de seu “modo de andar na vida”, com as diferentes formas tecnológicas de fazer seu processo de trabalho. O autor acrescenta também a importância de considerar as necessidades de cada usuário, assim como Ayres ressaltou o projeto de felicidade de cada indivíduo. Ambos colocam a singularidade como uma prioridade para o cuidado em saúde, articulando-a com o conhecimento científico dos profissionais de saúde. Além disso, segundo Mattos (2006), quem dirá os cuidados necessários é o profissional, que, ao permitir um tratamento partilhado com o usuário, irá reconhecer o momento de intervir e aplicar as tecnologias pertinentes, atentando para não profissionalizar demais a relação com o sujeito.

Merhy (2002) critica a medicina tecnológica, afirmando que, nela há um empobrecimento das tecnologias leves, com foco na ação do médico para a produção de procedimentos e com projetos terapêuticos que têm uma ação na saúde fragmentada sobre um usuário, o dividido em unidades de produção. Para superar essas dificuldades, o autor defende a busca de uma articulação entre as competências de intervenção em saúde e a propriamente cuidadora.

A propriamente cuidadora, segundo Merthy (2002), perpassa qualquer prática de saúde, com vistas a produzir falas e escutas, considerando a relação com o mundo subjetivo do usuário, como este constrói suas necessidades de saúde, a relação de acolhimento e vínculo, posicionamento ético, articulação de saberes para compor projetos terapêuticos, etc.

Os projetos terapêuticos, de acordo com Mattos (2004), não devem ser produtos da simples aplicação de conhecimentos sobre a doença;

Na perspectiva da integralidade, eles (os projetos terapêuticos) emergem do diálogo (e porque não falar, da negociação) entre profissionais de saúde e os usuários dos serviços de saúde. A característica chave para a existência desse diálogo é a capacidade de compreender o contexto específico dos diferentes encontros. Compreensão que envolve por parte dos profissionais o esforço de selecionar num encontro os elementos relevantes para elaboração do projeto terapêutico, tanto os evocados por ele com base em seus conhecimentos, quanto os trazidos pelo outro a partir de seus sofrimentos, de suas expectativas, de seus temores e de seus

desejos. (MATTOS, 2004, p. 5).

Tal projeto terapêutico deve permitir a produção da saúde. Para que isso ocorra, Merhy observa que (2002) é preciso considerar se esses projetos estão tendo impacto para o aumento da autonomia no “modo do sujeito andar na sua vida”. Neste aspecto, Merhy complementa Ayres, na medida que enfatiza a autonomia do usuário como um ganho para a saúde.

O tema da autonomia continuará a ser abordado nessa pesquisa, porém, antes disso, a questão da transversalidade da integralidade no cuidado em saúde será explorada por constituir um requisito essencial à autonomia.

Para Mattos (2001), a integralidade não é apenas um princípio do SUS, mas também um conjunto de valores a serem buscados, relacionando-se a um ideal de uma sociedade justa e solidária. O estudioso aponta a integralidade como “imagem-objeto”; é algo que se deseja construir, superando o que já existe.

Nessa perspectiva, Mattos (2006) acrescenta uma crítica ao modelo de medicalização do nascimento e do cuidado à gestante. Esse cuidado, segundo o autor, tornou-se hegemonicamente médico. Portanto, há uma expropriação da saúde.

Considerados os avanços alcançados na universalização, no acesso e no número de consultas, Mattos (op.cit.) argumenta que a tecnificação do cuidado produziu um “quase-esquecimento” da dimensão humana, ao deslocar a ênfase na mulher e na criança para os dispositivos técnicos.

Essa crítica corrobora para um dos sentidos da integralidade ressaltados por Mattos (2001), quando retoma a noção de medicina integral, que condena a medicina até então caracterizada, por reduzir o sofrimento, do paciente ao sistema biológico. A medicina integral atribuiu um primeiro sentido à integralidade, que seria relacionado às “boas práticas” dos profissionais de saúde.

Mattos (op.cit.) ainda expõe outros sentidos: um relacionado à organização dos serviços e outro associado às políticas governamentais destinadas aos problemas de saúde. Esses dois sentidos podem interferir no cuidado integral à gestante. Se há uma organização do serviço que preze pela produtividade no atendimento pré-natal ou se existem políticas governamentais que vinculem ações destinadas somente a um determinado aspecto da mulher, como a reprodução,

outros determinantes de sua saúde serão desconsiderados. Isso pode impedir a prestação de um atendimento integral à gestante.

Embora se reconheça que cada um desses sentidos apresentados até então são importantes para que um cuidado integral à gestante seja oferecido, opta-se, nessa pesquisa, por aprofundar aquele que se relaciona as boas práticas dos profissionais de saúde. Essa escolha foi feita devido ao considerável vínculo entre as boas práticas e o nosso objeto de estudo: investigar o cuidado integral concedido à gestante no momento do ato terapêutico.

A concepção de cuidado abordada, reporta-se a uma ação integral, com significados e sentidos voltados para a compreensão de saúde como um direito de ser (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). O cuidado em saúde envolve o princípio da integralidade, o qual permite um tratamento respeitoso que leve em conta diferentes aspectos dos diferentes sujeitos.

A integralidade, segundo Pinheiro e Guizardi (2006, p.22), deve considerar “a diversidade e pluralidade da realidade, inerentes à dinâmica social e aos movimentos dos sujeitos em nossa sociedade, a integralidade é aqui assumida como prática social, que implica reconhecimento de diferentes visões de mundo”.

Como observado, no modelo médico hegemônico pautado no tratamento e diagnóstico de doenças, as intercorrências biológicas são priorizadas em detrimento das necessidades dos sujeitos, não existindo, assim, espaço para o cuidado integral à saúde, pois a escuta aos sofrimentos do usuário é impossibilitada.

Alguns princípios são exigidos para o cuidado integral. Lacerda e Valla (2006) trazem como pressuposto, para esse cuidado, a necessidade de compreender a natureza do sofrimento. Segundo assinalam, é preciso transcender a dualidade mente-corpo e cuidar dos sujeitos como uma totalidade. Nesse contexto, apontam para a possibilidade de que o cuidado integral traz alívio em relação aos sofrimentos do sujeito.

De acordo com esses autores, a compreensão desse sofrimento implica em uma mudança na prática dos profissionais de saúde, considerando a maneira como cada sujeito é afetado pela sua existência, pois, o que os profissionais avaliam, como fonte de sofrimento, pode não corresponder àquilo que realmente se passa com o sujeito.

Portanto, o cuidar, para Lacerda e Valla (2006, p.95), é uma “atitude interativa que inclui o envolvimento e o relacionamento entre as partes, compreendendo acolhimento, escuta do sujeito, respeito pelo seu sofrimento e pelas suas histórias de vida”.

Defender a integralidade, para Mattos (2004), é defender antes de tudo as práticas de saúde intersubjetivas. Tais práticas envolvem uma dimensão dialógica, possuem um caráter de conversação. Mattos (2004, p.4) explica que :

...um caráter de prática de conversação, na qual nós, profissionais de saúde, utilizamos nosso conhecimento para identificar as necessidades de ações e serviços de saúde de cada sujeito com o qual nos relacionamos, para reconhecer amplamente os conjuntos de ações que podemos pôr em prática (incluindo ações como aconselhamento e as chamadas práticas de educação em saúde) para responder as necessidades que apreendemos. Mais do que isso, defender a integralidade nas práticas é defender que nossa oferta de ações deve estar sintonizada com o contexto específico de cada encontro.

Ter oferta de ações sintonizadas com o contexto específico de cada encontro está de acordo com a compreensão de Pinheiro e Luz (2003), quando falam da relação entre demanda e necessidade. Defendem que o cuidado integral deve considerar o conjunto complexo de valores, representações e padrões culturais dos vários sujeitos sociais que interagem no cotidiano.

A reflexão das práticas posta em evidência, engloba também a compreensão de como se organiza a produção do cuidado. Tal organização deve ser analisada a partir da capacidade de atender às necessidades dos usuários. Busca-se ultrapassar a demanda exposta naquele momento para o acolhimento e para a resolubilidade das diferentes necessidades sentidas pelo sujeito.

As necessidades, para Cecílio (2001), podem ser apreendidas por meio de quatro conjuntos. O primeiro fala das necessidades de saúde relativas às “boas condições de vida”, reconhecendo a influência dos fatores ambientais na saúde como: condições de moradia, trabalho, acesso às condições sanitárias suficientes para não provocar doenças. Quanto ao segundo conjunto de necessidades, têm-se: o acesso e o poder de consumir toda tecnologia capaz de melhorar ou prolongar a vida. Aqui o termo tecnologia abrange a leve, leve-dura e dura, sem considerar que uma seja mais complexa que a outra. Já o terceiro conjunto de necessidades afere a

importância do vínculo, da relação de confiança entre usuário e equipe ou profissional. Por fim, o quarto conjunto que constitui “a necessidade de cada pessoa ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida” (CECÍLIO, 2001, p. 115).

Então, a co-produção da demanda e da oferta no serviço de saúde deve estar relacionada com a possibilidade de reconhecer as necessidades de cada sujeito, sejam necessidades ambientais, tecnológicas, de vínculos, de autonomia ou de todas elas. Muitas vezes, as demandas programadas dos serviços estão, em sua grande maioria, pautadas em uma dessas necessidades, desprivilegiando as outras.

A procura pelo serviço de saúde se dá, segundo Franco e Merhy (2005), através da percepção do que o usuário tem e do que é ofertado por esse serviço. Os autores supõem que há uma relação entre o modo de produção do cuidado e a construção de significados feita pelos usuários. A construção da demanda ocorre a partir dos sentidos que o usuário vê nas práticas assistenciais e sua implicação com a produção da saúde.

Caso o serviço de saúde não seja “capaz de fazer com que o usuário se sinta protegido, isto é, se a idéia de cuidado, traduzida em atos assistenciais, não estiver coincidindo com a dos usuários” (FRANCO; MERHY, 2005, p.182), pode levar a prejuízos na relação usuário-serviço. Prejuízos esses que são precursores de conflitos e tensões e que podem ocasionar uma descredibilidade do imaginário que o usuário construiu sobre a qualidade do cuidado prestado pelo serviço.

Caso não exista uma atitude interativa, acaba-se por desembocar em uma transação capitalista, em que o paciente não tem suas reais necessidades consideradas diante de uma medicina voltada exclusivamente para a prática em si, ou melhor, para uma prática burocratizada (TESTA, 1992). Para não se reduzir a esse tipo de prática, é imprescindível levar em conta a autonomia do sujeito, de modo que ele esteja presente na relação, pois qualquer processo terapêutico deve visar ao aumento da capacidade de autonomia do usuário, como enfatiza Campos (1994).

No encontro do usuário com o profissional de saúde, deve prevalecer a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde trazidas por esse sujeito. Cabe ao profissional a sensibilidade de decodificar as necessidades que são “travestidas” em forma de demandas específicas. Toda

ênfase do profissional, deveria ser em atender as necessidades de saúde, mais do que a simples adesão ao modelo de atenção dado a priori (CECÍLIO, 2001).

Conforme já mencionado, o processo terapêutico proposto no PSF visa estabelecer uma nova relação entre os trabalhadores de saúde e a população baseado na co-responsabilidade, preconizando uma verdadeira mudança no pensar e agir da equipe de saúde e da comunidade em relação à saúde (CEARÁ, 1995).

O PSF traz a lógica de perceber o ser humano mediante uma visão holística, não mais fragmentada, segundo Andrade (1998). O que se pode perceber é que esse programa tem, em seus princípios, a abrangência das concepções de cuidado que busca a integralidade das ações, com ênfase nas tecnologias leves.

No PSF, existe um conjunto de ações direcionadas à saúde da mulher e divididas em responsabilidades, tais como: a prevenção de câncer de colo de útero, planejamento familiar, a prevenção dos problemas odontológicos da gestante e o pré-natal (NOAS, 2001).

O pré-natal que faz parte do objeto de estudo dessa pesquisa será, a partir de então, especificado. No pré-natal do PSF, segundo a NOAS (2001), devem ser realizadas as seguintes atividades: diagnóstico de gravidez; cadastramento de gestante no 1º trimestre; classificação de risco gestacional desde a 1ª consulta; suplementação alimentar para gestante com baixo peso; acompanhamento pré-natal de baixo risco; vacinação antitetânica; avaliação do puerpério; realização ou referência para exames laboratoriais de rotina; alimentação e análise de sistema de informação; atividades educativas para promoção da saúde; etc.

Sabe-se que essas atividades devem obedecer aos princípios que regem o PSF, como, por exemplo, ao princípio da integralidade, por isso se questiona: tais atividades são acompanhadas de um cuidado integral ao sujeito (gestante) que as procuram? Para responder a essa pergunta, vale apresentar a citação a seguir:

É responsabilidade da equipe de saúde acolher a gestante e sua família desde o primeiro contato na unidade ou na comunidade. Essa abordagem da grávida considera o significado que a gestação tem para ela e sua família, já que nessa fase inicia o vínculo afetivo com o novo ser. Neste contexto, é necessário valorizar as emoções e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro, a fim de individualizar e contextualizar a assistência pré-natal. Impõem o diálogo franco e aberto, dando oportunidade à mulher de falar de sua intimidade com segurança, expressar suas dúvidas e necessidades, estabelecendo e

fortalecendo o vínculo profissional-cliente (ROCHA; CRUZ, 2005, p.89).

Pensar no cuidado integral em conformidade com as conceituações defendidas pelos autores já citados, principalmente Ayres e Merhy, conduz ao entendimento de que os profissionais de saúde que atendem no pré-natal do PSF devem considerar o projeto de felicidade, “o modo de andar na vida” dessas gestantes, com ênfase no processo de construção da autonomia de cada uma delas.

Constituição do sujeito (gestante/usuária) na construção da autonomia

O cuidado integral em saúde tem como um tema transversal o sujeito. O modo como se dá sua constituição e a maneira como ele é tratado são fatores que podem constituir seu processo saúde-doença.

Campos (2006) defende um conceito ampliado de saúde. Nesse conceito, adota a concepção do método Paidéia, o qual pensa o sujeito individual e coletivo bem como sua práxis, ambos co-produzidos por fatores interligados a uma base material, biológica e subjetiva, formando, assim, o sujeito real;

O sujeito, um Ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades. Um Ser com um grau relativo e variável de autonomia para realizar desejos, interesses e necessidades, mediante processos de negociação e luta com o passado e o presente. Um Ser imerso na história e na sociedade, mas nem por isso despossuído de uma subjetividade singular e de capacidade para reagir ao seu contexto (CAMPOS, 2000, p. 68).

No intuito de melhor exemplificar a concepção de sujeito empreendida por Campos (2006), mostrar-se-á três aspectos que compõem a co-produção dos sujeitos: a particularidade, o singular e o universal.

A particularidade, conforme o autor, é composta por fatores biológicos e subjetivos, representados pelos desejos e pelos interesses. Nesse contexto, as questões biológicas, genéticas, implicam uma determinada vulnerabilidade das pessoas. Essas questões focalizam seu diagnóstico na avaliação do risco biológico, desconsiderando a subjetividade. Portanto, a teoria Paidéia estabelece a interligação desses dois campos, haja vista que não se pode pensar no sujeito desligado dos fatores externos que interferem no seu modo de vida.

Quanto à subjetividade, a teoria Paidéia reconhece a atuação de dois fatores: o interesse e o desejo. O “interesse” emprega que o sujeito busca resguardar sua sobrevivência física e social, podendo, a partir disso, educar o cidadão para que este possa fazer as melhores escolhas. Entretanto, quando Campos (2006) tece considerações acerca da noção de desejo, baseada em Freud, mostra que nem sempre as pretensões do ser humano são a melhor escolha para a sociedade. Assim, o desejo seria a busca do gozo, do prazer, como assinala Campos (2006, p.53): “(...)

seria uma tendência psíquica do sujeito humano de buscar o prazer, o gozo, com certo grau de independência de sua sobrevivência”.

Pensar na funcionalidade das políticas de saúde, a partir da noção de desejo, segundo Campos (2006), é inviável, pois, é necessário concentrar-se em uma política de promoção da saúde do coletivo. Todavia, a interferência do desejo no processo saúde-doença não pode ser esquecida, o que contribui para um maior sentimento de pertença do usuário ao tratamento.

Campos (2006), ao dar seguimento à descrição dos aspectos de co-produção, expõe o “singular” como o movimento reflexivo de compreensão do mundo e de si mesmo, ou seja, uma consequência da “influência do contexto sobre os sujeitos e, ao mesmo tempo, resultado da intervenção destes sujeitos sobre o contexto e sobre si mesmos; co-produção, portanto.” (CAMPOS, 2006, p.43). Em outras palavras, seria um movimento dialético de formação ou construção da prática em saúde compreendida como articulação do contexto no trabalhador de saúde e do trabalhador de saúde no contexto.

O último aspecto de co-produção apontado é o do “universal”, que indica o instituído. Este aspecto releva as necessidades sociais, o contexto econômico cultural e social, as instituições e as organizações.

O conceito de “universal” de Campos (2006) corrobora a concepção de constituição do sujeito de Testa (1992), que trata do corpo do enfermo como uma construído pelo processo histórico.

Para Testa (1992), a construção do sujeito parte de uma “apropriação sensível dos objetos exteriores; o primeiro passo para o conhecimento, que é a subjetivação do objeto, é, ao mesmo tempo, a afirmação ontogenética da sensualidade como instrumento na construção da sexualidade” (TESTA, 1992, p.79). Conforme o autor, a sexualidade então referida abrange práticas que nos relacionam com o outro, a prática intelectual, a prática sensual e a prática reprodutiva.

Testa (1992) considera a constituição do sujeito como uma produção do social. Então, ainda no que concerne às considerações do autor, o verdadeiro objeto de trabalho do médico seria o “corpo vivo”, ou seja, o corpo em relação com o social, busca sobrelevar o individual para o social.

Ao trabalhar esses aspectos de co-produção (particularidade, singular e universal), Campos (2006) amplia a concepção de sujeito, trazendo outras dimensões. Apresenta-a reflexão na qual exprime que nenhum desses aspectos pode dar conta isoladamente de compreender o sujeito, como também, de entender o processo de produção de saúde-doença.

Molon (2003) corrobora o conceito de co-produção de Campos (2006) quando em sua releitura de constituição do sujeito em Vygotsky conta que a temática do sujeito é perpassada pelas relações sociais. Por meio de tais relações pode-se interrogar como o sujeito é constituído. Conforme acredita, o sujeito pode ser compreendido por meio de uma corporeidade biológica, afetiva, histórico-social, semiótica (processos dialógicos do campo da intersubjetividade) e ética. Portanto, na compreensão da autora, Vygotsky traz o entendimento de que não é possível ter a pretensão de tornar os sujeitos seres homogêneos, meros reflexos da realidade social.

Percebe-se que o modelo biomédico implica uma compreensão unilateral do processo saúde-doença, compreendendo o sujeito através da Medicina científica, reduzindo todos os seus aspectos ao biológico. Isso foi ressaltado por Silva Junior (2006), ao apontar algumas características desse modelo, tais como: o mecanicismo, que compreendia o corpo humano como uma máquina; o biologicismo, em que os determinantes sociais e subjetivos eram excluídos, levando-se em conta apenas a natureza biológica da doença; o individualismo, que responsabilizava o indivíduo por sua doença, negando a influência do aspecto social; a especialização, em que o sujeito era estudado de forma fragmentada; a exclusão das práticas alternativas, impondo como eficaz aquilo que fosse considerado cientificamente comprovado; a tecnificação do ato médico, em que a qualidade dos serviços baseava-se na incorporação tecnológica da prática médica, com equipamentos sofisticados e com alta medicalização; a ênfase na medicina curativa e a concentração de recursos, que, devido à valorização da incorporação tecnológica e à forma como foi locada em espaços hospitalares, os recursos eram destinados a esses espaços; por conseguinte, era nesse ponto que a Medicina científica atuava, configurando, assim, um modelo hospitalocêntrico.

Como já mencionado, um modelo que restringe o sujeito à dimensão biológica não é suficiente. Assim, tem-se a crise da Medicina Científica, analisada por

Silva Junior (2006), a partir de Mendes (1980). Em vista disso, três teorias que tentam explicar e propor soluções para a crise: a teoria gerencialista, a teoria cultural e a teoria política são mostradas.

Neste trabalho, apenas a teoria culturalista será especificada. Essa escolha foi feita em razão de essa teoria trazer recursos para a análise do objeto de estudo em questão, pois se fundamenta no modelo industrial, convergindo para todos os sistemas sociais. A industrialização na Medicina levou a um processo de profissionalização e burocratização, no qual os usuários são os consumidores.

Testa (1992) vai mais além e, em sua crítica ao processo de burocratização da Medicina, coloca o usuário não só como consumidor, mas também como a própria mercadoria, quando o profissional aborda a apropriação do corpo do enfermo, desconsiderando o valor de existência do ser.

A solução, segundo Mendes, citado por Silva Junior (2006, p.51), para estabelecer um limite nessa burocratização, é “a reversão do processo de industrialização e a construção de uma proposta de antimedicina, articulada na desprofissionalização, na desburocratização e no incremento da autonomia pessoal para o cuidado da saúde.” Com isso, objetiva-se integrar corpo, mente e espírito nos cuidados em saúde, o que abre espaço para outras formas de pensar saúde-doença.

De acordo com Campos (1994, p.50), aumentar a capacidade de autonomia do paciente envolve “melhorar seu entendimento do próprio corpo, da sua doença, de suas relações com o meio social e, em conseqüência, da capacidade de cada um instituir normas que lhe ampliem as possibilidades de sobrevivência e qualidade de vida”.

Ainda de acordo com o autor, serviços de saúde deveriam existir para ajudar o usuário a melhor utilizar os próprios recursos, mediante do reconhecimento da vontade e dos desejos de cada um e do ato de oferecer condições institucionais para melhoria das condições individuais e coletivas. Para isso, Campos (1994) argumenta ser necessário que a equipe de saúde tenha uma abordagem integral e holística para cada caso, superando o mecanicismo biologicista e valorizando a fala e a escuta dos profissionais e dos usuários. O estudioso propõe uma renovação da clínica:

Prática clínica renovada poderia contribuir para que os indivíduos

tenham relações mais produtivas e maduras com a doença, com a prevenção da saúde, com os profissionais, com os dispositivos tecnológicos e até mesmo com as instituições de saúde. As equipes de saúde poderiam trocar com os clientes noções sobre as maneiras que eles próprios poderiam acionar os recursos médicos, sociais e individuais-familiares, existentes em cada situação específica (CAMPOS, 1994, p. 51).

Dessa forma, com a implantação do PSF, uma possibilidade para essa renovação é considerada, em virtude de este programa requerer um novo modo de atender às necessidades de saúde do sujeito, no qual ele deve ser visto de forma integral e, para que isso ocorra, as equipes devem repensar o processo de trabalho em saúde, adotando novas metodologias.

Estabelecido um paralelo com Ayres (2000), que assinala a necessidade de subverter a tecnificação ou a objetivação do trabalho humano em uma “intersubjetividade viva do momento assistencial”, é importante extrapolar, nesse momento, o tecnológico e estabelecer a troca. Pode-se, nessa circunstância, pensar na proposta do PSF, para o agir em saúde, como uma relação entre sujeitos que percebem um ao outro como uma alteridade.

Refletir sobre a assistência pré-natal, mediante um modelo biomédico, como o defendido pela Medicina Científica, é estabelecer apenas técnicas e procedimentos que devem fazer parte dos atendimentos, sem levar em conta a subjetividade da gestante, reduzida ao saber técnico do profissional de saúde. Nesse tipo de assistência, buscam-se procedimentos bem delimitados como realização de exames laboratoriais, oferta de teste de HIV, aplicação da vacina antitetânica, classificação do risco gestacional, entre outros. Tais procedimentos são úteis para o controle da gestação, mas não são os únicos aspectos passíveis de interferir no processo gestacional.

No PHPN, a idéia da atenção humanizada, baseia-se no fato de que cada mulher deve ser atendida com base em critérios mínimos previamente estabelecidos, como os procedimentos de enfoque biológico. Enfatiza-se também a importância do vínculo, no qual se busca ultrapassar, no cuidado com a gestante, a atenção aos aspectos biopsicosociais.

Para possibilitar a atenção a tais aspectos, exige-se um cuidado centrado no usuário. Segundo Merhy (2002), o cuidado centrado no usuário contrapõe-se ao

centrado em procedimentos, cujos pontos primordiais são as técnicas, as rotinas institucionais, a utilização de equipamentos, de serviços e de instalações. Para o autor, o cuidado centrado no usuário deve ser sustentado em tecnologias leves, cuja atenção se volte para a saúde, a partir de uma inter-relação, envolvendo um vínculo, um acolhimento e uma responsabilização.

Para haver o vínculo, o acolhimento e a responsabilização é indispensável uma preocupação com o sujeito, levando-se em consideração sua autonomia no seu processo de tratamento. A co-constituição da autonomia depende do próprio sujeito e da coletividade. Segundo Campos Onocko e Campos (2006, p. 670) “autonomia poderia ser traduzida, em um processo de co-constituição de maior capacidade dos sujeitos de compreenderem e agirem sobre si mesmos e sobre o contexto conforme objetivos democraticamente estabelecidos”.

Conforme Campos (2000), o grau de autonomia dos sujeitos depende de sua capacidade de gerenciar todas as categorias componentes do seu processo, utilizando-se do método dialético que mediasse as forças externas (universal) com imposições externas (particular);

...alguém que renunciasse em absoluto à sua dimensão interna (seus desejos e interesses) jamais se constituiria em um Sujeito capaz de respeitar-se ou de viver com algum grau de autonomia. Por outro lado, Sujeitos incapazes de renunciar a parte de seus desejos e interesses em função de compromissos, ou da necessidade e vontade de integrar-se em instituições ou de concertar projetos com outros Sujeitos, tampouco construiriam autonomia ou logriam viver em sociedade (CAMPOS, 2000, p. 75).

É essencial considerar como a gestante pode-fazer o diálogo entre seus desejos e suas necessidades de cuidado na gestação. Pergunta-se: Como aumentar o grau de autonomia dessa usuária sem que sua escolha venha a prejudicar o conceito?

Para existir maior autonomia, precisa-se do acesso dos sujeitos à informação. Assim, será possível utilizar esse conhecimento para um exercício crítico de interpretação e questionar o sistema de poder imposto. Nesse trabalho é feita uma referência ao sistema de poder estabelecido na relação profissional de saúde e gestante no momento do pré-natal.—Esse período, que antecede ao nascimento do bebê, constitui um exercício no sentido de permitir a autonomia, dessa mulher em período de gravidez. Não obstante, nessa relação, estabelecida entre o profissional

de saúde e a gestante, faz-se necessário não impor o saber técnico de forma inquestionável, tal como conhecer a importância da regulação da autonomia gestante em prol da saúde dela mesma.

Em conformidade com o entendimento de Campos Onocko e Campos (2006) a autonomia plena é inexistente, pois de outro modo, a vida selvagem seria restituída. Freud (1931) retoma a necessidade de o homem estar submerso na cultura, para poder existir como sujeito, e aborda a importância da castração para o convívio em sociedade,- visto que através dela estabelece-se o controle das pulsões humanas.

Campos Onocko e Campos (2006) referem-se à Freud para fazer uma associação da autonomia com a responsabilização; o ser humano somente poderá ser autônomo na medida em que se responsabilizar pelos rumos e pelos atos a que seu desejo tenham-no levado. Segundo os autores, isso tem consequência política. Não constitui uma questão meramente interna, intrapsíquica. Os estudiosos propõem que a construção da autonomia seja uma capacidade de reflexão e ação crítica, por ser um fator imprescindível para limitar a utilização perversa e destrutiva do poder pelos grupos dominantes.

Nesse liame, visar o aumento da autonomia seria aumentar o poder do sujeito em gerir sua própria vida, conforme as diversas situações que enfrente, em superação a dimensão autoritária das relações e em busca de caminhar no sentido de possibilitar a expansão do direito de escolha do usuário na medida em que avança no processo terapêutico.

Nesse contexto, pode-se caracterizar, como um poder dominante, que veio delimitar a autonomia da gestante, o poder médico, o qual, segundo Costa (2004), instruiu as razões familiares impondo uma nova ordem. Entre estas razões, inclui-se o compromisso do casal higiênico, se constituir com o objetivo de defender a raça e o Estado mediante da proteção das crianças. Saúde e educação deveriam ser as maiores preocupações dos pais com os seus filhos.

É importante observar que, a razão higiênica estabelecida possibilitou reduzir as taxas de mortalidade infantil, mas, para isso, o poder médico teve de entrar na cidade de forma decisiva, desse modo, contribuiu para regulamentar as relações e interveio na intimidade do lar.

Para Birmam (2002), a constituição da ordem familiar burguesa colocou a mulher como objeto de grande interesse médico, ao instigar a preocupação com a mortalidade infantil e com a educação das crianças.

Entende-se que, ao ocorrer essa valorização da mulher como mãe, pela medicina, também ocorreu uma regulação da maternidade. A conseqüência dessa normatização foi a redução da subjetividade da mulher gestante a obrigações a serem assumidas com seus filhos, comprometeu-se a visitar rotineiramente o médico, a fazer os exames necessários, ou seja, houve imposições ao seu estilo de vida, sem uma reflexão, escuta e crítica das ações que deveriam ser assumidas.

Quando as práticas dos profissionais da saúde se voltam apenas para a promoção da saúde, de maneira a impor aos pacientes medidas preventivas, que segundo Campos Onocko e Campos (2006), são declaradas “educativas”, não passam de “algo a ser enxertado na população” (p. 680). No entendimento dos autores, as práticas que se reduzem aos procedimentos ou prescrições realizadas sem negociação, entre profissionais e comunidade ou usuários, se tornam práticas arrogantes que não levam em consideração o sujeito:

Já quando entendermos que o ser humano também como o sujeito do inconsciente, ser com desejo, sujeito barrado já que fragmentado entre desejo, o princípio de realidade e os valores introjetados, poderemos compreender melhor o processo saúde/doença/intervenção. Porque nem sempre fazemos escolhas racionais, nem nossos pacientes, nem nós mesmos. Por que alguém continua fumando? Ou bebendo? Ou sustentando qualquer prática não saudável, apesar de “saber”, isto é, estar muitas vezes racionalmente informado de que isso lhe fará mal? Estas concepções sobre a co-constituição dos sujeitos e da própria vida social nos obriga a pensar um pouco sobre como temos organizado nossas práticas (CAMPOS ONOCKO; CAMPOS, 2006, p. 677).

Para que haja um entendimento do sujeito, ao levar em consideração sua subjetividade e sua dimensão social, política e cultural, é necessário um cuidado em saúde baseado na escuta do individual e do coletivo que estão compostos no sujeito, em pretensão de se alcançar uma junção das dimensões biomédicas e subjetivas. A articulação dessas dimensões se dá por meio do processo relacional profissional/usuário, no qual, os reconhecimentos da autonomia e os limites desta, de cada um dos sujeitos do processo, são pressupostos.

Para Buber (1982), relação refere-se a um comportamento dialógico, no qual cada um dos membros da relação se torna consciente um do outro, tratando-se como parceiros. O autor enfatiza que não se deve tratar o outro como objeto.

Contrário ao conceito de relação de Buber, Camargo Jr (2006) expõe o seguinte: o paciente que sofre e procura um profissional de saúde, já estabelece uma relação assimétrica, pois se coloca na posição de quem busca respostas para sua situação. Entretanto, cabe ao profissional não ultrapassar o limite do seu poder.

Lacan (1970) tece uma crítica ao “lugar de maestria” que muitos profissionais assumem em relação ao paciente. Como afirma, o paciente procura o profissional na suposição de que ele solucionará todos os seus problemas. Contudo, o profissional, segundo o estudioso, deve “esvaziar o lugar de maestria”, na possibilidade de o sujeito produzir, por ele próprio, um saber sobre seu sofrimento. Em vista disso, desde que haja mudança de posição do profissional, a singularidade do sujeito conquista notoriedade, sem que seja preciso apoio em verdades absolutas e normativas, senão, o estabelecimento de um diálogo, na busca de manter a singularidade do sujeito dentro de um contexto biopsicossocial.

Como já mencionado, o modelo da biomedicina, em sua hegemonia, “esquece” a singularidade da gestante, na gravidez, inserindo-a na tecnologia, e destituindo sua autonomia. Há um acúmulo de saber nas mãos dos experts que permitem fazer com que as pessoas achem que precisam daquilo que eles dizem, então, acabam por perder seu poder de decisão. Segundo Baremlitt (1998, p.17) “as pessoas têm alienado o saber acerca de sua própria vida, o saber acerca de suas reais necessidades, de seus desejos, de suas demandas, de suas limitações e das causas que determinam estas necessidades e limitações.” Não pode-se negar a importância de tal tecnologia para a saúde da mãe e do filho, sobretudo, pela possibilidade de reduzir os índices de morbimortalidade materna. Entretanto, a utilização deve ser feita com a devida cautela para que não exista uma supressão da singularidade do sujeito em prol da tecnologia.

Há a possibilidade, porém, de especificar melhor esse modelo, ao se começar pelo século XIX, que se caracterizou pela atenção centrada no hospital, ao dar valor às medicinas curativas e intervencionais e ao centralizar todas as etapas do cuidado pré-natal no poder médico, com grande desvalorização dos aspectos emocionais e sociais envolvidos no atendimento à gestante.

Boaretto (2003) destaca a valorização das tecnologias de intervenção. O estudioso exprime que parte dos profissionais como parte dos usuários têm ocultado a medicalização indiscriminada, na qual o desejo e autonomia das mulheres têm sido pouco considerados, principalmente para os seguimentos mais pobres da população e com menos acesso à informação.

Merhy, citado por Caprara e Franco (2006, p. 92), assim se pronuncia sobre a valorização das tecnologias:

...fetichização da prática clínica, já que os profissionais estão dirigidos por protocolos. Essa fetichização indica que não somente os pacientes sujeitam-se à condição de alienados, quando solicitam ajuda profissional para tratar de algo que os acomete, mas os profissionais também, ao conduzirem suas práticas por intermédio de protocolos, prescindido das suas capacidades de raciocínio clínico-epidemiológico-laboratorial.

Como mencionado, a proposta de atenção humanizada vai de encontro ao modelo biomédico, pois, procura estabelecer uma atitude entre o profissional de saúde e a paciente, na qual se busque uma “disposição de abertura e de respeito ao outro como ser autônomo e digno” (PNHAH, 2001, p.2), em reconhecimento dos direitos e deveres do paciente, da sua subjetividade e das suas referências culturais.

A humanização da assistência pré-natal compreende o desenvolvimento de ações que visam à adoção de valores de autonomia e o protagonismo dos sujeitos, na co-responsabilidade, ao ter em conta a solidariedade nos vínculos estabelecidos, os direitos dos usuários e a participação coletiva no processo de gestão (BRASIL, 2004).

Nesse sentido, o programa de humanização vem como alternativa para o resgate da autonomia feminina nesse processo gestacional, mediante a valorização do sujeito, como também, por meio da aplicação, quando necessário, dos procedimentos obstétricos, sobretudo, por reconhecer que o sujeito deve ter espaço e voz no processo terapêutico, sem invalidar, no entanto, a competência técnica do profissional de saúde.

3 TRAJETÓRIA METODOLÓGICA

Natureza do estudo

A pesquisa é de natureza qualitativa, que, segundo Richardson (1999), não reside na produção de opiniões representativas e objetivamente mensuráveis de um grupo, mas, no aprofundamento da compreensão de um fenômeno social. Opta-se, portanto, por abordá-lo com base hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur.

Como afirma Demo (1989), a hermenêutica é a arte de interpretar a comunicação humana. Para o autor, tal comunicação possui várias dimensões, sendo importante atentar não só para os sentidos expressos verbalmente, mas também para os ocultos, ou para o não dito:

A hermenêutica se especializa em perscrutar o sentido oculto dos textos, na certeza de que no contexto há por vezes mais do que no texto. Esgueira-se nas entrelinhas, porque nas linhas está, por vezes, precisamente o que não se queria dizer. Assim, um discurso não se entende apenas na sua forma, no seu formato, na sua gramática, mas no conteúdo que quer dizer (DEMO, 1989, p. 248).

A estratégia básica para a hermenêutica é a compreensão, que se refere a uma relação dialogal que exige que o intérprete não reduza o outro à condição de objeto, mas, que se coloque no lugar dele, em uma posição de empatia (DEMO, 1989).

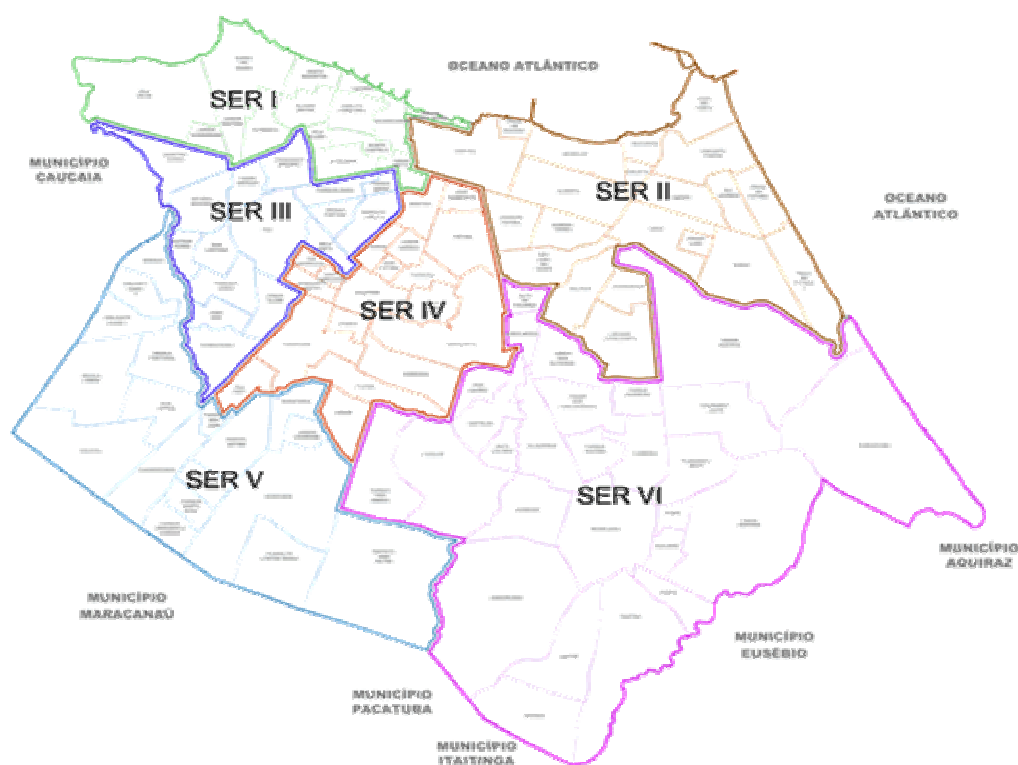
Quanto à fenomenologia, de acordo com Minayo (1999), essa consiste numa das abordagens qualitativas de maior relevância na área da saúde. “A fenomenologia, defende a idéia de que as realidades sociais são construídas nos significados e através deles, e só podem ser identificadas na medida em que se mergulha na linguagem significativa da interação social” (MINAYO, 1999, p. 34).

Portanto, a hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur é um modo de compreensão destinado a entender o significado da experiência, por meio do processo interpretativo. Segundo Caprara (2005), Ricoeur propõe não uma interpretação da intenção do autor, mas a compreensão do sentido do texto, no qual faz analogia à experiência vivida, no intuito de compreender o que está nas entrelinhas e, assim, capturar a experiência vivida pelo sujeito através do que foi dito por ele.

Pretende-se, com o desenvolvimento desse estudo, compreender a produção do cuidado integral às gestantes assistidas pelos profissionais do PSF de Fortaleza. Com base nessa compreensão, apreende-se as concepções de cuidado integral, formuladas pelos profissionais de saúde, tal como, assimila-se a dinâmica organizacional da oferta e da demanda no pré-natal e ainda, discute-se a rede de escuta estabelecida, no processo terapêutico, entre o profissional e a usuária, para a construção da autonomia desta durante a atenção pré-natal. Desse modo, decide-se pela abordagem qualitativa, visto que, o objeto envolve dimensões subjetivas relacionadas às interações dos profissionais de saúde com as gestantes.

Campo empírico do estudo

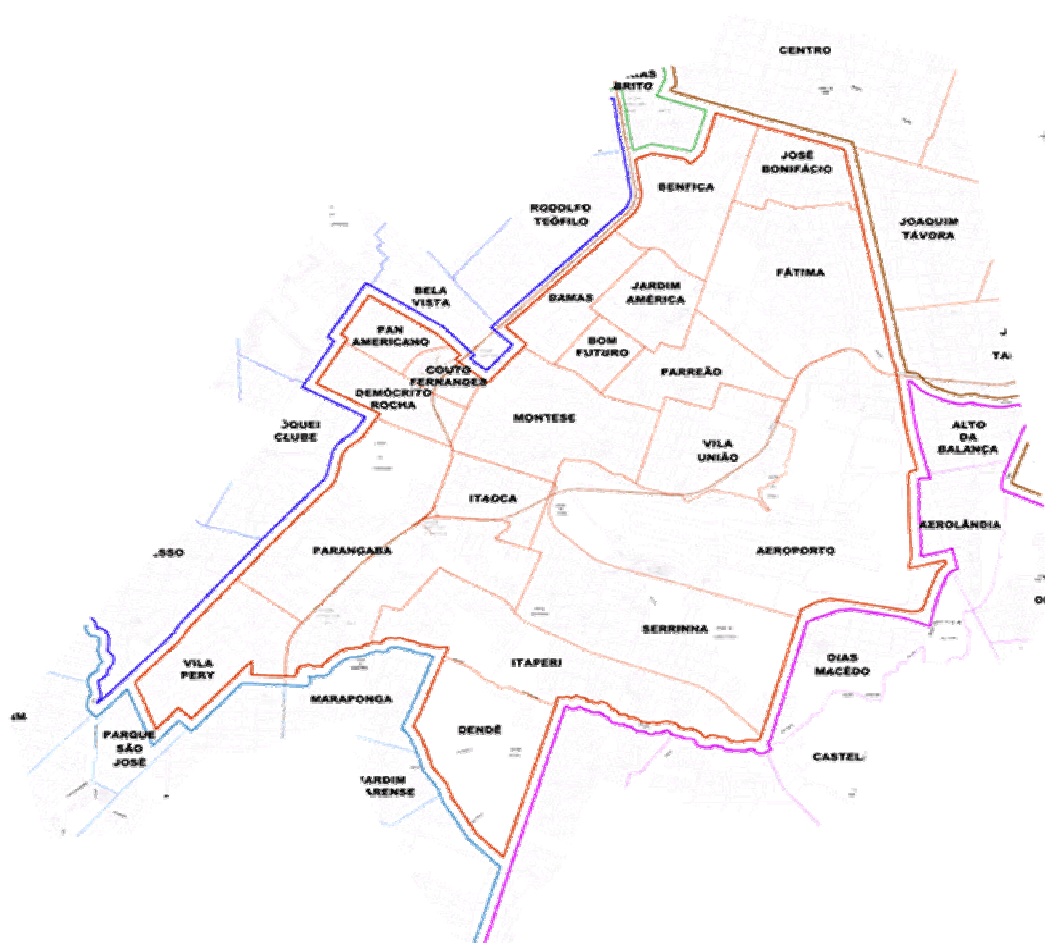
A pesquisa foi realizada no município de Fortaleza, capital do Estado do Ceará. Segundo o relatório de gestão de 2006, o município de Fortaleza possui 89 centros de saúde/ unidade básica da esfera administrativa municipal, distribuídos nas seis Secretarias Executivas Regionais (SERs). Cada uma delas é responsável pela gestão da rede de serviços de saúde existentes na sua área geográfica. No mapa a seguir, pode-se visualizar as seis SERs e suas respectivas áreas adscritas:



Cada SER possui uma quantidade delimitada de equipes de saúde da família (ESF), que varia de acordo com a cobertura populacional da área adstrita:

SER I: 36 ESF ; SER II: 38 ESF ; SER III: 63 ESF; SER IV: 33 ESF; SER V: 64 ESF e SER VI: 70 ESF

Como campo para o estudo em questão, as unidades básicas do Programa de Saúde da Família, da SER IV, foram escolhidas. Essa opção deve-se ao fato de se localizar nelas a Universidade Estadual do Ceará (UECE) que, mediante um acordo com a prefeitura, ficou co-responsável pela assistência à saúde nessa regional. Desse modo, essa instituição, com seus alunos e funcionários, viabilizou estudos e trabalhos com a comunidade. Vale ressaltar que todas as unidades básicas dessa SER prestam atendimento pré-natal, de tal sorte que, 100% da demanda recebem cobertura. Esse fator também justifica a escolha feita. No mapa a seguir, pode-se localizar a SER IV, onde o estudo foi realizado:



As 33 equipes existentes na SER IV fazem uma cobertura de 39% da população da área adstrita a essa SER. Tal população é de 293.261 habitantes,

residentes nos seguintes bairros: Aeroporto, Benfica, Bom Futuro, Couto Fernandes, Damas, Demócrito Rocha, Dendê, Fátima, Itaoca, Itaperi, Jardim América, José Bonifácio, Montese, Pan Americano, Parangaba, Parreão, Serrinha, Vila Pery e Vila União. Referidas equipes são compostas por 224 agentes comunitários de saúde, por 21 médicos, por 33 enfermeiros e por 25 dentistas.

Sujeitos do estudo

A população de profissionais de saúde do PSF, da SER IV, é de 79 sujeitos, distribuídos de acordo com o quadro disposto abaixo:

Quadro 1. Profissionais de saúde do PSF, da SER IV, de acordo com a unidade básica onde estão locados:

Unidade básica de saúde	Médicos	Dentistas	Enfermeiros
UBASF Projeto Nascente	3	5	5
UBASF Luís Albuquerque Mendes	4	2	4
UBASF José Valdevino de Carvalho	1	4	4
CC de Parangaba	1	2	1
CS Ocelo Pinheiro	1	1	3
CS Oliveira Pombo	5	5	4
CS Abel Pinto	1	2	3
CS Gutemberg Braun	1	1	2
CS Dr. Luis Costa	1	2	2
CS Filgueira Lima	-	1	1
CS Dr. Roberto da Silva Bruno	1	2	2
CS Maria José Turbay Barreira	2	-	2

Fonte primária: folha de pagamento da SER IV.

O objeto de estudo é a produção do cuidado integral às gestantes assistidas pelos profissionais de saúde do PSF. O quadro de profissionais que restringe-se apenas a médicos e a enfermeiros que prestam assistência pré-natal no PSF, da SER IV, no total de 21 médicos e de 33 enfermeiros. Além dos profissionais selecionados, uma gestante foi escolhida como sujeito da pesquisa, para o relato de um caso. Assim, a dinâmica da oferta e da demanda da atenção pré-natal pode ser analisada.

Os sujeitos (profissionais de saúde) que fizeram parte da pesquisa foram 10 enfermeiros e 4 médicos. Estes foram escolhidos mediante uma amostragem intencional. Todavia, antes dessa seleção, fez-se necessário que esses profissionais de saúde atendessem aos critérios de inclusão, tais como: 1. Médico ou enfermeiro que prestassem atendimento pré-natal no PSF; 2. Profissionais de saúde que estivessem no serviço há pelo menos 1 ano; 3. Que esses profissionais não estivessem de férias ou de licença e, por fim, 4. Que fizessem parte de uma ESF que tivesse no mínimo um médico e um enfermeiro.

A usuária escolhida atendeu aos seguintes critérios de inclusão:

1. Ter sido acompanhada, durante o pré-natal, por uma equipe de Saúde da Família;
2. Estar nos últimos meses de gravidez ou no puerpério;
3. Ter faixa etária maior que 18 anos, para eliminar as intercorrências da gravidez na adolescência.

Na literatura, o critério da pesquisa qualitativa não consiste no número de sujeitos na profundidade em compreender o objeto a partir das experiências. Isso ocorreu durante o processo de coleta e de análise das descrições dos sujeitos investigados. Para iniciar a pesquisa, fez-se a opção por um médico e por um enfermeiro de cada equipe de saúde da família, da SER IV, incluídos nos critérios preestabelecidos. O quantitativo final foi processual e ocorreu a partir da saturação teórico-empírica, ou seja, da repetição dos dados encontrados.

Técnicas e instrumentos de coleta de dados

As técnicas de coleta utilizadas foram as seguintes: a entrevista semi-

estruturada e observação sistemática. A partir da entrevista, pode-se compreender a produção do cuidado à gestante pelos profissionais do PSF; pode-se discutir a rede de escuta, no processo terapêutico para a construção da autonomia da usuária; pode-se descrever a dinâmica da oferta e da demanda durante a atenção pré-natal e; pode-se apreender as concepções de cuidado integral à gestante dos profissionais de saúde do PSF. Por meio da observação sistemática, buscou-se relacionar os dados encontrados nas entrevistas, a fim de verificar se existia convergência desses dados com os realizados pelos profissionais no ato atendimento pré-natal.

A entrevista deve ser o facilitador da comunicação. Todavia, faz-se necessário que essa entrevista contenha alguns itens indispensáveis para a compreensão do objeto. Para Minayo (1999, p.99), o roteiro de entrevista deve responder às seguintes condições:

- (a) cada questão que se levanta, faça parte do delineamento do objeto e que todas se encaminhem para lhe dar forma e conteúdo; (b) permita ampliar e aprofundar a comunicação e não cerceá-la; (c) contribua para emergir a visão, os juízos e as relevâncias a respeito dos fatos e das relações que compõem o objeto, do ponto de vista dos interlocutores.

Na entrevista semi-estruturada, o entrevistado poderá falar sobre o tema proposto, sem condições prefixadas pelo pesquisador. Existirão perguntas fechadas e abertas. (MINAYO, 1999). Em conformidade com o entendimento do estudo, esse tipo de entrevista facilitará a compreensão da fala do profissional, pois, ao mesmo tempo em que dá uma direção daquilo que se quer compreender, também deixa o entrevistado livre para discorrer sobre o tema sem predeterminações.

A observação sistemática será usada para anotar os fatos ocorridos e sua frequência em diário de campo. Segundo Richardson (1999), só é possível desenvolver uma observação sistemática quando se tem algum conhecimento do problema. No estudo em questão, utilizou-se a observação sistemática como complemento à entrevista, e examinou-se a relação da gestante com o profissional na fase do pré-natal.

Coleta de dados

Após a fase exploratória da pesquisa, a entrevista semi-estruturada foi aplicada e a observação sistemática foi realizada. Convém dizer que se tentou agendar previamente as entrevistas e, que também, estas foram feitas no próprio ambiente de trabalho, assegurado o sigilo das informações. Para garantir o registro das falas com maior fidedignidade, as entrevistas foram gravadas após autorização do participante. Os registros gravados foram devidamente armazenados, garantido o absoluto sigilo das informações por um período de cinco anos, após o qual serão destruídos.

Análise dos dados

O material coletado nas observações e nas entrevistas dos profissionais foi analisado com base na hermenêutica fenomenológica de Paul Ricoeur e o relato do caso foi analisado de acordo com o fluxograma analisador de Mehry.

Como afirma Ayres (2005, p.55), as ciências hermenêuticas “implicam significado e interpretação, configuram um saber compreensivo, orientado pelas relações parte-todo e motivado por interesses práticos, no sentido relacional-formativo”.

No intuito de buscar o significado do cuidado integral para os sujeitos do estudo, fez-se necessário a apropriação do sentido que o discurso traz. Segundo Ricoeur (1987), para compreender um autor, é necessário um processo de distanciamento. Desse modo, a compreensão vai além do horizonte limitado da situação existencial. Então, as falas dos sujeitos são interpretadas por meio de uma leitura mais ampla das suas práticas profissionais.

A hermenêutica, de acordo com Caprara (2005), surgiu como arte de interpretar, mas evoluiu por meio da filosofia como uma teoria de interpretação apresentada de diversas maneiras. Para Schramm (2002), uma das primeiras formas foi a hermenêutica metodológica de Dilthey, cuja proposta foi a de realizar uma interpretação científica e sistemática. Posteriormente, surgiram a hermenêutica

filosófica de Heidegger e a de Gadamer, que retira o foco da interpretação e o centra na compreensão existencial. Essa compreensão existencial é percebida pelos autores não como forma de conhecimento, mas, de "ser-no-mundo". Entretanto, Habermas postula o que ele denomina de hermenêutica crítica que se dedica a uma reconstrução de modo compreensivo entre as bases sociais do discurso e a compreensão caracteristicamente intersubjetiva. Em sua hermenêutica fenomenológica, Ricoeur (1987) sugere uma síntese das diversas correntes já existentes.

Na elaboração da explicitação desta modalidade de hermenêutica, Sodré (2004) considera que a fenomenologia hermenêutica de Ricoeur (1987) permite uma nova visão da dinâmica da consciência, da linguagem e das significações intencionais, da relação do si-mesmo e da alteridade, levando em conta a perspectiva das comunidades históricas.

Dessa forma, a interpretação se dá entre a vivência do sujeito e a linguagem, e essa interpretação acontece através de determinados conceitos como distanciamento, apropriação, explicação e compreensão (RICOUER, 1991; 1995).

Através do distanciamento, há uma objetivação do texto, no qual se isenta as intenções do autor. Resulta que, ao texto, se dá vida própria, já que o mesmo pode ter vários significados e interpretações, feitas de formas diferentes por pessoas diferentes (GEANELLOS, 1998).

Outro conceito a ser comentado é o da apropriação, que acontece quando a pessoa que lê o texto se apodera do seu significado e o transforma em algo seu (CAPRARA, 2005). Quanto à articulação, entre explicação e compreensão, essa se dá no plano do "sentido da obra" (RICOUER, 2000).

Portanto, segundo Geanellos (2000), o processo interpretativo acontece em etapas onde a experiência de vida é expressa por meio da verbalização, que é coletada através de entrevista e transcrita em textos. Após esse processo de coleta e transcrição, essas etapas são interpretadas.

Nesse percurso metodológico, os discursos gerados das entrevistas foram gravados em fitas de áudio e transcritos. Após esse primeiro momento, de muitas leituras, uma primeira interpretação superficial foi feita, no intuito de compreender o conteúdo em termos gerais e de identificar os temas principais (CAPRARA, 2005).

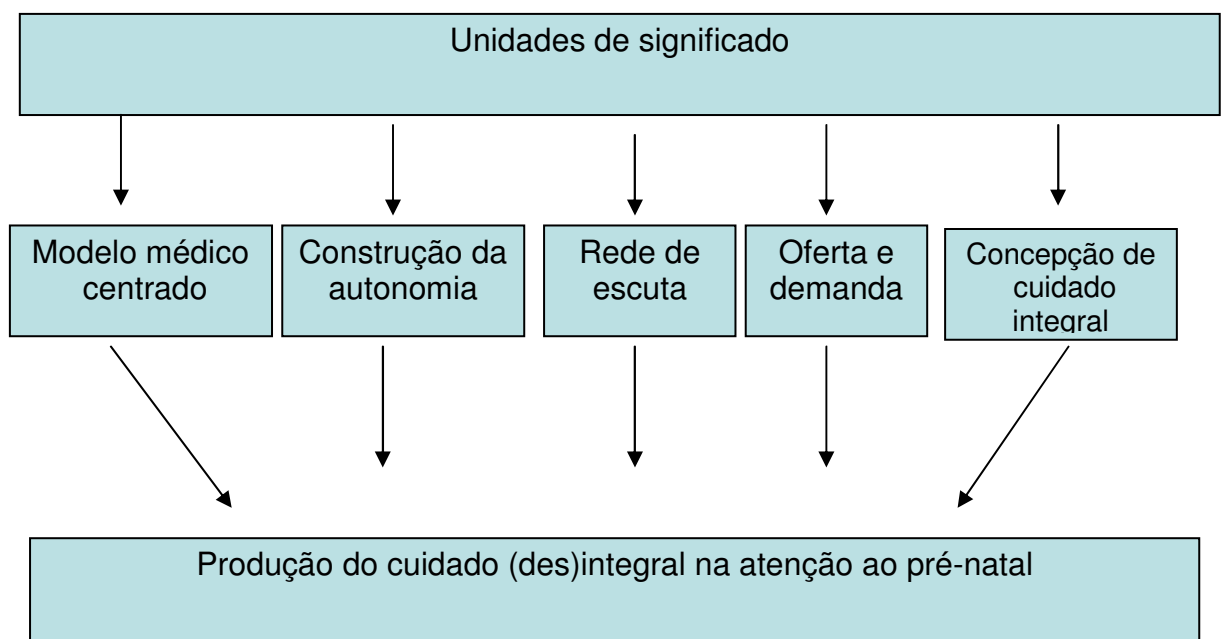
Esses temas foram analisados a partir de pré-compreensões, que exerceram influência na interpretação. Em seguida, o diálogo entre os temas e os autores, que abordam o mesmo assunto (RICOUER, 1995), foram feitos. Portanto, foi construído um diálogo entre alguns episódios, percebidos nos fragmentos dos discursos, e a abordagem teórica em questão. Nesse momento final do processo, houve a intenção de compreender a relação do todo e das partes do texto (CAPRARA, 2005).

Em síntese, a análise seguiu os seguintes passos:

- 1- Transformação dos discursos em textos;
- 2- Leitura simples, com o intuito do entendimento do texto como um todo;
- 3- Análise estrutural, que examina o texto na sua estrutura;
- 4- Compreensão do texto de forma abrangente.

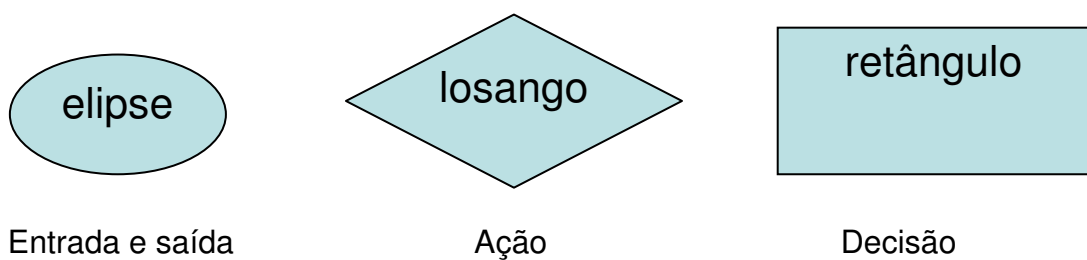
Essas fases fazem parte de um processo interativo que acontece em forma de espiral, ou seja, do todo para as partes e vice-versa. Desse modo, compõe-se o círculo hermenêutico e possibilita-se uma compreensão ampla e profunda sobre o tema estudado. (GEANELLOS, 2000).

O fluxograma 1 explana esquematicamente o resultado da análise estrutural dos discursos fundamentado na teoria de Ricouer (1990):



Esse tipo de análise foi escolhido, porque a situação hermenêutica possibilita uma maior compreensão dos significados que os profissionais de saúde atribuem ao cuidado integral e ao processo de autonomia da gestante.

O segundo método de análise utilizado foi o fluxograma analisador de Mehry (op.cit.). O fluxograma busca revelar o processo de trabalho, identificar os nós - críticos existentes, determinar o modelo assistencial praticado pela equipe de saúde da família analisada (FRANCO & MERHY, 2007).



Nesse sentido, o fluxograma é utilizado para analisar a organização do relato do caso “Flora”, assim, identificar como se processou a rede de relações da usuária com os profissionais, em observância às ofertas e às demandas existentes.

Questões éticas

Como exigido, com vistas à aprovação, o projeto foi submetido à análise do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará (UECE). Os sujeitos entrevistados e observados tiveram acesso ao Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, o assinaram desejosos de participarem da pesquisa, em atendimento aos princípios éticos, conforme Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2000). Ainda como exigido, o termo de consentimento foi assinado em duas vias por todos os sujeitos entrevistados (Apêndices C).

Em relação aos aspectos éticos, em pesquisas que abrangem seres humanos, na Resolução 196/96 consta o seguinte: “Toda pesquisa envolvendo seres humanos envolve risco. O dano eventual poderá ser imediato ou tardio, comprometendo o indivíduo ou a coletividade” (BRASIL, 2000). Assim, os elaboradores da pesquisa ficaram responsáveis, caso necessário, por suspender o

trabalho imediatamente, se percebido algum risco ou dano à saúde do sujeito participante.

4 PRODUÇÃO DO CUIDADO (DES) INTEGRAL NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A interpretação do texto das entrevistas e sua relação com as observações realizadas é o que constará nesse capítulo. Foi a partir dele que surgiu o tema do estudo em questão que, por sua vez, sintetiza como se desenvolve a produção do cuidado na atenção pré-natal, a partir da perspectiva de 14 profissionais de saúde e de uma usuária.

O modo como os profissionais se articulam para responder às necessidades de cada gestante, no âmbito do Programa de Saúde da Família, foi retratado. Para análise do atendimento destas necessidades, foi levado em consideração que a mulher na gestação é afetada por mudanças físicas, sociais e psicológicas. É sabido que a gravidez constitui um processo dinâmico de construção e de adaptação a uma nova realidade. Todavia, o fato de a mulher estar grávida não significa que ela tenha automaticamente se adequadado a realizar os cuidados que são exigidos durante o pré-natal.

Para dar conta dessa nova realidade, na vida de uma mulher, é necessário um cuidado em saúde que resulte em um atendimento global e satisfatório para o estado físico e emocional da usuária, ou seja, que busque a confluência dos esforços da equipe para um atendimento mais integral possível.

Toda dinâmica, a ser seguida, tem como objetivo articular os olhares dos profissionais que exercem a atenção pré-natal, tal como, articular a visão de uma usuária no relato de seu processo terapêutico. Com base nessa perspectiva, as divergências e convergências entre os discursos são abordadas, a fim de compreender as partes com o todo.

Além disso, é trazida a fundamentação das falas com autores que sustentam e dialogam com as interpretações levantadas dos dados empíricos. Assim, estabelece-se um confronto entre o teórico e o empírico.

Para apresentar o conteúdo, foram fixadas cinco sub-categorias empíricas que são interdependentes e que buscam uma compreensão aproximada acerca do objeto de análise proposto; PRODUÇÃO DO CUIDADO (DES) INTEGRAL NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATA: sub-categoria 1- modelo médico centrado: fragmentação de saberes e práticas; sub-categoria 2- construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitado?; sub-categoria 3- Rede de escuta na definição do projeto terapêutico: acolhimento e vínculo; sub-categoria 4- Concepções dos profissionais do PSF sobre o cuidado integral à gestante e, finalmente; a sub-categoria 5 - oferta x demanda na atenção pré-natal: situação revelada no cotidiano da produção do cuidado. Essas sub-categorias foram analisadas e serão discutidas a seguir:

4.1 Modelo Médico Centrado: Fragmentação de Saberes e Práticas

A primeira categoria analisada, **modelo médico centrado: fragmentação de saberes e práticas**, uma discussão sobre a prática dos profissionais de saúde nos atendimentos individuais, nos trabalhos com grupos de gestantes, na intersessão com os outros profissionais (trabalho multidisciplinar). Nesse sentido, circunscreve o processo de trabalho, com vistas a apresentar que é organizado o modelo de atenção ao pré-natal.

Entender como se desenvolve a produção do cuidado à gestante é parte de uma das inquietações do estudo em questão. Procurou-se, então, através da coleta de dados empíricos, compreender qual modelo, de atenção à saúde, foi prioritariamente desenvolvido pelos médicos e enfermeiros do PSF que fazem parte da atenção pré-natal.

Compreender o modelo desenvolvido de atenção à saúde é necessário para entender quais desses compromissos os profissionais possuem: se é com a produção de procedimentos, que segundo Franco e Merhy (2007), geram uma extraordinária produção de consultas e exames, conseqüentemente, uma elevada medicalização da sociedade, ou; se com as necessidades dos usuários.

Cecílio (2001) reconhece quatro eixos principais de sentidos das necessidades de saúde: o primeiro, é o usuário que busca, no serviço, alguma resposta para as más condições de vida que vivenciou ou que vivencia; o segundo, é quando o usuário procura um vínculo efetivo com algum profissional; a terceira

necessidade, é a procura de uma maior autonomia no modo de andar à vida e; a quarta, é a tentativa de ter acesso a alguma tecnologia de saúde disponível que seja capaz de melhorar e prolongar sua vida.

A mulher que procura a atenção pré-natal, em uma unidade básica, pode demandar alguma ou todas as necessidades apresentadas por Cecílio (op.cit.). É evidente que a questão do modelo de saúde vigente influencia ou não no atendimento de tais questões.

Serruya, Cecatti e Lago (2004) pesquisaram sobre a assistência pré-natal e observaram que o cuidado à saúde da mulher, na gestação, ainda é centrado em um modelo medicalizante e tecnocrático. Os autores consideram que é um grande desafio, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto no que se refere aos princípios filosóficos do cuidado, inverter a lógica de tal modelo para um cuidado centrado na mulher, no qual toda a equipe e a própria gestante possam ser responsáveis.

A inversão do modelo é uma proposta do Programa de Saúde da Família, que se contrapõe ao Modelo Médico Centrado. Um dos princípios do programa é, então, o trabalho da equipe multidisciplinar, que conforme Peduzzi (1998), consiste em uma forma de compensar a ultraespecialização, visto que defende a interação de várias disciplinas e áreas do conhecimento para dar-se conta da totalidade das ações. Porém, a equipe multidisciplinar não garante a integralidade do cuidado ao usuário. O trabalho de equipe integrado exige conhecimento e valorização do trabalho do outro, na construção de consensos quanto aos objetivos e a maneira mais adequada de atingi-los (SCHRAIBER, PEDUZZI, SALA, NERNES e CASTANHEIRAS, 1999).

O PSF utiliza como estratégia, para a implantação da equipe multidisciplinar, a escolha que o usuário fará de um profissional de referência, que não necessariamente será o médico, mas, aquele profissional que o usuário estabelecer um melhor vínculo, na tentativa de desarticular a acumulação do poder médico nos projetos terapêuticos.

Apesar da proposta do PSF de defender a multidisciplinaridade do cuidado em saúde, percebe-se que ainda há uma grande concentração de poder na figura do médico, até mesmo quando, a quantidade de profissionais médicos é insuficiente.

Santos e Assis (2005) apontam que essa questão pode ser alimentada pelo fato de que o PSF preceitua atividades, locais de atendimento e a definição, a priori, de diferentes funções, para os sujeitos da equipe. Dessa forma, favorece o isolamento de cada trabalhador em seu núcleo de saber e impede que a produção do cuidado se dê de forma coletiva.

Nos discursos, doze (12) sujeitos relataram que, apesar da primeira consulta ser, muitas das vezes, realizadas pela enfermagem, a prioridade é a consulta médica, na qual podem ser solicitados os exames. Entretanto, em algumas equipes, de Saúde da Família, faltam médicos, o que leva os profissionais da enfermagem a “darem um jeitinho” para atenderem a demanda de usuárias e a solicitarem os exames delas.

O relato de três enfermeiras converge para a observação comentada acima, acerca das práticas dos profissionais da enfermagem. É revelado que os enfermeiros se responsabilizam pelo cuidado à gestante, apesar de a consulta médica ser priorizada, em vista de ser ela de pronto atendimento:

“A primeira consulta é realizada pelos médicos, só eles que podem solicitar alguns exames, apesar de que eu acho que nós poderíamos solicitá-los... o problema é que falta médico, aí nós o substituímos para que a gestante não volte para casa sem atendimento.”... como só temos uma médica na unidade...já deixamos as prescrições prontas aí quando a gestante chega o médico só faz assinar, mas quem fez o atendimento é a enfermeira” (sujeito 3- enfermeira).

“... os agentes de saúde já agendam a primeira consulta preferencialmente para os médicos que de acordo com a portaria que a prefeitura fez só quem solicita exames são os médicos, pelo menos a maioria deles, nós só solicitamos os mais básicos... só mesmo na ausência do médico que atendemos na primeira consulta...” (sujeito 14-enfermeira).

Percebe-se, ainda, nos discursos dos profissionais que os enfermeiros procuram oferecer uma resolubilidade ao serviço, que buscam que a gestante seja atendida e que proporcionam o cumprimento do direito das usuárias de receberem a solicitação de seus exames. No entanto, estes mesmos enfermeiros percebem que a lógica da organização do serviço pré-natal prioriza o atendimento médico, até quando o profissional médico não está disponível na unidade básica.

As queixas dos profissionais da enfermagem, direcionadas aos médicos, evidenciam a não aceitação da desvalorização do trabalho deles. Esse descontentamento também mostra o desejo de eles quererem mudar a lógica de organização do serviço. Esse dado empírico encontrado diverge do que é apresentado por Peduzzi (2007). Esse autor fala que a proposta do trabalho em equipe de saúde, usualmente, tem como obstáculo uma cultura de subordinação dos profissionais não-médicos aos profissionais médicos.

Foram identificadas, nas entrevistas, queixas dos enfermeiros relativas ao processo de trabalho do PSF, de algumas unidades. As queixas centravam-se na falta de valorização dos profissionais não-médicos pela categoria médica. Esses questionamentos surgiram para corroborar o que havia sido comentado anteriormente: a concentração de poder na categoria médica:

“A participação dos médicos é o que dificulta, falta de médicos, e a avaliação dos enfermeiros não é valorizada pelos médicos, eles não confiam no que solicitamos.” (sujeito 3- enfermeira).

Tais críticas feitas pelos profissionais de enfermagem são coerentes com um trabalho em saúde que não consegue atingir a integralidade do cuidado nos serviços de saúde, ou seja, há uma unilateralidade no saber, somente os médicos podem decidir sobre a vida do sujeito assistido. A resolubilidade do saber dos enfermeiros não é considerada e, muito menos, reflete-se sobre o modo de andar à vida dos sujeitos que procuram o serviço de saúde. Conseqüentemente, a visão de mundo fica alicerçada na tecnificação do trabalho.

A configuração de equipes de trabalho pode demonstrar uma integração dos membros ou um mero agrupamento de profissionais. Busca-se uma transição de equipes de trabalho fragmentadas, hierarquizadas, individualizadas, a uma que estabeleça integração, democratização das relações, integralidade e cuidado em saúde. Com esta transição, segundo Peduzzi (2007), pode-se promover a mudança das práticas de saúde que assegurem a assistência e o cuidado, que respondam às necessidades de saúde dos usuários e da população do serviço.

Com base na visão de trabalho multiprofissional, expõe-se que o processo de organização dos serviços de saúde deveria ser capaz de desenvolver condições para que existisse uma integração entre os profissionais de saúde, valorizando a

competência de cada trabalhador e, mais ainda, que houvesse a contribuição das diversas competências para um trabalho em equipe usuário-centrado.

Segundo o manual de normas técnicas da assistência pré-natal, no nível primário de atenção, o Ministério da Saúde preconiza, conforme dado pela lei do exercício profissional da enfermagem, decreto nº 94.406/87, “o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira” (Brasil, 2000b, p.18), como também descreve no nível de execução do profissional médico, “a realização da consulta pré-natal, intercalada com a procedida pela enfermeira” (BRASIL, 2000b, p. 52). Tendo em vista, a proposta multiprofissional que compõe os princípios do PSF, considerou-se coerente o pré-natal que fosse feito de forma intercalada entre médicos e enfermeiros. Percebe-se que essa assistência, prestada de forma intercalada, recorreu aos diversos saberes que possuem distintas formas de abordagem da mesma situação.

Entretanto, apenas consultas intercaladas não são suficientes, é necessária uma troca de saberes entre os trabalhadores. Conforme Franco e Merhy (2007), enquanto não houver interação entre os trabalhadores, na troca de conhecimentos, na articulação de um “campo de produção do cuidado”, não se pode dizer que existe um trabalho em equipe. Sobre esse assunto, Santos e Assis (2005) levam à reflexão de que esta não-interação culmina num desencontro de saberes e de práticas entre os diversos sujeitos que compõem a equipe, ainda que compartilhem do mesmo espaço de trabalho, a prática permanece centrada no núcleo de saberes de cada trabalhador.

Na citação abaixo, a enfermeira, em confluência com a crítica de Santos e Assis (2005), coloca sua insatisfação com relação à dificuldade de interagir com os médicos da equipe.

“A dificuldade é de não ter médicos e ainda quando têm, não temos possibilidade de fazer um estudo de caso. Não temos médicos comprometidos.” (sujeito 13 - enfermeira)

A crítica da enfermeira acima corrobora o que Silva Junior et al (2005) defende para haver um processo de trabalho regulado pelo cuidado. O autor diz que, tal trabalho deve possuir como dispositivos: reuniões de equipe com discussão de casos, numa perspectiva interdisciplinar; atividades de educação permanente e

avaliação sistemática do processo de trabalho. Complementa ainda seu estudo ao expor que a responsabilidade institucional dos profissionais e das equipes são vistas como essencial na constituição de processos de trabalhos mais cuidadores.

O aprisionamento de cada um no seu campo de saber e na sua prática torna o processo de trabalho preso a estruturas rígidas de conhecimentos técnico-científicos, as quais que transformam o cuidado em saúde em um trabalho morto dependente.

No trabalho em saúde, para Merhy (2002), além da dimensão cuidadora, existe a dimensão centrada nos saberes disciplinares, Nela nessa, o projeto terapêutico do usuário se torna um somatório de atos fragmentados, “dividido por várias unidades de produção de procedimentos quanto se puder constituir” (MERHY, 2002, p. 103). Ou seja, a tecnologia leve é subsumida por situações objetivas centradas na produção de procedimentos, por sua vez, o usuário passa a estabelecer vínculo com o exame ou com a consulta.

A precarização do trabalho multiprofissional, entre os profissionais do PSF, também foi revelada nas observações sistemáticas realizadas. Observou-se uma consulta de enfermagem, em que a usuária, por diversas vezes, reclama do atendimento da médica (consultas são intercaladas, um mês é atendida pelo médico e no outro mês pelo enfermeiro). A usuária diz: -“a médica só mexe na minha barriga e não pede nenhum exame... ela é uma lesada, não gosto dela...”.

A enfermeira por falta de conhecimento de como a médica de sua equipe trabalha prefere ficar em silêncio. No final da consulta, a enfermeira conta que a sua equipe precisava se reunir com frequência para que conhecessem o trabalho um do outro, mas isso não acontece.

O discurso da enfermeira confirma o proposto por Peduzzi (2007), quando coloca que a integração de diferentes processos das funções realizadas, para o alcance do trabalho multiprofissional, é feita a partir de um investimento no sentido de articular as ações de todos os participantes da equipe, em respeito às técnicas ou às especificidades de cada um. É necessário conexões entre o processo de trabalho de cada membro e os demais integrantes da equipe.

Ainda nessa observação, percebe-se que a usuária apresenta um grau de insatisfação muito grande diante do cuidado dirigido a ela pelos profissionais.

Reclama que já está com oito meses de gravidez e que, até então, não havia feito sua prevenção, queixa-se de dor urinária, que não cessa, reclama por não mais conseguir ter relação sexual com o seu marido. Em contrapartida, a única coisa que a enfermeira faz é dar informações que não satisfazem às necessidades da usuária naquele momento.

Em desvio à situação apresentada, depreende-se, de trechos das entrevistas de duas enfermeiras, a tentativa que elas apresentam para quebrar o distanciamento que existe no imaginário da população, no qual o profissional de saúde é um “provedor da sabedoria” e, o usuário, um “ignorante desta”, a fim de romperem, assim, com essa ilusão e de incorporarem, em sua prática clínica, a construção de vínculos e de responsabilidades mútuas, no estabelecimento de um modelo usuário centrado:

“A partir do momento que a gente dispõe, se doa, quebra essa barreira de ser doutor e passa a ser amigo, quando a gente se abre, a gente se doa é mais fácil elas confiarem na gente.” (sujeito 5 – enfermeira)

“Acho que faço uma prática humanizada quando procuro não ter um distanciamento, chamar a gestante pelo nome e que ela me chame pelo nome, não gosto disso “a Dra.” isso cria um distanciamento” (sujeito 6 – enfermeira)

Tanto a “barreira” quanto o “distanciamento”, dito pelas enfermeiras, são determinantes, reforçados, por conseguinte, num processo de trabalho baseado na racionalidade biomédica, em que se secundariza as ações de caráter educativo, preventivo, psicossocial e comunicacional, em preponderação às intervenções fundamentadas apenas em protocolos.

A construção de protocolos fornece uma objetividade clínica, que conforme Campos (2007), permite ao trabalhador de saúde acreditar que constrói o processo saúde–doença de cada caso. Nesta construção, alia-se entrevista, exame físico, coleta de dados, provenientes de exames laboratoriais, estudos anatomopatológicos e de imagens. “Na clínica tradicional somente isso autoriza o profissional a elaborar avaliação de risco e, até mesmo, hipóteses explicativas de diagnóstico.” (CAMPOS, 2007, p. 68).

No entanto, o autor infere a necessidade de inovar, de trazer um cuidado em saúde, sem abandonar os protocolos de procedimentos, mas, de uma maneira ampla, aliar-se a esses protocolos uma escuta ao sujeito centrada em torno de suas singularidades e demandas. Isso permitiria a formação de um diagnóstico ampliado, que iria além das avaliações objetivas para uma que considerasse de modo compartilhado, com o usuário, às questões de comportamento subjetivos, culturais, socioeconômicos e biológicos determinantes para seu cuidado.

No entanto, o autor infere a necessidade de inovar, de trazer um cuidado em saúde, sem que seja preciso abandonar os protocolos de procedimentos, mas, de maneira ampla, o autor propõe a união dessas normatizações com a escuta ao sujeito, centrada nas singularidades e demandas deste. Isso permite a formação de um diagnóstico ampliado, que segue além das avaliações objetivas para uma que considere, de modo compartilhado com o usuário, as questões de comportamento subjetivos, culturais, socioeconômicos e biológicos, determinantes para o cuidado dele.

Entretanto, o que fica evidente, no discurso de alguns sujeitos entrevistados, é a obediência excessiva aos protocolos, que herdaram da instituição hospitalar o princípio de que o aspecto biológico do Sujeito é o mais relevante para o sucesso do tratamento (CUNHA, 2005). Ou seja, bastaria seguir corretamente as instruções de exames e medicações que a gestante, automaticamente, obteriam um ótimo resultado no seu pré-natal.

Reconhece-se a convergência com Cunha (2005), na fala a seguir, ao destacar a importância dada ao protocolo para realização da consulta pré-natal:

“No consultório a gente tenta o mais cedo possível que ela esteja conosco antes dos três meses. É uma consulta simples, normal, verificação dos dados, exames de rotina, obedece um protocolo, seguimos esse protocolo...”
(sujeito 10 – médico)

O modo como é revelada a importância do protocolo no pré-natal consolida os achados de Bonadio e Tsunehiro (2000). O atendimento às gestantes prestados nas instituições de saúde, é freqüentemente, marcado por rituais “procedimentalescos”, nos quais as mulheres se submetem quando das rotinas institucionais. As gestantes tornam-se propriedade da equipe, que lhes impõem normas explícitas ou implícitas. O resultado disso é que pouca consideração é dada

à mulher grávida e, em contrapartida, maior atenção é prestada aos interesses dessa equipe de saúde.

Conforme Mattos (2001), a medicina integral vem criticar as atitudes adotadas pelos médicos. Essas atitudes “recortam” o paciente, em consideração tão somente aos aspectos ligados ao funcionamento biológico do organismo, em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais. A crítica da medicina integral se voltava, portanto, ao modelo da biomedicina mais especificamente aos currículos acadêmicos de base flexneriana.

Em acordo com a crítica feita pela medicina integral, a proposta da clínica ampliada vai de encontro à utilização de modelos de protocolos tradicionais. Esses protocolos trazem em seus pressupostos a simplicidade e a imutabilidade da realidade, o que provoca uma desresponsabilização dos trabalhadores. Cabe aos trabalhadores ponderarem sobre a conveniência de certa proposta numa dada situação singular, fazendo uso assim da sua responsabilização e co-gestão, que são características da clínica ampliada (CUNHA, 2005).

A responsabilidade clínica e sanitária, de acordo com Campos (2007), que busca incluir o sujeito no “objeto” do trabalho em saúde, provocou uma reviravolta epistemológica. Implica considerar a singularidade de cada caso, sem isolar completamente os conhecimentos científicos de avaliações objetivas que possuem uma grande validade. O profissional de saúde para que consiga conseguir trabalhar com as singularidades, deverá incorporar o saber e a vontade dos usuários na construção do projeto terapêutico. (CAMPOS, 2007).

A enfermeira 3 corrobora com Cunha (2005) e Campos (2007), quando põe em evidência, no seu discurso, a particularidade de cada gravidez e, conseqüentemente, a necessidade do cuidado diferenciado a cada sujeito (gestante):

“...vemos a constância ao pré-natal, as vacinas, orientam a participar do grupo de gestante...nele trabalhamos a questão da ansiedade...estamos sempre disponíveis, entendemos que é um momento muito novo, cada gravidez é uma coisa muito individual.” (sujeito 3-enfermeira).

O cuidado diferenciado, segundo Campos (2007), é fruto de uma modificação da clínica tradicional, na qual o trabalhador passa a valorizar e a registrar os sintomas subjetivos como conflitos, objetos de desejo, resistências,

dificuldades, rede de relações, empoderamento, capacidade de autocuidado e de formação de compromisso com outros. Trata-se de uma “anamnese ampliada”, que pode acontecer em espaços de co-gestão, na qual autonomia das usuárias fossem engrandecidas, já que há um compartilhamento do saber, dos desejos e dos interesses.

Acredita-se em um cuidado que, conforme Boff (1999), vai bem mais além das máquinas, ou de protocolos. Encontra-se no cuidado o ser humano, que tem a capacidade: de sentir, de emocionar-se, de envolver-se, de afetar e de sentir-se afetado. Boff (1999) quando trabalha sobre a categoria cuidado diverge da conduta trabalho-intervenção-produção, que defende que um mundo é construído a partir de laços afetivos: “Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros”(BOFF, 1999, p.99).

Nesse sentido, o Ministério da Saúde enfatiza que, em geral, a consulta pré-natal deve ser realizada por procedimentos simples, no qual o profissional de saúde possa se dedicar a escutar a gestante, oferecer apoio, estabelecer uma relação de confiança e ajuda-lá a conduzir, com mais autonomia, a experiência da gestação, de modo que, o bem-estar da mulher e de sua família sejam proporcionados (BRASIL 2000b).

Uma modalidade de trabalho que pode promover a atenção integral à gestante, ao dar ênfase a todos os aspectos apontados pelo Ministério da Saúde (2000) como a melhoria das condições de vida e de saúde da mulher gestante e de sua família, é o trabalho em grupo de gestantes, que também pode possibilitar a integração entre os trabalhadores, para compor os planejamentos e as ações no grupo.

No entanto, o que se observa na maioria das falas é a dificuldade de reunir as gestantes para que seja feito o grupo. Os profissionais colocam que as usuárias não aderem a esse tipo de tratamento, e, também expõem não saberem o motivo que as fazem desistir.

As enfermeiras revelam, nos seus discursos, a compreensão da importância de trabalhos em grupo como fator de mudança no comportamento das usuárias com relação ao seu autocuidado:

“Tentamos montar grupos de gestantes e não conseguimos, isso é uma dificuldade, o que elas poderiam fazer é aderir a esses grupos de discussão, aderir aos tratamentos prescritos, tem umas que não fazem o que dissemos simplesmente porque não querem fazer... era bom elas pudessem colocar suas dúvidas que muitas, por timidez não colocam, às vezes por que a mãe tá presente, assim saem sem saber como se cuidar.” (Sujeito 8- enfermeira)

“Tentamos fazer um grupo de gestante e não deu certo, elas não aderem...é uma pena, pois sabemos da importância que teria para seu autocuidado...” (Sujeito 13- enfermeira).

Foi perguntado aos profissionais como ocorre o grupo, qual o planejamento, as propostas e os objetivos. O grupo é realizado pela enfermagem, com algumas participações dos médicos; o seu cronograma já é previamente elaborado, sem participação das usuárias; tem como objetivo a educação em saúde. Entretanto, o que ocorre é a transmissão de informações, ou seja, o grupo possui encontros com temas pré-estabelecidos a serem ministrados por profissionais. Nessa pesquisa, alguns dos temas trabalhados, como: “Banhar o bebê”, “Importância da amamentação”, “Como se preparar para o parto”, entre outros, foram mencionados.

Porém, muitas das usuárias que começaram a participar do grupo, já tinham passado por outras gestações, ou tinham enfrentado uma gravidez na adolescência (o que pode ocasionar muitos conflitos). O que pretende-se ressaltar é a necessidade de se formar grupos abertos às discussões, no qual, se considere a história de vida de cada uma destas mulheres, em respeito ao seu saber prévio, através das trocas e dos diálogos surgidos dos encontros.

Campos (2007) propõe ampliação dos meios de intervenção pelo poder da palavra, que pode ser utilizado na educação em saúde, realizada nos grupos. Entretanto, salienta que só o acesso à informação, ao saber, não implica necessariamente modificações de atitudes e de capacitação para agir. A possibilidade de mudança comportamental depende de relações de poder, de bloqueios internos, de valores religiosos ou políticos que podem exercer influência nas pessoas sem que elas se dêem conta.

Assis e Santos (2006) fizeram um estudo em que também foram encontradas dificuldades relativas à união de usuários para trabalhos em grupo. Os autores supõem que, talvez, a história de exclusão das pessoas das tomadas de decisão tenha dificultado a tomada de consciência em relação à importância de sua participação; ou quiça, a forma, como são organizadas as reuniões, não tenha conseguido atrair a atenção e o interesse da comunidade.

Em complementação aos autores, acredita-se que, para ocorrer essa participação e para sobrevir a mudança de atitude, é imperativo respeitar a subjetividade de cada um. O que torna imprescindível que o profissional saia da posição de “suposto saber” e assuma um papel de facilitador do processo, apenas assim, as usuárias terão vontade e liberdade para falarem o que desejam.

No entanto, observa-se que a liberdade é mais facilmente conseguida quando existe um agente de saúde, que produz um território comum para o diálogo do profissional e da gestante. Nas entrevistas realizadas, apesar dos discursos convergirem para um modelo médico centrado, é freqüente o reconhecimento do agente comunitário ou do agente de saúde como um facilitador para a participação e captação precoce das usuárias na comunidade.

Tanto os médicos quanto os enfermeiros reconhecem que o agente de saúde reforça o vínculo estabelecido entre a gestante e a equipe. O papel dos agentes é fundamental para tornar real a construção da integralidade no cuidado à saúde. Eles funcionam como elemento integrador da comunidade com o serviço, proporcionam o estabelecimento de um território comum para a escuta, fala, ou seja, para a compreensão da comunicação entre as partes integrantes do processo de cuidado (profissionais e comunidade). (SILVA; STELET; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Nas respostas das questões levantadas aos profissionais, revelou-se a compreensão de que, apesar do trabalho voltar-se para ações biomédicas, no qual prevalecesse os profissionais médicos, o trabalho dos agentes de saúde é avaliado como essencial para o acesso e continuidade da gestante no tratamento, como também, facilitador de um possível vínculo entre o profissional e a gestante:

“O elo entre mim e a comunidade é o agente de saúde que encaminha a gestante para o posto.” (sujeito 6 –enfermeira)

Nos dados empíricos, evidencia-se a facilidade de interação do agente de saúde com a usuária. Talvez isso aconteça pelo fato de ele residir na área que as usuárias moram e de possuir uma linguagem mais próxima do nível sócio-educacional delas. A proximidade pode ocasionar o envolvimento do agente com o estado de saúde do sujeito de sua comunidade e a co-responsabilidade pelo seu cuidado. A partir dessa proximidade, esse profissional pode traduzir, para a linguagem da usuária, a importância do acompanhamento pré-natal. Como deixam transparecer nas suas falas, os profissionais abaixo reclamam da dificuldade que as gestantes possuem em entender as explicações das informações dadas, necessárias para o tratamento:

“A falta de informação da usuária dificulta, o agente de saúde tem que convencer ela a buscar o serviço.” (sujeito 12- enfermeira)

“Fator que dificulta é o socioeconômico, como também às vezes elas não acham importante o acompanhamento, principalmente quando não tem agente de saúde na área, também é ruim quando a gente acompanha gestantes de outras áreas porque não temos muito elo.” (sujeito 6 – enfermeira)

As enfermeiras corroboram o que é apresentado por Silva, Stelet, Pinheiro, Guizard (2006, p. 82), ao destacar que o agente de saúde “além de traduzir os modos de vida da comunidade para equipe de saúde, (...) também faz o caminho inverso: traduz para a comunidade o funcionamento e os serviços prestados pela unidade de saúde”.

Faz-se necessário chamar atenção para o reconhecimento do trabalho do agente comunitário pelos profissionais de saúde. Os profissionais de saúde mostram, em suas respostas, a necessidade de tal função e, ao mesmo tempo, interpretar-se tal necessidade como uma incapacidade ou indisponibilidade dos profissionais de saúde em buscar ter o vínculo com a usuária que o agente de saúde desenvolve com facilidade, permitindo a ele (agente) entrar na casa do usuário sem provocar uma sensação de invasão.

Nesse sentido, a enfermeira, no discurso abaixo, mostra a falta de preparo do profissional ou a indisponibilidade para estabelecer uma relação com a usuária que permita, com facilidade, conhecer e auxiliar essa gestante e sua família na visita domiciliar, assim, transfere-se a função de estar próximo à comunidade através das visitas domiciliares aos agentes de saúde:

“Quando vêm algumas mais sensíveis temos espaço para conversar, orientar e orientar o agente de saúde para vê o que está acontecendo na família, já que ele tem mais tempo e consegue melhor interagir com as famílias das gestantes” (sujeito 2- enfermeira)

Fica evidenciado, através dos discursos dos sujeitos entrevistados, que o trabalho dos agentes comunitários de saúde provoca uma reorganização do processo de trabalho da equipe. Além de produzir uma atenção à saúde, baseada no vínculo e no acolhimento, eles influenciam diretamente na captação precoce das gestantes, pois em áreas descobertas, nas quais os serviços dos agentes não são desempenhados com eficiência, há uma desestruturação do trabalho de toda equipe. Os discursos ilustram a experiência:

“Aqui não temos um a demanda grande, as gestantes não chegam ao posto. Os agentes não fazem a cobertura necessária, existem áreas descobertas, agentes falhos, gestantes que não sabem quem é seu agente de saúde, gestantes que procuram hospitais.” (sujeito 2 – enfermeira)

Enfim, para que o processo instituinte de reorganização do trabalho em saúde possa deslocar seu eixo de um trabalho produtor de procedimentos a outro centrado no cuidado ao sujeito, é necessário procurar estimular a participação de cada trabalhador, a partir do seu lugar no processo de produção. (FRANCO; MERHY, 2005). O papel do ACS no processo de produção na percepção dos profissionais de saúde entrevistados converge para uma “peça chave na engrenagem” da construção do cuidado integral à gestante.

4.2. Construção da Autonomia no Ato de Cuidar das Mulheres: Sujeito Autônomo ou Sujeitado?

A segunda categoria analisada, **Construção da autonomia no ato de cuidar das mulheres: sujeito autônomo ou sujeitoitado?**, constitui-se na compreensão de como os profissionais entendem e trabalham com a autonomia da usuária e de como se desenvolve a co-construção dessa autonomia, se ela é possibilitada ou limitada.

O cuidado integral perpassa a construção do processo de autonomia do usuário. Conforme Campos (2007), a grande possibilidade de ampliar o trabalho em saúde é incluir a “co-produção de autonomia” como um de seus objetivos. O referido autor entende autonomia como a capacidade do sujeito ou coletividade de lidar com suas dependências e com ações e decisões resultantes de uma “formação de compromisso” entre fatores externos e internos. Mediante essa consideração, o autor acentua que a autonomia não tem um conceito absoluto. Portanto, a concepção de autonomia seria “averiguada” a partir do quanto o sujeito pode influenciar em um dado contexto.

A teoria “Paidéia”, desenvolvida por Campos a partir de uma releitura dos filósofos Gregos, defende que a autonomia é um aprendizado social que depende da existência de condições que possibilitem a livre reflexão, o debate e a participação do sujeito na tomada de decisões. O sujeito, a partir dessa teoria, é sempre um pedaço da sociedade, que, disputando suas decisões com outros atores sociais, compõem as regras e normas da coletividade (CAMPOS, 2007).

Então, para a teoria Paidéia, a autonomia é compreendida como a capacidade de o sujeito entender a si mesmo e ao contexto, bem como de agir sobre si próprio e sobre esse contexto. Agir procurando estabelecer compromisso e contratos entre seus desejos, valores e interesses e os de outros (CAMPOS, 2007).

Para análise do material empírico desse estudo, considera-se o conceito de autonomia de Campos (2007), pois ele traz uma compreensão mais completa do termo e ainda critica determinados autores que recortam e limitam sua amplitude. Apresentando-se crítico quanto à restrição da autonomia ao autocuidado, o estudioso citado considera que este é somente uma dimensão do sujeito autônomo

que pode possibilitar uma reflexão sobre a rede de poder e de controle da sociedade em que ele está imerso.

A segunda crítica é voltada a Carvalho (2005), quando este coloca autonomia como sinônimo de “empoderamento”, defendendo, assim, o aumento do poder dos usuários. No entanto, para Campos (2007), a construção de espaços de poder é apenas um dos elementos que contribuem para formação do sujeito cidadão. O desafio seria, conforme o estudioso, a capacitação das pessoas para se apropriarem desse espaço.

Desta forma, Campos (2007) acredita que a autonomia será sempre co-construída. Para isso, faz-se necessário que os profissionais de saúde assumam seu papel, apoiando os usuários, para que consigam refletir sobre a co-produção do seu cuidado, e ajudando-os a ampliar sua capacidade de estabelecer contratos com os outros.

Pensar a implementação da co-construção de autonomia como objetivo do cuidado em saúde é, sem dúvida, associar-se a uma discussão sobre a redefinição das práticas de saúde. Segundo Trad (2006), tal discussão só aconteceu recentemente, com a ênfase no resgate da ética do cuidado em saúde e a valorização da dimensão subjetiva. O resgate se embasou na noção de humanização como um conceito agregador que reivindica o estabelecimento de relações dialógicas e responsáveis entre sujeitos que compartilham saber, poder, experiências e compromisso com intervenções seguras (TRAD, 2006).

A humanização do cuidado em saúde traz a visão de um usuário que é sujeito de seu processo. Assim, ele usa o serviço de saúde como um direito e não como algo de consumo, que lembre uma relação mercadológica. A humanização, como enfatiza Trad (2006), busca valorizar o usuário como um sujeito portador de singularidades.

O processo de trabalho em saúde é, conforme complementa Campos (2007), sempre uma interação intersubjetiva entre sujeitos que trazem em si todas as suas diferenças em relação aos seus desejos, interesses, saberes e coeficientes de poder.

Em todo caso, o sujeito profissional de saúde ainda se encontra tensionado para reconhecer o usuário como detentor de autonomia, pois, para que

isso ocorra, terá de ser estabelecida com o paciente uma relação que ultrapasse o simples olhar para determinados aspectos biológicos.

Para superar o olhar unilateral e vislumbrar um sujeito constituído de uma estrutura econômica, social, alimentar, familiar, cultural, fisiológica, educacional, afetiva, e, também, repleta de desejos, faz-se necessário adotar um cuidado em saúde que esteja ancorado no vínculo, acolhimento e co-responsabilização pelo cuidado, o que pode levar a ter um usuário mais confiante em si mesmo e no profissional de saúde.

Quando há uma utilização da tecnologia leve como dispositivo nas práticas de saúde, a autonomia parece ser potencializada. Problematizar o conceito de autonomia, a partir do encontro do profissional de saúde com o usuário na atenção básica, é pensar em como se desenvolve cada um dos aspectos (acolhimento, vínculo e co-responsabilidade) que compõem a tecnologia da relação.

No entanto, o que se pode ver é uma relação em que os profissionais de saúde, muitas vezes, fazem um movimento de redução do outro à condição de objeto. Isso acontece, segundo Campos (2007), como um produto do sistema de relações em que os profissionais estão mergulhados, e em que esses mesmos profissionais são também produtores. Em outras palavras, o profissional de saúde possui um relativo grau de autonomia, apesar das leis, políticas, disciplinas a que eles estão submetidos (CAMPOS 2007).

Guattari (1996) trabalhou os conceitos de grupo sujeito e grupo sujeitado. Este último caracteriza-se pelo imobilismo e pela incapacidade de modificar o instituído, tendo em vista sua subordinação passiva às determinações do contexto. Já o grupo sujeito seria aqueles profissionais que são implicados em um processo de mudança. Segundo Campos (2007), nenhum grupo conseguiria assumir completamente alguma dessas polaridades, pois o que ocorre é um deslocamento entre um e outro extremo.

No entanto, autonomia limitada leva a maioria dos profissionais de saúde ao julgo da subordinação. Constituir e colaborar para construção da autonomia da gestante pressupõe está imerso e empoderado de sua própria autonomia, apesar de estar inserido em uma instituição de saúde que busca ~~he~~ direcionar para práticas e saberes específicos (CAMPOS, 2006). Práticas que pressupõem lidar com o usuário

através de técnicas e procedimentos que apagam qualquer traço de subjetividade presente na relação profissional-paciente.

As práticas de saúde destacadas dos trechos das entrevistas realizadas para esse estudo convergem para o que tem sido apresentando até aqui, ou seja, para práticas pautadas na tecnificação da relação:

“Sempre preconizo que a gestante tenha 6 consultas... No meu atendimento, solicito os exames, preencho o cartão... Eu sempre passo um ultra-som trimestral, faço todos os procedimentos que devem ser realizados.” (sujeito 1 – médico).

“... ela já vem agendada, na primeira consulta são solicitados exames de rotina, existem algumas orientações, sinais, sintomas, alimentação, em seguida ela é encaminhada para o médico, assim que é recomendado e assim que fazemos. (sujeito 7 – Enfermeira).

Os trechos dos discursos destacados traduzem a relevância dada a procedimentos executados na atenção pré-natal. Esse fato é intensificado na entrevista ao sujeito 1, quando ele descreve que segue todos os procedimentos, e na entrevista ao sujeito 2, quando ele ressalta fazer tudo o que é recomendado. Em nenhum momento os entrevistados dizem relativizar o protocolo de acordo com a necessidade de cada mulher.

A supressão da subjetividade e autonomia da gestante também foi evidente em uma observação sistemática feita em um atendimento pré-natal realizado por uma médica. Nessa consulta, a usuária entra na sala sem falar nada, senta na cadeira e se restringe a responder somente aquilo que a médica pergunta. As perguntas são direcionadas para exames e procedimentos, elas são feitas no intuito de saber se tais exames já foram realizados.

Quando é perguntado se a usuária já realizou sua prevenção, ela responde: “Não fiz ainda e não quero fazer”. A médica insistiu e perguntou o porquê da recusa, então, a usuária respondeu: “Estou cabeluda”. A resposta da usuária acarreta risos na profissional, o que deixa a usuária com um evidente constrangimento. A médica diz: “Nós vamos olhar o que tem por dentro e não por fora. Não se preocupe!”. A usuária, demonstrando “chateação e timidez”, submeteu-se e aceita fazer o exame.

Em nenhum momento da consulta foi explicado o porquê de tais procedimentos, muito menos foi perguntado sobre as dúvidas existentes ou sobre

sua situação familiar. Em outras palavras, o que se pôde verificar foi uma consulta restrita a procedimentos e preenchimento de prontuário, o que fazia a médica olhar mais para o computador do que para a usuária. Além desses aspectos, ainda havia uma constante interrupção do atendimento por meio de pessoas que abriam a porta da sala à procura de informações.

Analisar e reconstruir relações entre profissionais e população é uma condição necessária para alcançar a qualidade em saúde (CAMPOS, 2007). Para isso, a prática precisará estar impregnada com formas de agir em saúde que esteja proporcionando acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomização dos sujeitos, que fazem parte dos dispositivos da tecnologia leve. Entretanto, é freqüente o fato desses dispositivos serem rechaçados da relação profissional-usuária, o que faz ocasionar, muitas vezes, relações cristalizadas em padrões que acarretam uma imagem distorcida do sujeito que procura o serviço de saúde.

Cada profissional representa sua clientela de maneira distinta. Os clientes podem ser vistos como coitadinhos, ignorantes, carentes, desleixados ou como consumidores exigentes que buscam ser tratados como sujeitos autônomos. Campos (2007) baseia-se no conceito de transferência e contratransferência proposto por Freud, atribuindo a ele maior generalidade, quando coloca que a transferência acontece em qualquer relação profissional de saúde-usuário.

No atendimento pré-natal realizado pelos profissionais entrevistados, evidencia-se a representação da gestante como um ser passivo, ignorante de sua situação. De modo geral, os profissionais buscam transmitir informações às gestantes. As informações são repassadas sem o estabelecimento de um diálogo.

Os dois discursos apresentados abaixo são convergentes. Eles mostram que os profissionais buscam “depositar” nas mulheres a maneira correta para se comportar no período da gravidez, desconsiderando todo o saber que as mesmas já possuem:

“Falamos da alimentação, da parte emocional, orientamos a não se envolver com problemas... vemos a constância ao pré-natal, as vacinas, orientamos a participar do grupo de gestante para que possam aprender tudo..” (sujeito 3 – enfermeira).

“Seguimos orientações, fazendo os exames complementares, a gente sempre usa as consultas para trabalhar educação e saúde, preparar a gestante para essa nova realidade, para os cuidados com o bebê... se preocupar com educação e saúde.” (sujeito 10 – médico).

É possível observar que a educação em saúde referida pelo entrevistado 10 não ressalta os anseios e desejos da usuária e, sim, o repasse de orientações estabelecidas como necessárias pelo Ministério da Saúde. Segundo Guattari (1996), o desejo está em permanente processo de produção e não permite fórmulas apriorísticas. Então, como trabalhar as questões das gestantes com orientações já estabelecidas, sem levar em consideração os desejos emergentes do processo vivido por ela naquele momento?

Trabalhar com essas fórmulas apriorísticas está de acordo com o modelo de cuidado suscitado na entrevista da Médica D (entrevistado 4) que estabelece com a gestante uma relação de “infantilização”:

“Discutimos com a gestante, elas se sentem confiantes aqui, discutimos os exames, orientamos o que tem a fazer, brigamos quando tá fazendo alguma coisa errada e elogiamos quando tá fazendo alguma coisa certa.” (sujeito 4 Médica).

A médica D diz que “briga” e “elogia” as gestantes, dependendo de suas atitudes, e que elas se sentem confiantes no tratamento. Que confiança é essa que está ancorada em um reforço positivo ou negativo? Qual a liberdade que esta usuária terá para falar de suas questões subjetivas, se pode a qualquer momento ser repreendida?

Quando Guattari, citado por Rey (2003), fala da subjetividade capitalística, mostra como exemplo a infantilização das mulheres pelo Estado. Infantilização que consiste em uma “subjetividade produzida pelas máquinas em série e impessoais associadas ao consumo em massa” (REY, 2003, 113). Há, portanto, uma supressão dos processos de singularização, o que implica um sujeito no extremo de sua alienação, que se torna cada vez mais competitivo, se afastando de uma produção autêntica de afeto nas relações com os outros.

Muitos dos sujeitos entrevistados mostram essa “supressão da singularização” em seu processo de trabalho no pré-natal. Eles o fazem de forma alienada, “coisificando” o sujeito gestante que precisa de cuidados. Com isso, bloqueiam a autonomia da usuária, buscando que ela obedeça a uma padronização.

Para que exista autonomia, segundo Baremlitt (1998), é necessária a auto-análise.

“Auto-análise consiste em que as comunidades mesmas, como protagonistas de seus problemas, de suas necessidades, de suas demandas, possam enunciar, compreender, adquirir ou readquirir um vocabulário próprio que permitam saber acerca de sua vida. E não que alguém venha de fora ou de cima para dizer-lhes quem são, de que necessitam e o que devem pedir, o que procurar conseguir e o que puderam ou não conseguir”.(BAREMBLITT, 1998, p.17).

O discurso do sujeito 6 traz uma aproximação com a concepção de autonomia proposta por Baremlitt. Quando perguntamos à entrevistada o que ela entende por “autonomia da usuária no pré-natal” ela respondeu:

“...fazer com que a pessoa seja responsável pelos cuidados dela, ela é autônoma eu tenho que deixar ela à vontade para aceitar ou não, vou orientá-la para que ela perceba que ela tem autonomia e tem a responsabilidade do auto-cuidado e não deixar ela dependente do posto, da equipe, ela pode contar com a gente, mas ela tem que ter responsabilidade pelo auto-cuidado dela e tem autonomia também de está questionando se ela deve ou não aceitar o que a gente está dizendo.” (sujeito 6 – enfermeira)

No recorte do discurso explicitado, percebe-se que o sujeito busca uma co-responsabilidade no cuidado, o que pressupõe deixar a usuária como protagonista do processo. Isso mostra que o saber da usuária é considerado relevante. Essa consideração se aproxima da concepção de auto-análise de Baremlitt.

Szasz e Hollander (1956), citado por Starfield (2002), descrevem três modelos para interação médico-paciente. Tais modelos podem ser exemplificados a partir da apresentação de trechos do discurso dos sujeitos participantes do estudo, quando os mesmos falam da sua compreensão de autonomia da gestante no processo do pré-natal.

No primeiro, modelo atividade-passividade, o médico toma as decisões:

“A autonomia é limitada, por que eu não vou poder negociar com ela o q ela quer fazer, acho que dar autonomia com limitações não é autonomia. A gestante tem o direito de não fazer algumas coisas, mas ela não tem o direito de fazer com que eu faça as coisas fora do regulamento, fora dos padrões. Ela não pode me fazer ter condutas fora do padrão. A autonomia é relativa.” (sujeito 12 – Médico).

Evidencia-se no discurso acima, a dificuldade que o profissional tem de possibilitar autonomia à gestante. Ele ancora tal dificuldade na necessidade que tem de obedecer a regulamentos e padrões. Pode-se perceber, através de uma

observação sistemática feita no atendimento pré-natal desse médico, a limitação de sua própria autonomia. O profissional consulta a usuária de forma “mecanizada”, não há um momento de descontração, e, muito menos, um momento de fala espontânea. É uma relação baseada no sistema de computação, pois o profissional se restringe a perguntar o que está no prontuário virtual (no computador) e a usuária a responder somente o que lhe é perguntado.

No segundo modelo, orientação-cooperação, o médico fornece as instruções e a paciente as realiza:

“Autonomia da gestante é ela mesmo se cuidar, ter a noção do que ela precisa dentro das nossas orientações. Podemos contribuir dando orientação de alimentação, higiene...”. (sujeito 2- enfermeira)

Em tal modelo, apesar de existir uma maior abertura para o diálogo, já que não se limita a seguir prontuário e protocolo, o que ainda acontece é a transmissão de orientações de forma unilateral, como se pode observar no trecho da entrevista acima, quando diz “ela mesma se cuidar... ter noção do que ela precisa dentro de nossas orientações”. Nesse discurso, não existe um verdadeiro vínculo, com troca de opiniões e vivências.

No terceiro modelo, o médico não tem a postura de sempre saber o que é melhor para o usuário. Os usuários possuem a consciência de suas restrições, ajudando ao profissional a escolher a intervenção mais viável. Profissional e paciente negociam a abordagem mais apropriada, ambos contribuem com informações necessárias para o cuidado (STARFIELD, 2002).

O terceiro modelo é aquele que possibilita uma maior autonomia ao usuário. Pondera a história de vida do sujeito e as intervenções são determinadas pela relação profissional-usuário, podendo existir negociações. Nas entrevistas realizadas para esse estudo, não foi encontrado nenhum discurso que exemplificasse o terceiro modelo de interação médico-paciente. Isso mostra que os profissionais entrevistados possuem um cuidado em saúde dotado de um alto grau de controle do profissional sobre o paciente. Deste modo, o que se observa é uma redução considerável da autonomia da usuária.

Pode-se assinalar como proposta para o alcance desse terceiro modelo o que Baremblytt (1998) propõe para se estabelecer a auto-gestão. Ele considera

como primeira operação que deve ser realizada pelas comunidades a recuperação e a revalorização do saber espontâneo que elas têm sobre seus próprios problemas; a segunda operação é ajudar os experts a criticar a medula dominante que o saber médico possui, sobretudo, a hierarquização de prioridades que eles estabelecem. Baremlitt afirma que, assim, os experts integrados à comunidade poderão contribuir em pé de igualdade, sem desqualificar o coletivo.

A busca de auxílio do profissional de saúde não representa consentimento, expresso ou implícito, para aplicação de terapêuticas quaisquer. O consentimento deve ser informado, as prioridades são negociadas e elas estão emolduradas pelas concepções de cada sujeito. No passado, o princípio maior era “não causar dano e sedar a dor”, a saúde era baseada no paternalismo, assim, a autonomia era um dado dispensável, ou seja, não necessitaria de tal consentimento. (MARCHI; SZTAJN, 2008).

Os profissionais de saúde costumam impor sua vontade e influir nas decisões tomadas pelos usuários. Conforme Marchi e Sztajn (2008), essa influência é derivada da formação profissional, mas pode ser controlada por meio do consentimento informado. O consentimento informado é um esclarecimento prestado ao usuário quanto à terapia indicada, ao prognóstico, aos efeitos colaterais e a outros fatores que necessitem ser informados.

Vale ressaltar que as informações devem ser esclarecidas de maneira inteligível. O profissional deve buscar se aproximar da linguagem do usuário, para que a compreensão da situação presente lhe seja facilitada. Considerando-se que a autonomia é, segundo Marchi e Sztajn (2008), um exercício de independência do sujeito, através de regras que a pessoa escolhe para disciplinar seus interesses nas relações, tais interesses podem ser, portanto, melhor definidos com o recebimento de uma informação coerente, adequada e clara.

O discurso abaixo apresenta uma compreensão que converge para a existência do consentimento informado:

“É muito falado sobre autonomia, mas autonomia é uma “faca de dois gumes” é para dar satisfação aos usuários de que ele tem opções e direitos. Acho que autonomia é respeito a aquela pessoa que acaba de ser informada para que cada coisa serve e mesmo assim ela não quer fazer”. (sujeito 12 – médico).

No entanto, na concepção de autonomia acima, o profissional dá um exemplo de uma situação em que, embora o usuário receba as informações, não aceita fazer os procedimentos indicados. É notável na observação do comportamento desse profissional sua frustração com tal situação, pois tal proceder é “fruto” de uma formação médica hegemônica, em que a sua opinião é sempre a mais indicada.

A frustração do médico entrevistado diverge dos princípios que devem ser vigentes no contexto do PSF, como o da concepção de integralidade do cuidado que traz em si a autonomia em saúde como um pressuposto para a prática profissional. Autonomia em saúde é o direito do usuário de decidir quem irá atendê-lo e o tratamento que aceita, de acordo com suas crenças, valores e princípios. “Fundase no respeito à pessoa humana, à individualidade, implicando no direito à escolha, à manifestação de vontade (...) uma pessoa não tem o direito de impor sua vontade a outrem” (MARCHI; SZTAJN, 2008, p.4).

Os discursos dos profissionais destacados convergem ao evidenciar o direito de decidir da usuária sem a necessidade de se abdicarem de sua responsabilidade e de orientar as questões necessárias, conforme é explicitado:

“Autonomia seria ela poder escolher se faz ou não um exame, aceita ou não prescrições médicas, escolher os profissionais que a atenda. Sugeríamos um exame contra AIDS, a gente não impõe, ela pode dizer que não quer, acredito que seja uma coisa não imposta, claro que a gente tenta que ela faça.” (sujeito 10 – médico).

“Ela tem autonomia para fazer o que ela quiser posso morrer de dar orientações, mas ela faz o que ela quiser, nós direcionamos as orientações, mas ela faz se quiser, se você fizer isso vai acontecer isso e isso com você, a gente ajuda, mas quem vai fazer na casa dela é ela. Qualquer problema ela pode vir, dou segurança para a gestante, ela pode procurar o posto mesmo que não seja no dia agendado” (sujeito 7 – enfermeira).

Percebe-se, através do discurso do sujeito 7, uma relação em que é dividida a responsabilidade do cuidado entre a usuária e a enfermeira. Ao mesmo tempo em que a enfermeira informa e dá credibilidade para a decisão da gestante, ela também se coloca disponível para acolher as necessidades trazidas pela usuária, sem ser necessário esperar o dia da consulta.

Possibilitada a informação adequada – aquela que informe tudo o que seja importante para influir na convicção do usuário – fica mais fácil dividir a

responsabilidade do cuidado à gestação com a usuária. Ela terá um autocuidado que pode ser o esperado ou não, dependendo das questões subjetivas e sociais vivenciadas por ela naquele momento.

Além do direito de escolha da usuária dito pelos profissionais, pode-se apreender também em suas concepções de autonomia a questão da co-responsabilidade no cuidado à gestação. A co-responsabilidade é a responsabilidade mútua, tanto do profissional quanto da usuária. Colocam em suas falas que é responsabilidade da gestante realizar o autocuidado. A ligação de entre autocuidado, responsabilidade e autonomia foi um aspecto muito presente nas falas dos profissionais:

“É a questão dela se responsabilizar pelo processo de saúde dela e do bebê. Saber que ali tem uma outra pessoa com ela, o que dificulta falar de autonomia da gestante porque tem um outro ser com ela que não tem culpa de nada. Autonomia de querer ou não fazer o pré-natal. Tem gestante que vem aqui só pegar o atestado para licença maternidade e a gente tem que orientar a importância do pré-natal e tá mostrando as conseqüências, elas podem está achando que é uma perda de tempo. Às vezes, por uma falta de responsabilização da gestante quem vai sofrer as conseqüências é a criança” (sujeito 8 – enfermeiro).

“Quando ela não quer fazer exames a gente tenta conscientizar, sempre digo que estou aqui para lhe ajudar e lhe orientar, mas quem vai se cuidar é você” (sujeito 14 – enfermeiro).

“O que dificulta é o autocuidado, o autocuidado é muito baixo, elas não tem” (sujeito 4 – médico).

Os discursos dos sujeitos 8 e 14 entrevistados evidenciam a co-responsabilidade no processo de saúde da usuária. Os profissionais apontam uma tentativa de conscientizar a usuária, de mostrar a importância de se fazer o pré-natal, mas entendem (sujeito 4) que um cuidado em saúde somente é possível se a gestante participar do processo de forma ativa, preservando a sua saúde e a do feto.

A importância de colocar a orientação ou a informação para a usuária de maneira horizontal, contextualizada com seu cotidiano é, então, retomada. As entrevistas realizadas nesse estudo convergem, no que diz respeito à importância da informação para o gerenciamento de autocuidado. Isso traz possibilidades de diminuição da dependência da usuária ao serviço e o maior empoderamento dela do cuidado com a sua saúde.

Está implícito que para existir tal empoderamento é necessário um tempo na consulta que possibilite um espaço para escutar, falar, dialogar, estar realmente disponível para esclarecer dúvidas, informar procedimentos que podem ser realizados pela própria gestante e escutar o que ela traz, estando sempre atento para interferência de suas vivências psicossociais em seu estado de saúde:

“Tem algumas que não realizam o autocuidado por falta de conhecimento, que é um erro do profissional que se detêm nas rotinas de ver as vacinas, exames, não se preocupa se a gestante está entendendo. Se eu não sei a importância disso por que eu vou fazer? Temos tempo de conversar bastante e vê o que está se passando com ela” (sujeito 5 – enfermeira).

O trecho do discurso do entrevistado 14 complementa o discurso do sujeito 5, quando revela que a conversa é necessária, já que as usuárias costumam responsabilizar os profissionais por todo o tratamento e suas conseqüências:

“Autonomia é o que a gente tem que dar a todos os pacientes que atendemos aqui, é difícil você conscientizar a pessoa que ela é responsável pela saúde dela, temos que conversar bastante. É muito comum eles acharem que nós somos responsáveis com o que acontece com eles, “eu perdi meu bebê a culpa é sua” aí é o momento de chamar e dizer o que ela fez, descobrir o que ela fez, tô aqui para indicar o caminho, tô aqui no máximo para melhorar, ajudar, mas é difícil elas trazerem para ela a responsabilidade pela saúde delas” (sujeito 14- enfermeira).

O discurso do sujeito 14 revela que muitas usuárias culpam os profissionais quando ocorre algo não esperado durante a gestação. É possível que uma das hipóteses para tal fato seja o vínculo de dependência que, geralmente, é alimentado pelo profissional de saúde. Por sua vez, se o profissional demonstrar à usuária que ela é uma pessoa capaz de, racionalmente, identificar ou repelir recomendações que contrariem suas convicções manifestas ou implícitas (MARCHI; SZTAJN, 2008) ele trará a usuária como co-responsável pelo processo terapêutico realizado.

As concepções de produção de autonomia dos profissionais entrevistados confluem para um processo em que é possibilitada à usuária a informação, a conversa e a responsabilidade pelo seu próprio cuidado. Entretanto, as observações realizadas mostraram, por diversas vezes, o oposto. Oito profissionais de saúde foram observados durante seus atendimentos pré-natal, dentre eles, três eram médicos e cinco enfermeiros.

Como exemplo da dissociação encontrada entre o discurso e a prática, fizemos Foi feita uma descrição do que foi visto na observação de um atendimento médico (sujeito 1). A gestante entra na sala, senta na cadeira e o médico inicia o “interrogatório”. A associação com interrogatório policial é bem evidente: assim como o suspeito que presta depoimento judicial se limita a responder somente aquilo que perguntam, temendo se comprometer em algum momento da sua fala, uma gestante também pronuncia apenas o necessário para informar o que deve ser preenchido no computador.

Ainda nesse atendimento aqui descrito, o médico olha os exames, mede a altura uterina, ausculta o batimento cardíaco do bebê e solicita um ultra-som. Durante os procedimentos, o médico observa que a perna da gestante apresenta inchaço elevado, então, pede que ela repouse mais. Em nenhum momento, perguntou o porquê ela estaria sem descansar. Interessante foi que, quando a gestante saiu da sala, a auxiliar de enfermagem que estava fazendo a marcação das consultas, perguntou: “– Você já conseguiu diminuir seu horário no trabalho?”. A gestante respondeu: “– Ainda não!” (apontando para o inchaço nas suas pernas).

Analisando o atendimento, pode-se perceber que a preocupação da auxiliar com a usuária e a sistematização da consulta médica mostra que a responsabilização está sendo exercida apenas pelos profissionais não médicos.

A análise desse discurso acentua a responsabilização dos profissionais não médicos, nesse caso, um auxiliar de enfermagem. Entretanto, essa fala compreende também uma falta de credibilidade no saber popular, ou no saber da usuária. Não se pode confundir responsabilização do profissional com imposição de saber sobre o outro, caso isso ocorra fica impossibilitado o emergir da autonomia da gestante. Essa abordagem é demonstrada no seguinte discurso:

“Autonomia é quando a pessoa ela tem um autocontrole... quando ela vai e faz... não precisa tá dependendo de alguém ou de alguma coisa para conseguir seu objetivo... para ser sincera, a maioria das gestantes são muito dependentes do profissional durante o pré-natal e também quando o bebê nasce. Já existiu uma gestante que se recusou a fazer nossas orientações... disse que já teve vários filhos sem essas orientações e que nunca teve problema nenhum... simplesmente achava que o pré-natal não era importante... ela não vinha para as consultas... dizia que a unidade era muito longe... não aceitava tomar a antitetânica... aqui a gente tá para orientar os caminhos que ela vai seguir, a responsabilidade maior é dela... ela tem que assumir sua gravidez como um processo saudável... 99% das gestantes que passaram por mim aceitaram as orientações, só essa gestante que não

aceitava... ela veio do interior, os filhos nasceram com parteira e nasceram saudáveis, mas a gente não deixou para lá, a gente teve a responsabilidade e acompanhamos essa gestante.. mas foi muita conversa... muita negociação...” (sujeito 14 – enfermeira).

Considerando os discursos analisados, pode-se perceber que os profissionais trazem uma concepção de autonomia muito ancorada no desenvolvimento do autocuidado da gestante, o que, retomando a conceituação ampla de autonomia apresentada por Campos (2007) e Baremlitt (1998), limita a abrangência que o conceito possui para construção de sujeito cidadão. Identifica-se que há uma busca por parte de alguns dos profissionais, principalmente os não-médicos, de se considerar as mulheres gestantes como protagonistas de seus problemas, assim, tentar negociar ações, embora, às vezes, caiam em um processo de “informar tarefas” a serem realizadas de forma unilateral.

É compreensível que já há um processo de co-construção da autonomia da mulher gestante. O que se almeja, porém, é o estabelecimento de uma missão em que todos os trabalhadores de saúde considerem a autonomia dos sujeitos usuários dos serviços, com todas as suas singularidades para as negociações e intervenções de seu projeto terapêutico.

4.3. Rede de Escuta na definição do Projeto Terapêutico: Acolhimento e Vínculo

A terceira categoria analisada, **Rede de escuta na definição do projeto terapêutico: acolhimento e vínculo**, busca compreender como é trabalhada a subjetividade inerente ao processo terapêutico da usuária e verificar se há uma escuta a essa questão. Para isso, é discutido como se apresenta os dispositivos de acolhimento e vínculo no processo terapêutico do pré-natal.

A revalorização do saber espontâneo das usuárias é uma condição inerente a uma proposta que defenda a integralidade. As entrevistas realizadas para essa pesquisa revelaram que alguns profissionais contribuem para essa revalorização através de uma “escuta qualificada” que ajuda no estabelecimento de seu vínculo com a comunidade de usuárias que procuram o pré-natal.

Compreende-se, nessa pesquisa, a “escuta qualificada” a partir do conceito de relação “EU-TU” criado por Buber, citado por Forghieri (1984). Buber reflete sobre as relações sociais baseadas nas atitudes EU-TU e EU-ISSO. A relação EU-ISSO é pautada na objetividade da relação. Nela se instaura um vínculo objetivante, em que um é objeto do outro, ou seja, em que não há uma reciprocidade e sim a unilateralidade, pois somente um está na presença do outro e isso não é recíproco. Já a relação EU-TU, em que se baseia a escuta qualificada, é uma relação dialógica, é um verdadeiro encontro com o outro. Nela existe uma contemplação face a face, uma verdadeira doação de um TU a um EU, é uma relação imediata, em que acontece uma reciprocidade, uma presentificação dos dois sujeitos. Nesse tipo de relação, o sujeito é livre para falar o que desejar, tendo a certeza de que o outro irá ter uma escuta aberta e autêntica para ouvir sem interferir com seus preconceitos.

O trecho do discurso da entrevistada 3 apresentado abaixo converge com a conceituação de Burber, quando destaca a atenção dada à fala da usuária e o respeito que a enfermeira procura demonstrar pelo contexto dela:

“Liberdade de falar o que ela está sentindo e o respeito que tenho por elas de ouvir, sem um julgamento em cima disso, procurar entender a partir do contexto dela... essa questão delas terem a liberdade de falar faz muito bem, às vezes elas chegam com hipertensão e deixamos elas falem bastante... falam mal do vizinho, do marido, depois verificamos a pressão e ela tá bem melhor. É

como se nós fossemos um escape, um lugar para que elas deixem suas mazelas.." (sujeito 3 – enfermeira).

No recorte do discurso 3, apreende-se que, além da compreensão do profissional da necessidade de possibilitar à usuária falar do seu modo de andar a vida, ele também procura entendê-la a partir de um lugar acolhedor. Para tanto, o entendimento do entrevistado 3 fundamenta-se a partir da reflexão feita por Onocko Campos (2006) sobre a clínica baseada na escuta e na fala do usuário, que tem como consequência a ampliação da eficácia da produção de saúde e da autonomia do usuário, colocando a responsabilidade dos sujeitos por suas escolhas. Isso nada mais é do que um cuidado em saúde ancorado na relação trabalhador-usuário, defendida por Merhy (2002), quando coloca que o trabalho em saúde expressa de modo exclusivo o trabalho vivo em ato que se mostra através de alguns componentes, como: acolhimento, vínculo e autonomização. Tais componentes de tecnologias leves do cuidado em saúde, nomeados por Merthy, operam através do encontro usuário-trabalhador de saúde.

A existência da tecnologia leve no trabalho em saúde possibilita uma abertura à gestante para falar sobre o que desejar ou sobre a dificuldade que está afligindo-lhe. Já o trabalhador dotado de liberdade, criatividade e possibilidades para agir, fatores que são proporcionados pelo “trabalho vivo em ato”, poderá atentar para os aspectos sociais e subjetivos do discurso da mulher gestante e direcionar suas intervenções para as dificuldades por ela enfrentadas.

Ainda no discurso do sujeito 3, observa-se que o papel ocupado pelo profissional de saúde, no imaginário de muitas gestantes, vai mais além do que as intervenções mecanicistas. É um papel de acolhedor dos sofrimentos e, ainda, um papel de quem pode ajudar a resolvê-los.

“A família e o companheiro que, muitas vezes, não valorizam esse momento, existem brigas familiares, os pais não vêm, família com alcoolismo, drogas, eu noto que não há uma compreensão familiar naquele momento. Tempos todo tempo que elas precisarem, pois elas possuem muita sobrecarga de outros fatores, elas trazem essas dificuldades para cá, como um pedido de socorro, como se a gente pudesse ir lá e dar uma sacudida nas pessoas...” (sujeito 3 – enfermeira).

O trecho do discurso da entrevistada 3 converge com o apresentado por Merhy (2000) em sua tese, quando traz que o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado por saberes tecnológicos estruturados (trabalho morto), ele deve ser operado também a partir das tecnologias da relação, o que proporciona um grau de liberdade significativo na escolha do modo de produzir o cuidado. Portanto, para Merhy (2000, p.50), “o trabalho em saúde é próprio da dimensão cuidadora, suas intervenções devem ser decorrentes do estabelecimento de um vínculo com o usuário, o que o autor nomeia de ‘encontros de subjetividades’”.

Complementando a lógica defendida por Merhy (2002), Silvia Junior et al (2005) afirmam que o trabalho em saúde tem como característica o encontro entre pessoas que trazem um sofrimento ou necessidades (usuário) e outras pessoas que dispõem de um conhecimento específico que pode solucionar os problemas trazidos (profissionais).

No entanto, Campos (2007) considera que, apesar de acreditar que se deva buscar um relação horizontal e aberta entre o trabalhador e o usuário, o verdadeiro encontro é ancorado em uma diferença irreduzível entre esses sujeitos. O profissional é o detentor de uma oferta técnica, um saber clínico e sanitário, e o usuário, detentor do conhecimento sobre sua vida e seu sofrimento. Um tem como interesse buscar apoio para melhorar seu estado de saúde (usuário) e o outro quer sua sobrevivência e realização pessoal (profissional). Campos (2007) ainda salienta que esse tipo de relação sempre trará um desequilíbrio a favor do profissional de saúde. Por isso, propõe que seja feita uma constante reflexão sobre a noção de encontro, com ela pode ser possível tornar real as mudanças necessárias.

Então, como mencionado, em tal encontro (profissional – usuário) são mobilizados sentimentos, emoções, interesses e identificações que podem facilitar ou dificultar o cuidado em saúde.

No discurso, constatou-se que o entrevistado 9 reconhece a influência das questões psicossociais da gestante no desenvolvimento ou agravamento de sintomas da gravidez e garante a importância da escuta, do acolhimento e do vínculo no processo terapêutico dela:

“O processo de não ouvir é a pior coisa que o profissional pode fazer, temos um dia só para o pré-natal. O tempo é curto para uma demanda muito grande. O pré-natal tem que ter a conversa, o

profissional, às vezes, tem que ouvir mais do que falar... tem gestante que chega com uma sintomatologia mais psicológica do que o da gravidez, é briga com o marido, falta de assistência da família, falta de carinho... quando ela tem esse vínculo de confiança conosco ela fala o que deseja, como: ‘... ele pediu pra tomar citoteque, ele não quer a criança, não vai registrar’” (sujeito 5 – enfermeira).

Neste sentido, percebe-se que é divergente a sistematização dos atendimentos e a priorização na utilização de protocolos, conforme visto nas observações, através dos discursos dos profissionais sobre a relevância da capacidade e disponibilidade de ouvir a usuária, interagir com ela, levar em conta seu contexto e seu modo de andar na vida.

Nos discursos analisados, foram configurados vários apontamentos relativos à importância de estabelecer um vínculo de confiança com a usuária para que se tenha um bom andamento do cuidado pré-natal. Vínculo esse que é aprimorado a partir da escuta do que a usuária tem a dizer, como exposto no discurso do entrevistado 14, quando relata a importância da escuta para que a usuária desenvolva confiança no profissional: “Ela tem que se sentir segura, ter confiança na gente, acho que temos que ter uma escuta boa...” (sujeito 14 – enfermeira).

Nesse entendimento, a adequação do vínculo usuária-profissional inclui, segundo Starfield (2002), mais do que simples transferência de informações. Starfield (2002) defende que os usuários sabem mais sobre seus problemas do que qualquer profissional possa contar a eles, convergindo com o que foi dito pelos profissionais entrevistados.

Os discursos dos sujeitos entrevistados evidenciam a relevância de uma relação de confiança entre profissional-usuário. Pode-se perceber, que, muitas vezes, essa relação ultrapassa a barreira da formalidade de uma consulta, chegando à abertura de um verdadeiro encontro com o outro, em que a usuária é respeitada enquanto um ser singular, ou seja, enquanto uma alteridade.

Essa compreensão é enfatizada pelo entrevistado 9, quando traz a necessidade de se tornar amigo da gestante, estimulando sua participação para facilitar a aderência da mesma ao tratamento:

“O que o profissional pode fazer é orientar, agora, é muito difícil conseguir mudar comportamento de uma pessoa, às vezes, a gente

até parte para vida pessoal mesmo, a gente tenta ser um amigo, quando ela nos sente não como o profissional de saúde, mas como um amigo, ela consegue escutar mais o que você disse... ela tem mais confiança em você, ela fica mais íntima, ela tem segurança de sentar e contar coisa da vida dela, que nem diziam respeito à consulta, eu consigo passar mais autonomia para ela quando eu sinto essa confiança, flui melhor. Existem pacientes que ficam meio receosos, dizem: “para a doutora eu não falo tudo, eu tenho medo de falar e levar bronca”, aí é mais difícil, ela tem que sentir confiança em mim, ela tem que saber que aquilo que falo é por ela e para ela, não é para todo mundo que falo, tem que saber que eu quero o bem dela... que eu não tô falando só de blá, blá, blá...ela tem que confiar em mim, ela tem que ter um vínculo, se não, ou ela não deixa dar a orientação, ou entra pelo um ouvido e sai pelo o outro.” (sujeito 9 – enfermeira).

Nessa perspectiva, converge com Starfield (2005), quando relata que as participações ativas dos usuários no diálogo com o profissional têm um impacto significativo sobre a forma como pensam, sentem e reagem mediante às orientações recebidas, podendo proporcionar um tratamento mais eficiente.

Nessa participação do usuário, subentendem-se práticas de saúde pautadas na intersubjetividade e no vínculo, que envolvem, necessariamente, uma dimensão dialógica. Tal dimensão, nesse sentido, pode ser uma ferramenta que facilita a relação e a condução do processo terapêutico, na medida em que proporciona a produção da co-responsabilidade clínica e sanitária através do reconhecimento que acolher e vincular torna as intervenções mais resolutivas. O discurso explicitado complementa a análise acerca da associação entre vínculo e adesão ao tratamento: “Para facilitar o tratamento, é necessária a adesão do paciente... a adesão depende de manter um bom relacionamento com o paciente...” (sujeito 10 – médico).

As opiniões expressas pelos sujeitos da pesquisa denotam que uma rede de escuta, como vínculo e acolhimento, facilitam a condução do processo terapêutico. Estes são dispositivos da integralidade que buscam superar as dificuldades das práticas de saúde em lidar com o outro como uma alteridade.

Com a ampliação do acesso aos serviços de saúde para a comunidade, atingindo uma magnitude significativa, as problemáticas relativas à questão da alteridade assumem um caráter decisivamente crítico (TEIXEIRA, 2003). Nesse

ponto, o fator qualitativo do atendimento começa a ser foco para os desafios da crise atual da saúde.

O fator qualitativo, aqui mencionado, refere-se à essência do trabalho em saúde, que, segundo Teixeira (2003), é a conversa. É nela que se concretiza a doação, a troca, a disponibilidade e a confiança. O pacto simbolicamente estabelecido na conversa entre profissional e usuária produz a confiança de um no outro, com isso, a negociação da proposta terapêutica se torna bem mais viável.

O reconhecimento da importância de garantir a confiança do sujeito é confirmado no discurso dos sujeitos 9 e 14, quando colocam que a confiança acarreta algo que é prioridade para a continuidade do cuidado, para a presença da usuária nos dias de consulta, como também para a facilitação de uma fala espontânea da usuária no momento assistencial:

“... procuro sempre passar bastante confiança para ela... ela tendo confiança ela vai voltar... às vezes, na primeira consulta ela não fala tudo só quando está mais a vontade... se for uma gestante que faz uso de drogas ela só vem falar quando tem mais confiança na gente... quando ela chega sem ser agendada ela só quer ser atendida pela gente por ter um melhor vínculo... ter confiança mesmo...” (sujeito 14 – enfermeiro). “ela tem que confiar em mim, pois facilita muito... ela tem que saber que quero o bem dela... confiando consigo até que ela me...” (sujeito 9 – enfermeira).

Então, acreditando que a conversa acarreta o vínculo e que este deve ser permeado de confiança, retoma-se a noção inicial da escuta, apontada por vários profissionais como um dispositivo que facilita essa relação. Escutar tem ligação imediata com a fala, o que se torna imprescindível conhecer quem está falando, como e sobre o que fala (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006). Para isso, é necessário colocar o ser falante, o usuário, no centro do processo, trazendo a integralidade do cuidado como princípio orientador do processo terapêutico.

No recorte do discurso transcrito abaixo, a entrevistada 14 mostra que se dá conta da sua responsabilidade de trazer a gestante para o processo, concedendo-lhe liberdade para falar. Reconhece que sua forma de cuidar das usuárias é valorizada por estas, até ocasionando uma maior demanda, se comparada aos outros profissionais da unidade de saúde que prestam um atendimento limitado a procedimentos técnicos.

“... mexe com essa parte psicossocial mesmo... a maioria tem muitos problemas, então o profissional tem que ouvir, ter tempo disponível para

conversar, tirar dúvidas, abrir espaço para o diálogo, temos outros profissionais aqui que são muito mecânico: altura uterina, ausculta... assim fica muito fácil... então elas preferem ficar aqui conosco aí ficamos lotados... não procuram saber o que elas tem a dizer, quais são os medos delas... tem que está preparada para ter o diálogo.” (sujeito 14 – enfermeira).

Enfim, converge nos discursos dos sujeitos 3, 5, 9, 10 e 14 a necessidade de estabelecer um vínculo com a gestante. Ainda salientam esses sujeitos, em seus discursos, que, para estabelecimento desse vínculo, é imprescindível existir uma rede de escuta na relação terapêutica baseada na confiança da usuária no profissional de saúde.

Outro determinante identificado nos dados empíricos que pode comprometer ou viabilizar o vínculo é a transferência de afetos singulares de cada profissional na relação terapêutica. A relação terapêutica é atravessada por vários sentimentos que, geralmente, são inconscientes. Cunha (2005), quando fala do conceito de transferência proposto pela análise institucional, defende que ela é um instrumento importante para Clínica Ampliada, pois “... o Sujeito investe, transfere para estruturas e pessoas desejos e sentimentos diferentes.” (CUNHA, 2005, p. 114). No modelo da Clínica Ampliada, a vida não é entendida por intervenções isoladas, ela é sim trabalhada através da inter-relação do social, biológico e psicológico, não existe preponderância. Reconhece-se a possibilidade da transferência do espaço singular de um invadir o do outro, ou seja, a possibilidade de que aspectos da vida do profissional de saúde atravessem a representação que ele tem da usuária e, assim, modifiquem sua forma de cuidar dela. Os fragmentos das falas, logo abaixo, traduzem algumas convergências sobre a referida relação:

“O que facilita é o meu lado pessoal de já ter sido mãe, de ter passado por toda essa ansiedade.” (sujeito 14 – enfermeira)”

“Uma das coisas da minha formação não é só a questão curativa da situação e sim a promoção da saúde, ter alguém para te ouvir sem nenhum juízo de valor, chegar ansiosa e ter alguém para te ouvir que hoje em dia é muito complicado ter alguém que lhe dê uma palavra de conforto, porque eu sou evangélica e busco trabalhar essa questão espiritual, atribuo as coisas a Deus, para que elas não se sintam perdidas. Eu noto que elas estão pedindo socorro, pedindo para alguém cuidar delas. Eu sempre falo que filho é herança de Deus, que filho não ficou para toda mulher e que ela tem que honrar essa graça, quero que elas saiam daqui conscientes do seu papel. Elas sempre voltam, no princípio elas vêm, falam das reclamações relacionadas ao trabalho, ao marido, depois focam só na criança, vemos isso depois quando há uma repercussão na amamentação e no vínculo com a criança.” (Sujeito 3 – enfermeira).

No discurso do sujeito 3, apreende-se o atravessamento das concepções subjetivas dos profissionais no processo de cuidado à gestante. Na entrevistado 14 tem-se a projeção da percepção do profissional na usuária, pois o profissional significa o sentimento da gestante associando ao que vivenciou na sua antiga gravidez. Como também, na entrevista 3, que remete a interferência das pré-concepções de crenças religiosas na intervenção clínica da profissional de saúde. Nesse sentido, identifica-se até a “imposição preconceituosa” da maternidade como algo sublime, sem considerar o conceito que a usuária produziu a respeito da maternidade.

Considerar o conceito de maternidade que a gestante traz se faz necessário, principalmente, quando tal conceito é carregado por questões negativas, o que não é difícil de ser encontrado, já que a gravidez é um momento de muitas alterações físicas e psíquicas. Beauvoir (1980) fala sobre o momento da gestação para uma mulher, que pode ser psíquica e fisicamente útil ou desastroso:

“A mulher conhece uma alienação mais profunda quando o ovo fecundado desce ao útero e aí se desenvolve. Sem dúvida, a gestação é um fenômeno normal que, em se produzindo em condições normais de saúde e nutrição, não é nocivo à mãe; estabelece-se entre ela e o feto, certas interações que lhe são favoráveis. Entretanto contrariando uma teoria otimista cuja utilidade social é demasiado evidente, a gestação é um trabalho cansativo que não traz à mulher nenhum benefício individual e exige ao contrário demasiados sacrifícios. Acompanham-se, não raro, os durante meses, de falta de apetite e de vômitos, (...), a revolta do organismo da espécie que dele toma posse; ele se empobrece em fósforo, em cálcio, em ferro, (...), o sistema nervoso vegetativo fica em um estado de excitabilidade intensificada;... Tudo o que uma mulher sadia e bem alimentada pode esperar é, depois do parto, recuperar seu desgaste sem muitas dificuldades. Mas uma vez, produzem-se durante a gravidez, acidentes graves, ou perigosas perturbações e se a mulher não for robusta, se sua higiene não for perfeita, ficará prematuramente deformada e envelhecida pela maternidades (...). O parto é em si doloroso, é perigoso. (...) O aleitamento é uma servidão esgotante (...)” (BEAUVOIR, 1980, p.50).

Rever e compreender as questões da gestante, de fato, compromete positivamente os processos terapêuticos, apesar disso, o que ainda é hegemônico nas observações sistemáticas realizadas nos serviços de saúde analisados é o modelo tecnoassistencial em que a subjetividade da usuária fica em segundo plano.

Poucos são os profissionais observados que reconhecem a interferência que a subjetividade tem no desenvolvimento do período gestacional.

Entretanto, na perspectiva de um cuidado integral, torna-se impossível não considerar a emergência das questões psíquicas do sujeito. Tais questões, em parte, já vêm sendo respondidas por alguns profissionais da saúde. De uma forma bastante genérica, parece que eles percebem a influência, por exemplo, de alterações fisiológicas na gestação, possivelmente, decorrentes de uma gravidez não desejada. Como se observa nos discursos abaixo:

“Quando é uma gravidez programada, elas rendem mais, seguem as orientações, cuidam de tudo. Quando é gravidez na adolescência é uma guerra, a grande maioria engravida sem uma programação... o que traz muita dor de cabeça...” (sujeito 9 – enfermeira).

“Os pré-natais mais difíceis é aqueles em adolescentes... que tentam esconder a gravidez aí ficam o pré-natal tardio, a família não aceita, não tem parceiro estável... geralmente ficam cheio de complicações...” (sujeito 1 – médico).

Apesar de a existência desse reconhecimento ter sido demonstrada nos discursos dos dois entrevistados, ainda é evidente a dificuldade que esses profissionais possuem de lidar com as questões subjetivas das usuárias, isso foi manifesto nas observações sistemáticas realizadas.

Em uma das consultas observadas, o profissional perguntou à gestante se a gravidez foi planejada. Esse momento foi revestido por um período de tensão de ambos os lados, o profissional parecia ter dificuldade de acolher o que a usuária iria comunicar e, por conseqüência, a usuária, ao observar o constrangimento do profissional, restringiu-se a responder o que era desejado escutar, o “sim”.

No entanto, após a observação, essa mesma usuária foi entrevistada através de uma conversa informal por 30 minutos. A conversa convergiu para o tema da maternidade. Falando livremente, ela relatou que tal gravidez foi decorrente de uma noite em que ela tinha consumido bastante bebida alcoólica em uma festa, onde também conheceu um rapaz. Nessa mesma noite, ocorreu a relação sexual que ocasionou a gravidez. Ainda falou que tentou por três vezes abortar e somente procurou fazer o acompanhamento pré-natal com cinco meses de gestação.

Isso traduz, decerto, a dificuldade de estabelecer um vínculo, de considerar a subjetividade do outro e de ter uma relação dialogada. Tal relação deve

ser baseada em uma simetria, em que se faça valer a “voz do outro” para interagir no processo terapêutico, o que é uma condição para superação do “monopólio do diagnóstico de necessidades” (TEXEIRA, 2003).

A mudança na relação de poder é evidenciada quando existe a busca de um cuidado que se baseia na integralidade. A necessidade de integrar o outro, concebendo-o como uma totalidade biopsicossocial, corresponde a uma palavra de ordem para as práticas que almejam uma mudança concreta do seu fazer cotidiano.

Cecílio (2001) fundamenta essa análise, quando coloca que as necessidades dos usuários vão além das demandas apresentadas. A gestante que busca o serviço de saúde para realizar seu pré-natal pode trazer uma demanda de exame, fármaco, orientações de sinais e sintomas, mas também busca acolhimento para as suas necessidades afetivas, medos, angústias, fantasias, habitação, dentre outras.

Acolher é uma estratégia que se apresenta como um dispositivo de mudança do modelo tecnoassistencial (FRANCO et al., 1999). O acolhimento ocorre em uma rede de conversas e tem o papel de manter todos os espaços de encontro entre trabalhador e usuário interconectados, oferecendo aos usuários as mais diversas possibilidades de se colocar na rede (TEXEIRA, 2003).

Para Teixeira (2003), o bom funcionamento da rede depende da forma como é feita a recepção do usuário no serviço. Tal recepção é entendida como “espaço primordial de investigação/ elaboração/ negociação das necessidades que podem vir a ser satisfeitas” (TEXEIRA, 2003, p.102). É importante não confundir a recepção com o primeiro momento de entrada do usuário no serviço. Recepção, nesse contexto, diz respeito a um acolhimento que acontece em todos os encontros assistenciais que marcam a passagem do usuário pela rede.

Os encontros pautados em entendimentos e em negociações de necessidades a serem satisfeitas são nomeados, segundo Teixeira (2003), de “acolhimento-diálogo”. Teixeira (2003) identifica dois traços principais nesse tipo de acolhimento: o primeiro, que se refere ao acolhimento moral dos usuários com suas demandas, e o diálogo como dispositivo que orienta a busca de conhecer as necessidades mais autênticas das pessoas (usuários). Então, o objetivo do

acolhimento-diálogo é buscar as reais necessidades, que não são sempre transparentes, das pessoas que procuram os serviços de saúde.

Definiram-se algumas disposições que não podem deixar de existir no acolhimento: “o reconhecimento do outro como um legítimo outro; o reconhecimento de cada um como insuficiente; o sentido de uma situação é fabricado pelo conjunto dos saberes presentes” (TEIXEIRA, 2003, p.105).

Dos entrevistados nessa pesquisa, três apresentaram discursos que convergem para a realização de um processo de acolhimento, retratando um pouco a disponibilidade desses profissionais de saúde de ter um olhar específico no momento de encontro com a usuária, quando preconizam a fala da gestante e buscam identificar suas necessidades. Como afirmam os entrevistados 3, 6 e 10, a seguir:

“Ela tem possibilidade de falar, pergunto se tem alguma coisa que ela quer dizer, para que eu possa orientar.” (sujeito 3 – enfermeira).

“A consulta médica é sempre um momento que ela desabafa e fala dos problemas familiares com o esposo, a gente escuta e tenta ajudar, no mínimo escutando.” (sujeito 10 – médico).

“Quando vêm algumas mais sensíveis temos espaço p conversar, orientar...” (sujeito 6 – enfermeira).

No entanto, os discursos dos médicos evidenciam que o acolhimento é pouco trabalhado por eles, pois a falta de tempo para cada usuário pode ser um dos fatores que acaba barrando esses verdadeiros encontros e os substituindo-os por uma anamnese rápida que não provoca a resolubilidade necessária. O fragmento do discurso, logo abaixo, traduz alguma das impossibilidades para acontecer um bom acolhimento:

“Algumas gestantes vêm encaminhadas pela agente de saúde, ou por iniciativa própria. A primeira consulta é feita pela enfermeira, que solicita os exames. A gente nota que a demanda é grande e acaba sobrando pouco tempo... por mais que você queira fazer educação e saúde na consulta... nós temos pouco tempo.” (sujeito 10 – médico).

Compreende-se que o acolhimento interroga o modelo de assistência que é estabelecido. Franco et al (2007) colocam o acolhimento como um dos processos intercessores do encontro de qualquer trabalhador de saúde e o usuário. Em outras

palavras, discutir essa temática é refletir sobre a micropolítica do processo de trabalho em saúde. Através desse pressuposto e da análise das entrevistas disponíveis, a existência de dois desencontros é constatada nas práticas de saúde analisadas.

Primeiramente, há a dificuldade de acesso à consulta:

“A palavra chave é ter paciência. A maioria das gestantes encontram uma certa barreira para conseguir a primeira consulta, assim, desistem e não cuidam do seu estado” (sujeito 13- enfermeira)

“... a gestante, a maioria delas, como a gente só tem uma equipe de PSF aqui na Parangaba e nós temos em média muitos habitantes... nós estamos pegando apenas 1324 famílias. Elas chegam até a gente das áreas descobertas... a gente não deixa voltar, mas se for da microárea...” (sujeito 14 – enfermeira).

A frase “a gente não deixa voltar” está, em parte, de acordo com o acolhimento como uma diretriz operacional descrito por Franco et al. (2007):

Atender a todas as pessoas que procuram serviços de saúde, garantindo acessibilidade universal. Assim, o serviço de saúde assume uma função precípua, de acolher, escutar e dar resposta positiva, capaz de resolver os problemas de saúde da população. Com isso, os serviços criam possibilidades para restabelecimento de uma relação de confiança e apoio do usuário (FRANCO et al. 2007, p. 42).

Em parte, garantir o acesso a todas as gestantes que procuram o serviço, não garante um atendimento acolhedor, com o estabelecimento de vínculo, de confiança e de resolubilidade, principalmente quando existem poucos profissionais para uma grande demanda.

Como segundo desencontro, tem-se o trabalho fragmentado dos profissionais entrevistados, pois não existe um conhecimento de quem está acolhendo o usuário naquele momento nem uma comunicação interna da equipe informando o estado em que o usuário se encontra. Isso provoca a repetição da fala do usuário diante de cada profissional e o pouco aprofundamento da situação por ele vivenciada.

“A gente separa o horário só para gestante, a consulta demora meia hora o que, às vezes, dá tempo ela chorar, falar, o ideal seria 1 hora, mas a demanda é grande, se ela chorar a gente vai acolher apesar do pouco tempo disponível... Os outros profissionais não me dizem

como ela está, o “posso ajudar” só serve para direcionar a ela o caminho que deve seguir, o que deveria ser um intercâmbio do que está ocorrendo fora da sala” (sujeito 1 – médico).

Enfim, o projeto terapêutico que é componente de uma rede de relações implica, necessariamente, trabalhar com o acolhimento e o vínculo. Tais dispositivos devem atravessar todos os trabalhadores de saúde na construção de novas respostas ao sofrimento do sujeito, assegurando a integralidade do cuidado.

4.4. Concepções dos Profissionais do PSF sobre o Cuidado Integral às Gestantes

A quarta categoria analisada, **Concepções dos profissionais do PSF sobre o cuidado integral à gestante**, busca compreender as concepções de cuidado integral presente no discurso dos profissionais de saúde e averiguar como as divergências e convergências entre os discursos influenciam no coeficiente de autonomia da usuária.

Entender quais as concepções de cuidado integral à gestante têm sido adotadas pelos médicos e pelos enfermeiros que fazem parte do Programa de Saúde da Família foi um dos objetivos que motivaram esse estudo. Através da coleta de dados empíricos, procura-se, então, compreender quais os significados que os mesmos portam sobre esse cuidado.

Neste contexto, Boff (1999) define o cuidar como algo que implica intimidade, acolhimento, respeito, sossego e repouso. A razão instrumental entra em sintonia com o sentimento, com a cordialidade e com a delicadeza. No cuidar do outro, emergem a alteridade, a reciprocidade e a complementaridade.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (BRASIL, 2001) complementa o conceito de cuidar apresentado por Boff, quando compreende que a atenção integral à mulher implica o atendimento a partir de uma percepção ampliada de seu contexto de vida, do momento em que ela apresenta determinada

demanda, assim como de sua singularidade e de suas condições enquanto sujeito capaz e responsável por suas escolhas. Dessa forma, pensa-se, nessa pesquisa, o cuidado integral como aquele que acolhe, que respeita o sujeito enquanto alteridade e que busca a resolubilidade de suas necessidades.

No entanto, identifica-se, no discurso da maior parte dos médicos entrevistados, uma concepção de cuidado fragmentária, ou seja, reducionista, que ressaltam as dimensões biológicas em detrimento dos aspectos psicológicos e sociais dos sujeitos. Pode-se ver nos relatos a seguir, a partir dos discursos, a convergência da influência do modelo biomédico na compreensão de cuidado dos profissionais. Identifica-se uma relação objetiva, baseada em técnicas e procedimentos.

“Quando chega a mim, aprecio os dados, converso sobre a gestação, faço o trabalho técnico, tiro as dúvidas, peço os exames, detecto alguma anormalidade, verifico idade gestacional” (sujeito 12 – médico).

“A primeira consulta é feita pela enfermagem e a segunda é feita pelo médico que colhe os exames e começa o pré-natal em si, faz já a reposição de ferro e ácido fólico, normalmente, a gente intercala as consultas, no final a partir das 34 semanas passa a ver o paciente de 15 em 15 dias, depois de 36 semanas vemos o paciente toda semana. Quando existe alguma intercorrência encaminha para um cuidado especializado” (sujeito 4 – médico).

Nas narrativas recortadas acima, observa-se, pois, a aplicação de um protocolo realizada sem consideração da construção terapêutica desenvolvida a partir do sofrimento concreto de cada mulher gestante. O que acontece é que a clínica cumpre um modelo que se baseia na ação instrumental, considerando, assim, apenas: queixas, diagnósticos, intervenções possíveis e resultados esperados. Se o cuidado for fundamentado nessa ação, haverá uma abstração do sujeito que sofre, acabando por se trabalhar somente com modelos fechados, em que problemas, ação e produto podem ser teoricamente previsíveis e quantificáveis (FAVORETO, 2006).

Divergindo da ação instrumental, Campos (2007) recomenda aos trabalhadores que negociem com o usuário acerca do tipo de cuidado que ele terá. Campos (2007) acredita que os trabalhadores devam apresentar ofertas aos usuários baseadas no seu conhecimento clínico e sanitário; estas serão analisadas

de modo crítico pelo usuário, e, em seguida, será tomada uma decisão compartilhada. A oferta e a demanda transformadas pelo compartilhamento de idéias serão reavaliadas durante o processo terapêutico, assim, isso ajudará tanto ao profissional quanto ao usuário a compreender suas resistências e aderências à terapêutica.

Entretanto, o que se observa, nos discursos dos entrevistados 4 e 12, é uma submissão a uma rotina imposta verticalmente, provocando um trabalho em saúde dependente de protocolos e técnicas.

O discurso do entrevistado 10, que também é médico, corrobora com as obediências aos protocolos:

“é uma consulta simples, normal, verificação de dados, exames complementares. Obedecemos um protocolo, segue esse protocolo...” (sujeito 10 – médico).

Portanto, a dificuldade ou falta de iniciativa de acolher as particularidades de cada gestante parece que é uma problemática presente nos atendimentos pré-natais dos médicos entrevistados. Esse fato pode ser fundamentado através das considerações tecidas por Luz (1997), quando diz que na biomedicina há uma objetivação do sujeito, com uma constante mercantilização e deteriorização da relação médico-paciente. É um modelo de atenção em que o usuário é um consumidor potencial de bens médicos.

Entretanto, no grupo de enfermeiros entrevistados, foram encontrados discursos que trazem uma concepção de cuidado integral divergente da exposta pelos médicos. A fala do enfermeiro 14, transcrita a seguir, apresenta elementos considerados vitais para o cuidado integral, pois são considerados, dentre outros, os aspectos subjetivos da usuária que procura o serviço:

“Na consulta da enfermagem a gente faz um acolhimento, orienta a parte sintomatológica, as alterações psicológicas, vê se é um bebê desejado, planejado, se é bem vindo, começamos a vê até essa questão psicossomática mesmo... Se não for um bebê desejado... a gente conversa, se o pai não for presente... se não tem mais o vínculo com o pai do bebe, procuramos a família da gestante..é bem subjetivo depende de qual gestante... e aí tentar chamar a família para participar do pré-natal... é bem mais fácil quando a mãe é casada, mas tentamos criar um vínculo da mãe com o bebê coloca para auscultar os batimentos cardíacos do bebê... temos que chamar os pais para responsabilidades... como também fazemos os procedimentos...” (sujeito 14-enfermeira).

Nota-se que, nesse sentido, o profissional articula, na sua concepção de cuidado integral, a percepção das questões subjetivas da gestante com a inserção dos procedimentos técnicos necessários.

A prática descrita no discurso do entrevistado 14 corrobora com a perspectiva de mudança de modelo assistencial a que se propõem no PSF. As equipes do PSF têm propiciado uma nova configuração do sujeito e da intersubjetividade, com o surgimento de questões e significados na relação entre o saber biomédico e uma abordagem mais ampliada do processo saúde-doença cuidado (FAVORETO, 2006).

Emergem também questões importantes para o cuidado integral no trecho da entrevista 3 transcrito abaixo. A entrevistada vislumbra como necessário para a atenção à mulher, colocar-se disponível para ouvir e para incorporar, na prática clínica, um direcionamento que tenha objeto e objetivo que abordem um cuidado integral e a autonomia dos sujeitos através da escuta de suas questões:

“Uma das coisas da minha formação não é só a questão curativa da situação e sim a promoção da saúde, ter alguém para te ouvir sem nenhum juízo de valor, chegar ansiosa e ter alguém para te ouvir que hoje em dia é muito complicado ter alguém que lhe dê uma palavra de conforto...” (sujeito 3 – enfermeira).

Portanto, o profissional de saúde deve estar capacitado para ser um instrumento, a fim de que a gestante adquira autonomia no agir, aumentando sua capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e de decidir sobre sua vida e sua saúde. Isso se faz necessário, tendo em vista que a gravidez é um dos momentos na vida da mulher em que ela vivenciará uma gama de sentimentos. A gestação, se desejada, traz alegria, se não esperada, pode gerar surpresa, tristeza e, até mesmo, negação. Ansiedade e dúvidas relacionadas às modificações pelas quais vai passar e ao modo como a criança está se desenvolvendo, medo do parto e de não poder amamentar, dentre outros, são também sentimentos comuns vivenciados pela gestante que devem ser trabalhados pelos profissionais de saúde.

Contudo, foram identificados, nas entrevistas, que os atendimentos restringem-se apenas às demandas fisiológicas, sendo realizados através de orientações técnicas e exames, com uma percepção descontextualizada e frágil das

necessidades dos sujeitos assistidos. Nota-se, também, que as necessidades psicossociais tentam ser trabalhadas pelos profissionais, quando perguntam se a gravidez é desejada. Isso, porém, funciona de forma limitada e insuficiente, pois os profissionais demonstraram, por meio de seus discursos, que não possuem um suporte necessário para trabalhar essa questão.

A seguir, é colocada a narrativa de dois enfermeiros, em que eles ressaltam que, em sua prática, se preocupam em saber se a gravidez foi ou não planejada:

“Na primeira consulta é abordado todos os aspectos: exames clínicos, história família de doenças, pergunta se a gravidez é desejada, isso é complicado, precisaríamos de um psicólogo na unidade, também falamos sobre os sintomas, sinais de perigo, alimentação, sexualidade, os fatos comuns, tiramos as dúvidas e remarca o retorno.” (sujeito 6 – enfermeira).

Toda primeira consulta de pré-natal é da enfermagem, onde a gente vai orientar os cuidados, tentar discutir se foi uma gravidez desejada, solicitar exames, na segunda consulta é o médico. Todo pré-natal é permeado muito pela educação, pois existe muita gravidez indesejada, toda parte educativa ainda é feita dentro do consultório. (sujeito 9 – enfermeira).

Os discursos acima permitem a inferência da falta de suporte do profissional para trabalhar questões subjetivas. Segundo Favoreto (2006), os profissionais adeptos de práticas biomédicas tendem a minimizar, no momento da intervenção, os fenômenos da chamada subjetividade, ou então, tendem a controlá-los ou justificá-los por meio dos efeitos fisiológicos.

Os discursos dos sujeitos 6 e 9, embora revelem que eles tentam sistematizar os aspectos subjetivos que permeiam o atendimento, demonstram que eles, ao menos, reconhecem a influência desses fatores no percurso do tratamento. Isso já é um avanço, se comparado ao completo desinteresse de alguns profissionais por esses aspectos, como se pode observar no discurso da enfermeira 5, que diverge da postura dos profissionais de enfermagem, os quais estabelecem um cuidado próximo da integralidade, e converge com o posicionamento dos médicos que estão mais distantes desse tipo de cuidado:

“O pré-natal é feito no consultório, solicitamos os exames, sorologias, suplementação de ácido fólico e ferro e, quando necessário, encaminhamos para uma consulta especializada... aqui é a clínica mesmo.” (sujeito 5- enfermeira).

As concepções apreendidas, a partir das entrevistas, revelaram que a atenção à gestante está em processo de mudança. Já existem profissionais, principalmente enfermeiros, que buscam um cuidado integral a essa mulher, como também ainda existem profissionais, principalmente médicos, que estabelecem um padrão de relação comprometido com procedimentos baseados em etapas predeterminadas.

4.5. Oferta x Demanda na Atenção ao Pré-natal: situação revelada no cotidiano da produção do cuidado.

A quinta categoria analisada, **Oferta x demanda na atenção pré-natal: situação revelada no cotidiano da produção do cuidado**, analisa, a partir das entrevistas e do relato de um caso, como se desenvolve a oferta e a demanda no serviço de atenção pré-natal, observando como são atendidas as necessidades de saúde da usuária. Para isso, procurou-se verificar as condições socioeconômicas da unidade, o acesso aos procedimentos necessários, e a possível existência de estabelecimentos de uma relação baseada no acolhimento, no vínculo e na co-construção da autonomia.

Para que seja garantida a produção do cuidado integral e a garantia da resolubilidade nos serviços de saúde, é necessário analisar a questão da oferta e da demanda. A demanda nem sempre coincide com a necessidade do sujeito, ela é uma forma explícita e resumida de falar do que se está precisando. “As necessidades de saúde podem ser a busca de algum tipo de resposta para as más condições de vida que a pessoa viveu ou está vivendo” (CECÍLIO, 2001, p.116).

A demanda, segundo Cecílio (2001), é modelada pelo que o serviço oferece. Assim, para que seja assumida a integralidade do cuidado, é importante o esforço da equipe para desvendar as mais complexas necessidades dos usuários que vão além das demandas explícitas.

A demanda e a oferta também são afetadas pelas questões socioeconômicas e culturais da unidade e da população que a procura. Na entrevista 14, foi encontrado um trecho que confirma essa hipótese. O discurso da entrevistada

mostra a influência das condições socioeconômicas e culturais nas demandas apresentadas pela usuária no percurso da atenção pré-natal:

“... outra questão é que aqui é uma área de risco... tenho uma gestante que é uma profissional do sexo, é alcoólatra e ela tem o filho e dá, tem outro e dá, é incrível, todo o ano ela aparece aqui grávida... ela já teve umas oito gestações... ainda tem a questão das drogas que várias gestantes são usuárias de drogas... não possuem estudo, nem trabalho... o fator social é crítico” (sujeito 14 – enfermeira).

Nesse discurso, identifica-se a deficiência em desenvolver um trabalho social que garanta à usuária um apoio para o tratamento da dependência das drogas, como também que lhe possibilite um emprego e capacitação adequada para o desenvolvimento de suas competências. Isso pode ser, pois, um dos fatores que torna a usuária recorrente a um ciclo em que “tem um filho e dá” (sujeito 14).

Discorrendo sobre esse problema, Franco e Merhy (2005) conduz à reflexão sobre uma questão colocada por Baremblytt (1992), quando este afirma que a demanda por um serviço de saúde se constrói quando não há realização de certas necessidades por outros serviços.

Outro determinante que intervém na resolubilidade da dinâmica oferta e demanda é a acessibilidade. A acessibilidade está relacionada a aspectos geográficos (proximidade aos serviços), funcionais (qualidade, horário e oferta dos serviços), culturais (serviços inseridos na cultura da população) e econômicos (custos para o usuário) (TRAVASSOS; MARTINS, 2004), dessa forma, o acesso aos serviços de saúde está diretamente ligado às condições de vida, habitação, nutrição, educação e poder aquisitivo da população.

O médico entrevistado 4 corrobora com os autores que expõem que a proximidade entre a unidade básica e a moradia das usuárias facilita a continuidade da gestante no processo terapêutico:

“Facilita porque é perto de onde elas moram e como a gente conhece a mãe, a vó, então elas se entrosam muito, o que facilita o contato no posto de saúde, ela não é mais um paciente ela é a filha da Dona Maria. Temos dificuldade no serviço de referência por causa da fila de espera, quando é necessário um exame mais apurado. Existem algumas que mesmo tendo um acompanhamento em um serviço especializado elas continuam conosco” (sujeito 4 – médico).

Pode-se observar também, no trecho desse discurso, que a proximidade geográfica facilita a integração da gestante com os profissionais, pois oferece uma relação estabelecida com um maior grau de pessoalidade, proporcionando aos profissionais conhecer a família das mulheres e sua realidade cultural e econômica. O trecho ainda mostra que a construção desse vínculo (pessoalidade) faz com que a usuária demonstre preferência pelos serviços do PSF, se comparado a serviços especializados.

Caso não exista a inserção do profissional de saúde na realidade cultural da gestante, pode acontecer um choque de interesses. Pois, de um lado, haveria o profissional que solicitaria e informaria vários deveres à gestante e, de outro, a gestante que, com suas crenças em outros aspectos, não atentaria para aquilo que o profissional considera adequado para uma boa gestação, ocorrendo, portanto, uma falta de sintonia entre os dois no processo terapêutico.

Os discursos, a seguir, permitem a análise acerca da desarmonia na relação profissional-usuária. Pode-se identificar, a partir desses discursos, que existe uma dificuldade de associar os saberes e limitações da usuária ao entendimento, à aceitação e à negociação da terapêutica:

“Dificuldade é a população de baixa renda, pouca instrução, escuta muito os vizinhos, o que as pessoas leigas falam, não dão ouvidos ao que a gente orienta. Fui fazer uma visita a uma puerpera agora e ela tinha escutado tudo que a vizinha falou e não fez nada que eu tinha dito” (sujeito 7 – enfermeira).

“As pacientes acham que é besteira o que a gente fala, acho que toda mulher deveria encarar a gravidez como um momento especial, o grau de instrução delas dificulta muito, pois é muito baixo” (sujeito 9 – enfermeira).

Nesse sentido, é relevante que as necessidades dos sujeitos que estão “disfarçadas” como demandas sejam conhecidas, para que seja ofertado um cuidado em saúde que tenha um olhar atento para os modos de “andar a vida” de cada usuário. Segundo o Ministério da Saúde, os serviços de atenção neonatal devem ser pautados nas características essenciais de qualidade e de humanização. Os serviços e os profissionais de saúde devem oferecer um acolhimento com dignidade à mulher e ao recém-nascido, partindo do princípio de que a mulher e sua família constituem-se como sujeitos de direitos (BRASIL, 2005b).

Além do olhar atento às reais necessidades, é preciso estabelecer uma estrutura ambiental adequada, para que se possa conduzir um cuidado integral. A estrutura física da unidade e os materiais para os procedimentos básicos devem estar condizentes com uma assistência pré-natal adequada.

Em geral, segundo Brasil (2005b), na rotina do atendimento pré-natal é realizado anamnese e exame clínico-obstétrico, e solicitado exames laboratoriais, preferencialmente, no primeiro trimestre de gestação (tipagem sanguínea, hemoglobina e hematócrito, glicemia, sorologia para sífilis, hepatite B e toxoplasmose, exame qualitativo de urina, urocultura e testagem anti-HIV). No segundo trimestre, ocorre a repetição de exames alterados ou referentes às queixas e solicitação de teste de tolerância à glicose na 26ª semana de gestação (somente para aquelas com fatores de risco para o desenvolvimento de diabetes gestacional ou com glicemia alterada). No último trimestre, são novamente solicitados todos os exames realizados no primeiro trimestre.

Ainda segundo Brasil (2005b), nas consultas de pré-natal também devem ser realizadas: imunização contra o tétano neonatal; avaliação do estado nutricional, prevenção e tratamento de distúrbios nutricionais; prevenção e diagnóstico precoce do câncer de colo uterino e de mama; tratamento de intercorrências e detecção precoce de risco gestacional.

O desenvolvimento de todos os pontos acima requer um lugar adequado para realização dos mesmos. Entretanto, percebe-se que as entrevistas dos sujeitos 1, 2 e 14 apresentam quadros convergentes no que diz respeito à falta de adequação física para a assistência pré-natal e de instrumentos que não se apresentem falhos na execução dos procedimentos:

“A falta de condições financeiras para comprar vitaminas, às vezes, o posto não tem medicamento, a estrutura do posto é pequena, o sonar que está quebrado, o conserto é demorado, a cama não é adequada, é pequena” (sujeito 1 – médico).

“O que dificulta para mim é a falta de sala, espaço físico ruim, falta de cadeira, ao solicitar exames, às vezes, demora a marcar, demora a chegar, exames que estão falhando” (sujeito 2 – enfermeira).

“A prefeitura também... às vezes, tem gestante que não consegue consulta no seu posto... por não ter médico... então tentam se consultar em outro posto e são barrados... aqui “em off”, às vezes, a gente aceita gestante de outro lugar, o que a gente chama isso de barreira geográfica... acontece de gestante dar o endereço errado para ser atendida” (sujeito 14 – enfermeira).

Conforme Trad (2006), embora a equipe do PSF ofereça o diferencial de uma escuta paciente e interessada, a gentileza e a preocupação em transmitir bem as informações durante o atendimento, ou seja, as atitudes dos trabalhadores de saúde, por mais que sejam acolhedoras, não anulam a possibilidade de tal equipe, em algum momento, deparar-se com a impossibilidade de condições concretas para o atendimento das demandas.

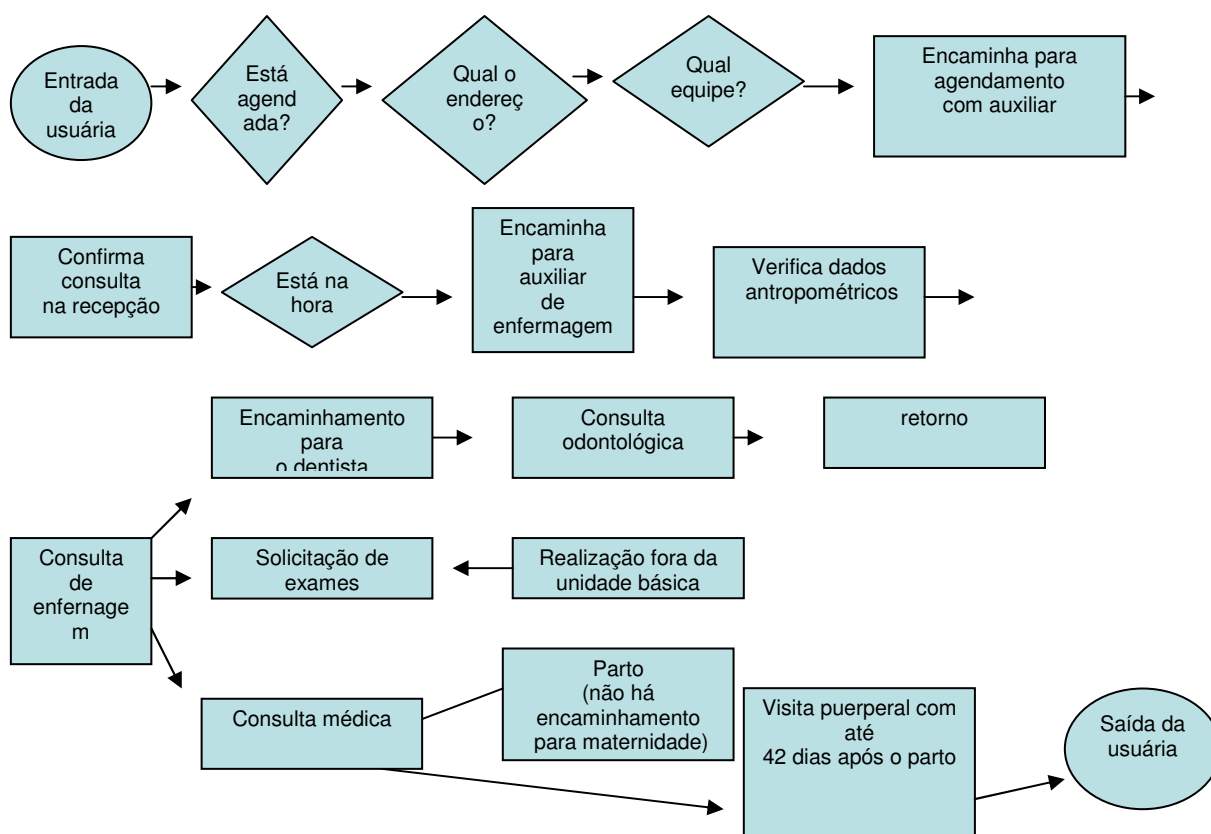
Como primar pelo princípio da integralidade do cuidado à gestante se não há nem as condições básicas de estrutura para o atendimento? Existem profissionais que divergem dos achados encontrados e consideram que, apesar das estruturas ambiental e material precárias, buscam espaço para a cobertura de um cuidado integral, utilizando-se da rede de cuidado em saúde que vai além da unidade em que se encontra, para possibilitar uma cobertura integral das necessidades da gestante.

“O que facilita é que Fortaleza tem uma rede de apoio, se for uma gestante com problema social nos encaminhamos para o CRAS, a gente tem o pessoal da regional que é muito presente na saúde da mulher, tem os centros de referências, as ofertas de exames, a suplementação de ferro, o posto de coleta é aqui na unidade” (sujeito 5 – enfermeira).

Apesar de alguns profissionais citarem as condições precárias para a atenção à gestante, nas unidades básicas pesquisadas, observa-se que a assistência pré-natal é algo de prioridade na organização dos processos de trabalho. Cada equipe do PSF separa um dia na semana para atender com exclusividade à mulher gestante.

Para melhor ilustrar a atenção ao pré-natal, far-se-á a discussão de um caso que busca acompanhar o processo terapêutico vivenciado por uma usuária durante seu período de gestação. O serviço de saúde utilizado foi uma unidade básica que é composta por apenas uma equipe de saúde da família, os outros profissionais que ali trabalham não fazem parte do PSF. Será apresentado, abaixo, o fluxograma da referida unidade, que mostrará como se organiza o processo de atenção no pré-natal, enfatizando o percurso feito pela gestante na unidade básica.

FLUXOGRAMA ANALISADOR DAS GESTANTES: O PERCURSO DE UMA MULHER GRÁVIDA NA UNIDADE BÁSICA



Na Descrição do fluxograma da Unidade Básica, observa-se que a entrada da usuária — acontece através da demanda espontânea; a recepção dirá qual a equipe de PSF lhe atenderá de acordo com sua área de cobertura; a partir de então, a auxiliar de enfermagem agenda a consulta; no dia da consulta, a gestante

passa na recepção para confirmar agendamento e, em seguida, vai à auxiliar de enfermagem (verifica peso, altura e pressão arterial); é, então, encaminhada para consulta de enfermagem, em que é feito o encaminhamento para o dentista e para a consulta médica, como também a solicitação de exames.

Para o atendimento odontológico, ela deve ir à auxiliar de odontologia para marcar sua consulta. Para realizar os exames, a gestante passa na recepção, marca o dia de realizá-los (os exames não são feitos na unidade) e recebe-os um mês após a realização. Na consulta médica, é solicitado o ultra-som (dirá o tempo correto da gestação). As consultas mensais serão alternadas entre o médico e a enfermeira. Quando já há uma proximidade do parto, a consulta passa a ser realizada a cada 15 dias ou, semanalmente, pelo médico. Na UB1, não há encaminhamento para maternidade e a visita puerperal acontece até 42 dias depois do parto, feita pelo médico e pela enfermeira.

No fluxograma UB1, o atendimento é burocratizado, exigindo esperas da gestante. Após a realização da consulta, a usuária volta à recepção ou à auxiliar para agendar os próximos encaminhamentos, o que torna demorado e cansativo para uma mulher gestante que, muitas vezes, precisa de repouso. Uma questão crítica é a realização dos exames, pois a unidade não possui um posto de coleta, então, a usuária tem que se deslocar para outro lugar para realizá-los. Um fator interessante é o fato de a enfermeira poder solicitar exames, o que em muitas unidades somente quem o faz são os médicos.

Nas entrevistas realizadas para elaboração do fluxograma, quando foi perguntado acerca das visitas puerperais, pôde-se perceber que há um outro nó crítico. As visitas puerperais, segundo os profissionais, deviam ser realizadas até o sétimo dia após o parto, entretanto, muitas vezes, ela acontece apenas com 42 dias depois. Os profissionais justificam a demora, dizendo que não há transporte suficiente e que a grande demanda de usuários para atendimento impede que eles saiam da unidade para ir até a casa das puérperas. Isso revela a falta de organização do processo de trabalho e a pouca disponibilidade para resolução de tal problema.

Ficou evidente que as demandas de serviços apresentadas pelas usuárias requerem modelos de atenção à saúde que, muitas vezes, não possuem similaridade com os modelos utilizados para o cuidado no pré-natal. Além de

constatada a predominância da burocratização no atendimento, vê-se o insuficiente quadro de profissionais para cobrir toda a demanda, o que leva a restringir algumas atividades, como a visita puerperal.

Com a finalidade de investigar com mais propriedade a produção do cuidado no pré-natal, foi escolhida uma usuária da unidade básica apresentada. Será analisado como ocorreu seu processo terapêutico e, a partir do que será percebido, será avaliado como se desenvolveu o acolhimento, o vínculo, a coresponsabilidade, a autonomia e a oferta – demanda presentes no caso.

O CASO “FLORA”

O relato que se segue ocorreu na unidade básica acima descrita. A usuária será nomeada aqui no estudo de “Flora”, pois em sua entrevista comentou que gostaria de possuir esse nome ou dá-lo a uma filha, o que não foi possível, já que seus filhos são do sexo masculino.

Flora é uma mulher de 20 anos que já está na terceira gestação. No tempo em que a entrevista foi realizada, seu terceiro filho tinha 1 mês de vida e é sobre o período em que essa criança foi gerada que se deterá a análise.

Antes de ter conhecimento de que estava grávida, Flora sofria de tuberculose e já recebia atendimento pela equipe do PSF. Neste período, o medicamento que tomava para se tratar da tuberculose cortou o efeito do anticoncepcional, o que, conforme ela relatou, foi o motivo de sua gravidez.

Ao descobrir que estava grávida, comunicou ao marido e à sogra. Ambos pediram para que ela abortasse, então, tentou por três vezes efetuar o ato com remédios caseiros, sem obter sucesso. Quando percebeu que não iria conseguir abortar, já com cinco meses de gestação, resolveu procurar a unidade básica para fazer o pré-natal, mesmo não querendo aquela gravidez.

Chegando à unidade, procurou a recepção e tentou marcar uma consulta pré-natal. Não houve nenhum acolhimento, apenas foi avisada do dia agendado para sua consulta. A consulta foi marcada para um médico da unidade que não fazia parte da equipe de PSF.

No dia de sua primeira consulta, fez a verificação de alguns dados: peso, altura, verificação da pressão sanguínea, entre outros, com uma auxiliar de enfermagem. Em seguida, passou em torno de 1 hora esperando seu atendimento. Flora conta que esse atendimento foi realizado por um médico que não lhe proporcionava a oportunidade de dizer o que estava acontecendo, simplesmente, prescrevia medicamentos e realizava procedimentos.

“Tem um médico aqui que é péssimo, me consultei com ele uma única vez nunca mais... ele nem olhava para mim... simplesmente passava remédios e eu não ficava boa... depois eu passei na cara dele... se ele tivesse feito meu pré-natal todinho eu tinha morrido”.

Flora, insatisfeita, foi à procura de outro médico que pudesse fazer seu pré-natal, então, resolveu tentar ser atendida pela equipe do PSF, aquela mesma equipe que a atendera, quando estava acometida por tuberculose. Conta que procurou essa equipe por já conhecer e admirar sua maneira de cuidar dos usuários.

“Procurei a médica que já conhecia... eu gostava dela como médica e amiga. Ela conversa, explica... olha, tem médico que não conversa só examina”.

Ao conseguir a consulta com os profissionais desejados, tem a oportunidade, já na primeira consulta, de começar a falar o que estava acontecendo na sua casa. Conta que já tentou provocar o aborto várias vezes e que isso lhe traz o temor de seu filho nascer com alguma deformação, então, pede à médica que solicite um ultra-som, o que foi atendido.

“A mãe do meu marido não fala comigo, ela não queria mais menino na casa dela, então não tinha para onde ir... tudo isso contei para “Dr^a K.” e ela pedia para que eu tivesse paciência”.

Nos exames realizados, a médica constatou a presença de toxoplasmose. Verificada a presença da infecção, Flora foi encaminhada para um infectologista para uma consulta.

Para a enfermeira da equipe de PSF aqui estudada, a toxoplasmose é algo que pode trazer muitas complicações à gravidez, podendo até causar má formação fetal. Tal fato foi utilizado para justificar a restrição de seu acompanhamento pré-natal somente pela médica. Dessa forma, não aconteceu a alternância entre uma consulta médica e outra de enfermagem, isso deixou Flora muito triste, já que gostava de conversar com a enfermeira da equipe.

Além da infecção, existia a presença da hipertensão, que aumentava mediante o excesso de trabalho a que Flora era exigida. Ela trabalhou durante toda a gravidez como empregada doméstica, o que fez aumentar o inchaço nas pernas. A equipe da unidade solicitou que a mesma deixasse de trabalhar ou tirasse uma licença, não sendo possível, já que não tinha carteira assinada e, no momento, precisava muito desse salário, pois seu marido estava desempregado. Somente foi possível que Flora se afastasse do trabalho, quando a enfermeira da equipe do PSF se comoveu com a situação da gestante e deu uma bicicleta a seu marido, assim, ele passou a vender desinfetantes em domicílio, ajudando na renda familiar.

Flora, em sua entrevista, ressaltou, repetidamente, a importância do vínculo com os profissionais da unidade e, principalmente, com a médica responsável pelo seu pré-natal. Ela disse estar muito grata por sua atenção, conselhos e escuta.

“Se eu não tivesse possibilidade de falar tudo que eu estava passando eu ia morrer engasgada. Eu não podia falar nada em casa, não podia falar com os vizinhos... porque nenhum presta... são fofoqueiros. Prefiro conversar com o médico, enfermeiro..eles me dão conselhos certos”.

“O meu relacionamento com a médica e com a enfermeira foi ótimo, ela olhava como tava o bebê e conversava comigo...”

O vínculo com os profissionais de saúde da unidade foi, segundo Flora, uma forma de compensar a rejeição de seu marido, que passou os 7 meses da gravidez pressionando-a para realizar o aborto ou entregar a criança para outra pessoa criar ao nascer. Conta que seu período de gestação foi tranquilo, não havendo muitas complicações fisiológicas, entretanto, fala que a maior dificuldade sentida foi em sua “cabeça” devido à rejeição de seu marido.

“... meu marido tinha entojado de mim, ele não queria nem olhar para minha cara, eu não tinha família, vim ter contato com minha mãe há pouco tempo... não fui criada por ela, então, tive que agüentar tudo... não tinha para onde ir...”

“Tive tanta raiva, Deus foi muito bom por não ter tirado meu filho... passei todo o tempo da gravidez chorando... chorava direto por causa do meu marido... foi os piores meses de minha vida. A sorte foi ter o pessoal do posto, não esperei muito para fazer exames... tive muita sorte.”

“Não tive nenhuma complicação... só quem teve enjoado de mim foi meu marido, não tive anemia, foi tudo normal... o problema foi em casa que afetou minha cabeça.”

O acesso aos serviços, conforme Flora, foi satisfatório. Ela conta que sempre foi atendida e que teve a possibilidade de fazer todos os tipos de exames, incluindo prevenção e ultra-som. Entretanto, uma de suas respostas diz que, geralmente, esperava em torno de 1 hora ou 1 hora e meia para ser atendida e a consulta demorava, no máximo, 30 minutos.

Foi perguntado à usuária a respeito da preparação para o parto. Buscou-se saber se foi explicado o que iria acontecer. Ela disse que não foi explicado nada, talvez, por não ser sua primeira gravidez, pensaram que não teria dúvidas. No entanto, no seu relato, vê-se que, no pré-parto, sofreu bastante, pensando na dor que iria sentir, como também na fantasia de que o bebê nasceria deformado.

“Antes do parto tinha medo de passar a dor de novo, mas assim que chegou lá tive logo. Já tive dois partos, mesmo assim, continuava com medo do que poderia acontecer, imaginei que ele nasceria com alguma deformação devido o remédio para abortar que tomei...”.

A própria usuária procurou uma maternidade, não teve nenhum encaminhamento, ela ainda ressalta que não sabia que poderia ter um acompanhante. Foi-lhe perguntado quem ela teria convidado se soubesse desse direito de possuir um acompanhante. Ela prontamente respondeu: “A Dr^a K”. Isso mostra o elo que existia entre a médica e a usuária. Então, foi perguntado por que ela gostava tanto da “Dr^a K.”, ela respondeu: “ela não é esnobe”.

Flora relatou que não foi possível a equipe fazer visitas puerperais em sua residência. Ela contou que, na época, não estava havendo visitas, então, a usuária teve que se deslocar até a unidade para que a consulta ocorresse. Na coordenação da unidade, foi informado que, nesse período, a unidade estava sem transporte que possibilitasse o deslocamento da equipe até a casa das famílias.

Análise dos discursos do caso “Flora”

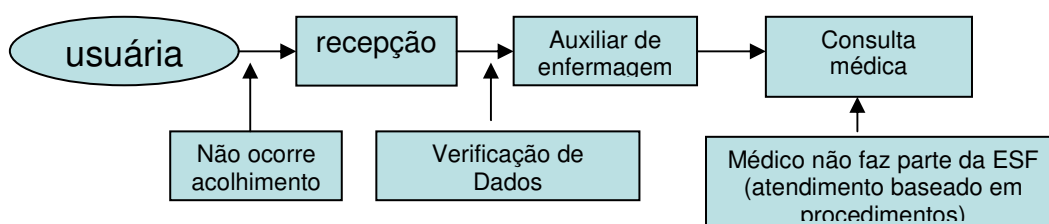
No caso relatado acima, identificam-se vários aspectos que já foram discutidos no discurso dos profissionais, como acolhimento, vínculo, oferta e demanda, autonomia, fatores psicossociais e econômicos, rede de escuta e acesso; agora, busca-se analisar o processo de produção do cuidado integral na atenção

pré-natal através da entrevista realizada com a usuária Flora. A entrevista aconteceu com 1 mês após o parto.

O primeiro aspecto a ser ressaltado é a extrema influência dos determinantes psicossociais no desenvolvimento da gestação. A usuária repete, constantemente, em seu discurso, a dificuldade de sua gestação devido à não aceitação de seu marido, o que a leva a tentar abortar e a procurar, tardiamente, o pré-natal.

No entanto, divergindo com a necessidade de um cuidado integral que respeitasse a singularidade de sua situação, o que a usuária encontra na unidade básica é a falta de acolhimento, a demora para ser atendida e, quando atendida, a priorização dos procedimentos sem um diálogo. Infere-se que o primeiro médico a atendê-la não fazia parte da equipe de Saúde da Família.

Nesse sentido, Franco e Magalhães Júnior (2007) colocam que o processo de trabalho, nesse caso, é voltado ao modelo assistencial médico hegemônico, em que se tem a utilização exclusiva de tecnologias duras e leve-duras em detrimento de uma produção de saúde baseada no cuidado integral que prioriza as tecnologias leves (das relações).



A situação provocada pelo processo de trabalho do médico, de não acolher de forma integral às demandas da usuária, gerou nela insatisfação e a levou a solicitar uma troca de profissionais. Em tal ocorrência vê-se a autonomia da usuária, pois ela faz valer seu direito de escolher o profissional por quem deseja ser atendida. A liberdade de Flora de se queixar e procurar uma mudança foi ancorada na confiança do seu bom relacionamento com os trabalhadores do posto, como também na certeza de que seria bem atendida por outra equipe (essa do PSF) que já havia lhe acompanhado.

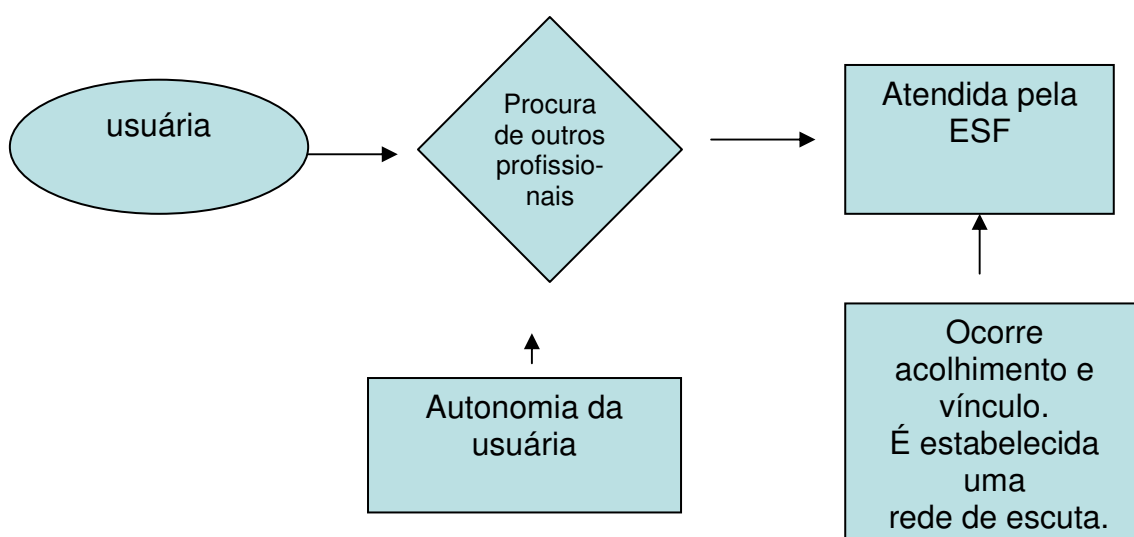
A atitude de Flora corrobora com os elementos apresentados por Trad como essenciais para que se tenha uma atenção básica: confiança e longitudinalidade. Foi a partir desses elementos que Flora reconheceu nos trabalhadores da equipe do PSF a disponibilidade e a permanência de uma fonte segura de atenção para seus sofrimentos.

Flora consegue ter seu acompanhamento pré-natal realizado pela equipe de Saúde da Família. Nela é estabelecida uma rede de escuta entre os profissionais e a usuária. Logo no primeiro encontro, ela tem a possibilidade de colocar as várias dificuldades presentes na sua vida, o que demonstra ter havido o acolhimento.

O acolhimento proporcionado pela ESF possibilitou a construção do vínculo de Flora com os profissionais. Eles articularam um trabalho em saúde que unia as intervenções técnicas com as subjetivas, isso permitiu a abertura do diálogo e serviu como suporte para o sofrimento vivenciado pela gestante em sua casa. O achado converge para o que Franco et al (2007) defendem sobre intervenção resolutiva; ela ocorre em um processo de produção de saúde usuário-centrado, em que a importância de acolher e vincular seja reconhecida.

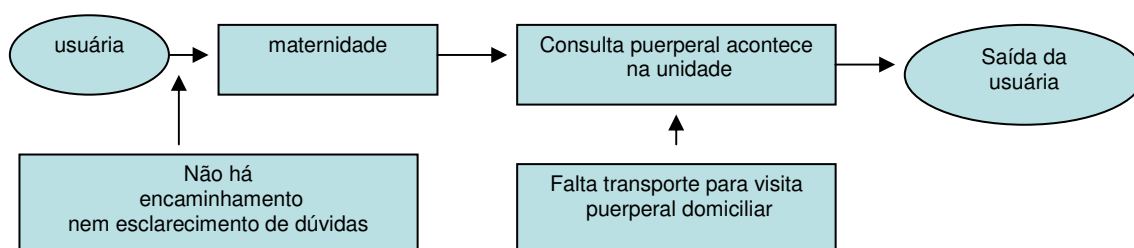
No entanto, divergente do que é defendido por Franco et al., o primeiro médico procurado pela gestante explicava os sintomas da gravidez, sem uma escuta, sem reconhecer a angústia e a ansiedade da usuária, deixando de perceber e interpretar os fatores que, efetivamente, faziam Flora sofrer. Já a ESF soube desenvolver um cuidado que entendia a usuária com sujeito de sua própria jornada, assim, possibilitava a co-responsabilidade por sua saúde.

A co-responsabilidade e o vínculo são fortemente evidenciados quando a enfermeira, sabendo da situação financeira da família, busca um meio para ajudá-la, cedendo uma bicicleta para o uso da família na venda de desinfetantes. Interpreta-se tal fato como um cuidado que vai além do consultório para o contexto socioeconômico da usuária.



Também é evidenciada, no discurso de Flora, a facilidade do acesso aos serviços ofertados, como prevenção, ultra-som e outros exames. No entanto, para realização de cada exame, ela esperou em torno de 1 hora, o que para uma mulher grávida é um tempo de espera muito longo.

Outro fator a ser ressaltado é a falta de preparação para o parto e puerpério. Não há informação adequada sobre o que vai ocorrer, não são dadas informações acerca do direito de um acompanhante na hora do parto, não há um encaminhamento para a maternidade e, ainda, não há visita puerperal domiciliar por falta de transporte na unidade. Isso estimula a elaboração de medos e fantasias com relação ao desconhecido.



Pode-se perceber, a partir das análises feitas nesse estudo, que a ESF está caminhando para um cuidado ampliado em saúde. Faz-se necessário

considerar, porém, que ainda faltam aspectos importantes para o estabelecimento desse cuidado. Conforme Campos (2007), para se atingir uma prática compartilhada do trabalho em saúde, é imprescindível a ampliação do poder do usuário no cotidiano dos serviços, como valorizar e possibilitar a presença de um acompanhante sempre que possível, assegurar o acesso às informações e considerar a capacidade de autocuidado como indicador de eficácia da atenção.

CONSIDERAÇÕES FINAIS E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O contato com a vivência cotidiana das unidades básicas, as entrevistas e as observações do processo de trabalho, principalmente das relações subjetivas nele existentes permitiram o surgimento de interpretações e de significados que buscavam compreender a produção do cuidado integral às gestantes pelos profissionais do PSF de Fortaleza. No entanto, é sabido que a interpretação desenvolvida nesse trabalho constitui uma das possibilidades possíveis de entendimento do texto produzido. A partir dos dados empíricos, esse mesmo texto pode ser interpretado e significado de diversas formas, e nenhuma delas têm o valor da verdade “absoluta”.

A interpretação do texto das entrevistas realizadas sugere que a atenção pré-natal, desenvolvida no contexto do PSF, ainda se encontra em processo de transição para a lógica que orienta o SUS, considerado o foco da integralidade no cuidado em saúde.

Nessa perspectiva, os relatos das entrevistas fornecem subsídio para identificar que a produção do cuidado à gestante ainda está desenvolvida com base numa orientação predominantemente médica, centrada no procedimento, uma vez que foi recorrente nos discursos, a valorização do uso de exames em detrimento do diálogo com a usuária.

Tal valorização foi evidenciada no contexto das consultas pré-natais, os profissionais ao priorizarem os procedimentos em detrimento do espaço de escuta e de diálogos, deixavam de colaborar no suporte psicossocial da mulher gestante, que nessa fase gestacional, enfrenta diversas mudanças. Talvez pela pouca valorização da escuta, observa-se que é mínima a participação da mulher nos espaços de poder e de decisão, que deveriam ser estimulados durante o processo terapêutico.

No entanto, tal fato foi mais identificado na prática médica que, além de priorizar exames, impõe seu saber às usuárias, ao direcionarem suas ações sem a possibilidade de haver uma negociação com o saber da usuária. A relação entre o médico e a gestante é mediada pela tecnologia leve-dura e dura, sendo evidente a dificuldade de lidar com a autonomia da usuária.

O processo de trabalho do profissional médico também apresenta dificuldade para interagir na equipe multidisciplinar, o que fortalece, no exercício do fazer cotidiano, o paradigma da figura do médico como individual e tecnicista. Além disso, é reconhecida, entre muitos enfermeiros, a pouca co-responsabilidade dos médicos pelo cuidado com a gestante.

O profissional da enfermagem já apresenta uma atenção à gestante mais próxima do cuidado integral. Em sua prática verifica-se a relevância dada às questões subjetivas da gestante, como também um cuidado em incluir, no seu diálogo com a mulher, questões que estejam inseridas na realidade sócio-econômica dela.

Nesse sentido, os resultados apontaram o alcance da construção autonomia da usuária, no processo terapêutico, realizado pelos enfermeiros. Apesar de acontecer, muitas vezes, de forma incipiente, esse alcance ficou restrito ao estímulo do auto-cuidado. Identificou-se, também, que esta autonomia é construída a partir da escuta à usuária, ou seja, é na rede de escuta que emerge o sujeito como co-responsável pelo seu cuidado.

De acordo com os resultados apresentados, pode-se compreender que as concepções de cuidado integral surgidas estão intimamente articuladas com a prática de atenção ao pré-natal, desenvolvida pelos profissionais: o cuidado tecnicista, baseado no modelo médico centrado tem proximidade com a concepção dos profissionais médicos e; o cuidado, que prima pela integralidade, com os

dispositivos do acolhimento, do vínculo, da co-responsabilidade e da autonomia do sujeito, tem semelhança com o apresentado pelos profissionais da enfermagem.

Com este estudo, algumas considerações sobre a oferta e a demanda da atenção pré-natal foram produzidas, através de um relato de caso. Nesse relato, revelou-se que a equipe de saúde da família apresenta um forte vínculo com a usuária, o que facilita seu percurso no tratamento. Entretanto, algumas dificuldades foram evidentes, como: longo tempo de espera para consultas e exames, falta de informação e preparo para o parto e a não existência da visita puerperal.

Nessa perspectiva, conclui-se que há necessidade de se rediscutir a organização do serviço para que todos os indivíduos tenham acesso ao que é previsto em seu direito. Faz-se necessário ainda, mecanismo que motivem os profissionais a se envolverem nas reais necessidades das usuárias, na possibilidade de elas serem sujeitos autônomos, protagonistas de seu cuidado.

Como qualquer estudo realizado, este também apresentou diversas limitações, que não desqualificaram o desenvolvimento da pesquisa. Entretanto, para futuros estudos, sobre a produção do cuidado no pré-natal, é interessante ampliar os sujeitos do estudo, de modo a incluir os trabalhadores de saúde, que tem extrema relevância no cuidado integral à gestante.

Finalmente, conclui-se temporariamente a pesquisa, na observância de que todo conhecimento é processual e provisório, pois, o trabalho continua sendo construído e modificado no caminhar dos sujeitos sociais. Os dados estão colocados à disposição para futuras análises, desde que seja respeitado o princípio da ética da pesquisa com seres humanos. Esses dados também ficarão disponíveis para serem utilizados em discussão no PSF.

REFERÊNCIAS

- ANDRADE, F.M. O. **O programa de saúde da família no Ceará**: uma análise de sua estrutura e funcionamento. Fortaleza, 1998.
- AYRES, J. R. Hermenêutica e humanização das práticas de saúde. **Ciência & saúde coletiva**, v. 10, nº 3, p. 549-560, 2005.
- AYRES, J.R.C.M. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, S. F. (Org.) **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- . Cuidado: tecnologia ou sabedoria prática? **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, fev. 2000.
- BAREMBLITT, G. **Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática**. 4ªed. Rio de Janeiro: Record: Rosa dos Tempos, 1998.
- BEAUVOIR, S. **O Segundo Sexo**; tradução de Sérgio Milliet. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1980.
- BENIGMA, M. J. C.; NASCIMENTO, Wezila Gonçalves. Pré-natal no programa saúde da família (PSF): com a palavra, os enfermeiros. **Cogitare Enfermagem**. v. 9, n. 2, Curitiba, julho/dezembro 2004, p.23-31.
- BOARETTO, M.C. **Avaliação da política de humanização ao parto e nascimento no município do Rio de Janeiro**, 2003. Dissertação de mestrado, Rio de Janeiro: Escola de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, 2003.
- BONADIO, I. C; TSUNECHIRO, M. A. A gestante no pré-natal: paciente ou agente? In: **Revista de atenção primária saúde**. v. 2, n. 6, Juiz de Fora 2000, p. 20-23.
- BIRMAM, J. **Feminilidades**. Rio de Janeiro: Contracapa, 2002.
- BRASIL, Ministério da saúde. **PAISM. Programa de assistência integral a saúde da mulher**. Brasília: Centro de documentação do ministério da saúde, 1984.
- BRASIL, Ministério da saúde. **Programa de humanização no pré-natal e nascimento**. Brasília: Secretária de políticas de saúde, 2000a.

BRASIL, Ministério da saúde. **Assistência pré-natal**: manual técnico. 3ª ed. Brasília: Secretária de Políticas de Saúde; 2000b.

BRASIL, Ministério da saúde. **Normas operacionais da assistência à saúde**. Brasília, 2001.

BRASIL, Ministério da saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da saúde, 2004.

BUBER, M. **Do diálogo e do dialógico**. São Paulo: Perspectiva, 1982.

CAMPOS, G. W. S. Considerações sobre a arte e a ciência da mudança: revoluções das coisas e reforma das pessoas. O caso saúde. In: CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: HUCITEC, 1994.

-----, **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: Hucitec, 2000.

-----, Clínica e saúde coletiva compartilhadas: teoria paidéia e reformulação ampliada do trabalho em saúde. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAMPOS, G.W.S. **Um método para análise e co-gestão de coletivos**. São Paulo: HUCITEC, 2007.

CAMPOS ONOCKO, R. T; CAMPOS, G. W. de S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M.; et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados e saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

CAPRARA, A. ; VERAS, S. . Hermenêutica e Narrativa: A experiência de mães de crianças com Epidermólise Bolhosa Congênita. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 131-146, 2005.

CAVALCANTE, C.M. **Relações interpessoais na atenção à saúde mental de crianças residentes em lares substitutos**. 2006. 193f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Pública)- Centro de Ciências da Saúde- Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2006.

CECILIO, L.C.O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2001.

COSTA, J. F. **Ordem médica e norma familiar**. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

CUNHA, G. T. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Hucitec, 2005.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas, 1989.

FAVORETO, C.A.O. A velha e renovada clínica dirigida à produção de um cuidado integral em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2006.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. A produção imaginária da demanda e o processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. **Construção Social da Demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ: ABRASCO, 2005.

FRANCO, T. B; MERHY, E. E. Programa de saúde da família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E; et. al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano: o debate no campo da saúde coletiva**. 4ed. São Paulo: Hucitec, 2007.

FORGHIERI, Y. C. (Org.) **Fenomenologia e Psicologia**. São Paulo: Cortez, 1984. v. 1.

GEANELLOS, R. **Hermeneutic Philosophy**. Part I: implications of its use as methodology in interpretive nursing research. *Nurs. Inq.* Melbourne, v.5, 154-163, 1998.

------. **Exploring Ricoueurs hermeneutic theory of interpretation as a method of analyzing research texts**. *Nurs. Inq.*, v. 7, 112-119, 2000.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. **Micropolítica. Cartografias do Desejo**. Petrópolis: Vozes, 1986.

IPLANCE. **Ceará mulher**, ano 2, n.1, 1997.

LACAN, J. O avesso da psicanálise. In: **O seminário, livro 17**. 1970.

LACERDA, A.; VALLA, V. V. As práticas terapêuticas de cuidado integral à saúde como proposta para aliviar o sofrimento. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2006.

LANDERDAHL, M. C.; CABRAL, F. B.; RESSEL, L. B.; et al. A percepção de mulheres sobre atenção pré-natal em uma unidade básica de saúde. **Esc. Anna Nery Revista de Enfermagem**. v. 11, n. 1, Rio de Janeiro, março 2007, p. 105-111.

LOPES, G.T; PORTELLA, V.B; PAES, T.O; SILVA, E.C.V. A enfermeira e o cuidado de enfermagem no pré-natal. **Revista de enfermagem no pré-natal**. Rio de Janeiro, v. 9, n.2, maio/ago, p. 152-162, 2001.

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

------. Cuidado prudente para uma vida decente. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2006.

MARCON, S.S. "Flashes" de como as gestantes percebem a assistência pré-natal em um hospital universitário. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v. 5, n. 4, Ribeirão Preto, out, 1997.

MERHY, E. E. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.

------. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de portas abertas para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECILIO,

Luis Carlos de Oliveira (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1997.

MOLON, S. I. **Subjetividade e constituição do sujeito em Vygotsky**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da Gravidez**. Petrópolis: Vozes, 1997.

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

MOURA, C. F. S.; LOPES, C.F.S. Acompanhamento pré-natal realizado por enfermeiras obstetras: representação das gestantes. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 11, n.2, maio/ago, p. 165-170, 2003.

NERY, T. A; TOCANTINS, F.R. O enfermeiro e a consulta pré-natal: o significado da ação de assistir a gestante. **Revista de enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p.87-92, 2006.

PEDUZZI, M.; PALMA, J.J.L. **Equipe multiprofissional de saúde: a interface entre o trabalho e integração**. 1998. 254f. Tese (Doutorado em saúde coletiva) Faculdade de Ciências Médicas da Universidade de Campinas. Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. Trabalho em equipe de saúde no horizonte normativo da integralidade, do cuidado e da democratização das relações de trabalho. In. ROSENIR, P., MATTOS, R. A., BARROS, M.E.B. **Trabalho em equipe sob o eixo da integralidade: valores, saberes e prática**. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: CEPESC: ABRASCO, 2007.

PREFEITURA DE FORTALEZA. Área técnica da saúde da mulher e gênero. In: **Relatório de gestão de 2006**. Fortaleza, 2006.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS. Ruben Araújo (Orgs.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ, ABRASCO, 2006.

PINHEIRO, R.; LUZ, M.T. Práticas eficazes x modelos ideais: ação e pensamento na construção da integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

ROSEN, G. **Uma história de saúde pública**. Tradução por Marcos Fernando da Sílvia Moreira. Rio de Janeiro: Hucitec. 1993.

RODRIGUES, A. Á. A. O; ASSIS, M. M. A. Oferta e demanda na atenção à saúde bucal: o processo de trabalho no PSF de Alagoinhas-BA. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador-BA, v. 29, n. 2, p. 273-285, 2005.

-----, A. Á. A. O. Construção de sujeitos, saberes e práticas na saúde bucal de Alagoinhas-BA: o trabalho cotidiano no Programa de Saúde da Família. 2005. 234f. Dissertação (Mestrado Acadêmico em Saúde Coletiva)- Universidade Estadual de Feira de Santana, 2005.

ROCHA, A. M. M. P.; CRUZ, M. E. C. Significado do pré-natal para as gestantes das unidades básicas de saúde no município de Fortaleza-CE. In: ALMEIDA, Maria Irismar; NOBREGA-THERRIEN, Sílvia Maria. **Temas em saúde da família: práticas e pesquisas**. Fortaleza:UECE, 2005.

RIOS, C.T.F; VIEIRA, N.F.C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**. v. 12, n.2, Rio de Janeiro, mar./abr. 2007.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 1999.

RICOEUR, P. **Teoria da interpretação**. Lisboa, 1987.

----- . **From text to action: essays in hermeneutics II**. London: The Athlone Press, 1991.

----- . **Hermeneutics and the human sciences**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995.

----- . **Narratividade, fenomenologia y hermenêutica**. Análisi, 25, 189-207, 2000;

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A. Rede de relações dos protagonistas da prática de saúde bucal no Programa Saúde da Família de Alagoinhas-BA. **Revista baiana de saúde pública**, Salvador-BA, v. 29, n. 2, p. 313-325, 2005.

SANTOS, A. M. dos ; ASSIS, M. M. A. Da fragmentação à integralidade: construindo e (des)construindo a prática de saúde bucal no Programa de Saúde da Família (PSF) de Alagoinhas, BA. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 1, p. 53-61, 2006.

SANTOS, A. M; ASSIS, M. M. A; NASCIMENTO, M. A. A; JORGE, M. S. B. Vínculo e autonomia na prática de saúde bucal no programa saúde da família. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 3, 1-9, 2008.

SCHRAIBER, L.B; PEDUZZI, M; NEMES, M.T.B; Castanhera E.R.L; Kon, R. Planejamento, gestão e avaliação em saúde: identificando problemas. **Ciência e Saúde Coletiva**. v.4, 221-42, 1999.

SERRUYA; S. J; CECATTI, J; LAGO, T. G. O. O programa de humanização do pré-natal e nascimento do Ministério da Saúde no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 1281-1289, 2004.

SODRÉ, O. **Contribuição da fenomenologia hermenêutica para a psicologia social**. Psicologia USP, 15 (3), 55-80, 2004.

SILVA JUNIOR, A. G. **Modelos tecnicoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SILVA JUNIOR, A. G; ALVES, C. A; ALVES, M. G. M. Entre tramas e redes: cuidado e integralidade. In: PINHEIRO, R., MATTOS, R. A. **Construção social da demanda**. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2005.

SILVA, R. V. B. da ; STELET, B. P. ; PINHEIRO, R. ; GUIZARDI, F. L. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: Roseni Pinheiro; Ruben Araujo Mattos. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec - IMS - Abrasco, 2004, v. 1, p. 75-90.

Silva JUNIOR, A.G., MASCARENHAS, M.T.M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: Roseni P.; MATTOS, R.A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec - IMS - Abrasco, 2004.

TESTA, M. **Pensar em saúde**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

TEXEIRA, R.R. O acolhimento num serviço de saúde entendido como uma rede de conversações. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R.A. **Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO, 2003.

TRAD, L.A.B. Humanização do encontro com a usuária no contexto da atenção básica. In: DESLANDE, S.F. **Humanização dos cuidados em saúde: conceito, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006.

XAVIER, D. et al. Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral in: **Mulher, saúde e sociedade no Brasil**. Petrópolis: Vozes, 1998.

APÊNDICE A – Roteiro de entrevista

I- Dados de identificação

1. Codificação
2. Idade (anos)
3. Formação profissional
4. Pós-graduação: não () ou sim (). Qual?
5. Tempo de formado (anos):
6. Tempo de atuação no PSF:
7. Instituição onde atua:
8. Tempo de atuação na instituição:
9. Vínculo empregatício:

II- Questões sobre o cuidado no pré-natal

1. Você poderia falar sobre a dinâmica do cuidado no pré-natal.
2. Como se dá sua relação com a gestante no atendimento pré-natal?
3. Fale sobre o que facilita/dificulta o cuidado integral e autonomia da gestante.

4. Fale sobre a sua compreensão de autonomia da gestante durante o pré-natal.

APÊNDICE B - Roteiro de Observação Sistemática

Elementos orientadores

1. Relação entre os profissionais e as usuárias do serviço
2. Processo terapêutico no cuidado integral:
 - Acolhimento;
 - Oferta de serviço/acesso;
 - Atendimento a demanda;
 - Responsabilização/ autonomia;
 - Resolubilidade.

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido dos Profissionais de Saúde (médico e enfermeiro)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

PESQUISA: Produção do cuidado (des)integral na atenção pré-natal.



TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Profissionais de saúde)

O estudo pretende contribuir para a discussão sobre o cuidado integral no pré-natal. A compreensão das concepções de cuidado à gestante dos profissionais de saúde do PSF, norteará uma discussão sobre como a autonomia da usuária está sendo encorajada pela equipe de pré-natal no processo de produção do cuidado integral em saúde.

A pesquisa tem como objetivos: 1. Compreender a produção do cuidado integral às gestantes assistidas pelos profissionais do PSF de Fortaleza; 2. Aprender as concepções de cuidado integral às gestantes formuladas pelos profissionais do PSF de Fortaleza; 3. Discutir sobre a rede de escuta estabelecida entre o profissional do PSF e a usuária para o processo de construção de autonomia desta durante a atenção pré-natal; 4. Descrever a dinâmica da oferta x demanda da atenção pré-natal no PSF de Fortaleza.

A pesquisa utilizará os seguintes métodos: a observação sistemática das práticas e a entrevista semi-estruturada.

Garante-se que a pesquisa não trará prejuízo na qualidade e condição de vida e trabalho dos participantes, salientando que as informações serão sigilosas e que não haverá divulgação personalizada.

Os dados e as informações coletadas serão utilizados para compor os resultados da investigação, os quais serão publicados em periódicos e apresentados em eventos científicos, além de proporcionar benefícios para ampliar a visão dos gestores da saúde, a fim de criar políticas públicas que melhorem a qualidade dos serviços.

Todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida acerca da pesquisa e a liberdade de retirar o consentimento a qualquer momento da pesquisa. Coordenadora da pesquisa: **Renata Alves Albuquerque. Telefones: (085) 32142529/88043124.**

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do Participante:

Assinatura do Pesquisador:

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ



PESQUISA: Produção do cuidado (des)integral na atenção pré-natal

Eu, _____, aceito participar da pesquisa:
Produção do cuidado (des)integral na atenção pré-natal, de forma livre e esclarecida.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura /Rubrica do Participante: _____

Assinatura do Pesquisador:

