

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

*O processo de trabalho das enfermeiras na
assistência pré-natal da rede básica de saúde do
município de Ribeirão Preto.*

*Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo,
para obtenção do título de Doutora em
Enfermagem no Programa de Pós-Graduação
Enfermagem em Saúde Pública.*

*Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da
mulher no ciclo vital.*

Orientadora: Maria José Clapis

Adriana Mafra Brienza

Ribeirão Preto

2005

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Ficha Catalográfica

Brienza, Adriana Mafra

O processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto. Ribeirão Preto, 2005.

168 p: il; 30 cm.

Tese de Doutorado apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP-Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública.

Orientadora: Clapis, Maria José

1-Cuidados integrais de saúde 2-Cuidado pré-natal 3- Enfermagem.

Folha de Aprovação

Adriana Mafra Brienza

O processo de trabalho das enfermeiras na assistência ao pré-natal da rede básica de Saúde de Ribeirão Preto.

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Doutora em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no ciclo vital.

Aprovada em :

Banca Examinadora

Profa. Dra. Maria Jose Clappis

Julgamento..... Assinatura.....

Profa. Dra. Marli Vilela Mamede

Julgamento..... Assinatura.....

Profa. Dra. Maria Jose Bistafa Pereira

Julgamento..... Assinatura.....

Profa. Dra. Maria do Carmo G. G. Caccia Bava

Julgamento..... Assinatura.....

Profa. Dra. Isabel Cristina Bonadio

Julgamento..... Assinatura.....

Dedicatória

À minha querida família: Jorge, Júlia e André, com vocês vivo uma oportunidade de transformação e de busca por um sentido. Agradeço o convívio e o compartilhar das nossas diferenças.

À equipe do Centro de Escola da Vila Tibério, dedico esta pesquisa para o meu grupo, o qual me alegra, me emociona e me abre oportunidades para o emprego, profissão e a alegria de estar inserida na saúde pública.

Vocês me encantam...

Aos queridos usuários do SUS e amigos que se apropriam do meu trabalho para emprestar muitas vezes possibilidades de caminhos para os meus dias. Com vocês tenho apreendido o sentido da convivência e do trabalho.

À oportunidade do exercício da docência, laboratório para execução de outros papéis, oportunidade viva de desdobramento do meu trabalho prático e da divulgação do SUS e seus princípios.

À orientadora Profa. Dra. Maria José Clapis a qual acolheu o meu projeto e acreditou no caminho do processo do trabalho. Agradeço o apoio e o incentivo para trilhar um novo conhecimento, orientando-me no mestrado e agora no doutorado. Obrigada pela paciência e pelo acolhimento nos meus momentos de ansiedade. Agradeço também a Marialina por dividir o tempo de convívio familiar comigo. Agradeço por estarem mais próximas e por disponibilizarem uma nova construção de amizade.

À Escola De enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo a qual me ofereceu oportunidades para construção de um novo conhecimento.

Agradecimentos

À minha primeira família, berço da minha formação, pelo apoio e pela condução que me ajuda em todos os momentos, especialmente nos mais difíceis. Obrigada pela encaminhamento do trabalho.

À Da. Geralda por mais uma vez estar dividindo as tarefas de casa, obrigada pela paciência nos momentos que eu não tenho tempo. Obrigada.

À Dra. Beatriz, pelos desdobramentos do nosso trabalho...você me ajudou a ter mais coragem.

À amiga Trude R. C. Franceschini que me apresentou um novo trabalho na Vila Tibério. Você tem compartilhado minhas decisões, meu coração, me ofertando a oportunidade do "novo". Admiro seu jeito de "andar na vida". Agradeço a amizade do Dr.Silvio, Pedro e Ana Beatriz.

Ao Dr. Pedro Luiz Borsatto, Juliana e Letícia Borsatto, só tenho flores para vocês. Agradeço a alegria e a leveza proporcionada pela nossa relação, "encontro". Agradeço ao Pedro pelo compartilhar nos trabalhos de grupo, o empenho foi extensão do nosso projeto de trabalho .

Ao grupo de enfermagem da Vila Tibério, Jô, Marisa, Neuza, Ivete e a Marta que continua perto. Obrigada pelo apoio, amizade e convivência. É muito bom chegar na Unidade e encontrar vocês. Vocês têm a minha amizade e o meu amor.

À Izilda "Fofa" e a Lourdes "Maria" do CSE Vila Tibério, exemplos de esperança e alegria. É bom estar com vocês.

Ao grupo da Saúde da Família, o qual despertou conflitos, soluções e acima de tudo a filosofia de um programa aberto à criatividade. Obrigada.

À amiga Maria José Bistafa Pereira, pelas considerações e acima de tudo pela solidariedade de muitos momentos inclusive os menos tranquilos. Você me ajuda a refletir. Agradeço também a solidariedade do Paulo e dos seus filhos.

À Profa. Dra. Maria Do Carmo C. Bava, pela oportunidade de uma nova aproximação. Obrigada pelas considerações e pelos momentos presentes no CSE Vila Tibério.

À Profa. Dra. Marli Vilela Mamede, pelas considerações e atenção no momento da pré-banca.

À Profa. Dra. Isabel Cristina Bonadio, que mesmo de longe trouxe colaborações importantes para o "*trabalho*" de Ribeirão Preto. Eu não esqueci de você.

À Profa. Dra. Silvana Martins Mishima, a qual tem estado presente em muitos projetos da minha vida. Sou eternamente grata por ter me apresentado a porta de um novo caminho. Você tem o meu carinho e admiração!

À Profa. Dra. Eliete M. Silva, você novamente esteve presente através das reflexões deste trabalho. Lembrei da nossa convivência na UBS Vila Recreio, o Posto Piloto, você falava sobre o processo de trabalho, mas eu me encontrava em outro momento.

À amiga Cinira, obrigada pela apresentação de um novo grupo. Estou valorizando a nossa aproximação e o compartilhar dos momentos doces e também difíceis.

À colega Silvia Matumoto, também pela inclusão no novo grupo e pela tranquilidade que expressa na tutoria no nosso trabalho.

Ao grupo da UNAERP, o qual tenho compartilhado especialmente os sábados e as noites de terça-feira, gosto do nosso convívio e da nossa alegria. Obrigada à todos.

Agradeço à Maria Helena Pessini pela oportunidade do convívio e de uma nova realidade.

À amiga e colega Priscila, mais uma vez agradeço pela ajuda que permeou durante este trabalho, gostaria de estar mais perto de você, mas as circunstâncias da vida me distanciaram de alguns caminhos para que eu me

aproximasse de outros. À Sandra, irmã da Priscila e ao "Zeva", pelos alegres momentos que passamos.

À colega e amiga Tereza Cristina pelas construções que fizemos durante a nossa convivência. Sua coragem e autenticidade são bons exemplos para mim.

À colega Elizabethe pelos suaves encontros que pudemos compartilhar. Admiro seu cuidado e sua delicadeza.

À colega Luciana Rigoto Parada Redígolo, pela acolhida que proporciona na nossa relação, seja na Divisão de enfermagem ou em qualquer outro espaço.

À colega Mara Ligia pela alegria, delicadeza apresentada nos encontros de trabalho ao longo de quase duas décadas.

Agradeço à colega Márcia Costa por ter me recebido na Divisão de enfermagem em alguns momentos difíceis e especialmente por ter participado do meu ingresso no CSE Vila Tibério.

Agradeço à Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde, Márcia Frederico e Emília Maria P. Chayamiti, que colaboraram para que a coleta de dados fosse realizada.

À amiga Leopoldina da biblioteca central, agradeço pelos momentos alegres que buscamos compartilhar à medida que o tempo permite.

À amiga Adriana Ricco, Carlos e filhos, pela luta exemplar e pela busca da transformação. Admiro vocês.

À Adriana Amaro, pela amizade e carinho nas acolhidas. Obrigada.

Aos funcionários da cantina do Avelino, obrigada pela ajuda e pela alegria ao longo dos anos.

À todos os outros funcionários desta escola que direta ou indiretamente puderam contribuir para a finalização deste trabalho. Obrigada.

RESUMO

BRIENZA, A. M. O Processo de trabalho das enfermeiras na assistência Pré-Natal da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto. 2005. 168f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

A perspectiva da assistência pré-natal vem se consolidando nas investigações da área de saúde com vistas a promover o reconhecimento social e visibilidade dos trabalhos executados por profissionais da saúde. A proposta deste estudo é compreender o processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, buscando identificar as ações desenvolvidas no atendimento às mulheres. Pressupomos que a atuação da enfermeira proporciona uma apreensão mais ampliada das necessidades da gestante, sendo um dispositivo que favorece a perspectiva de transformação do processo de trabalho. O referencial teórico baseou-se no processo do trabalho em saúde e na assistência pré-natal. Utilizamos a metodologia qualitativa e a técnica do grupo focal como procedimentos para a coleta de dados. Os sujeitos do estudo foram cinco enfermeiras que atuam no referido serviço. A análise de conteúdo foi utilizada para sistematizar os dados qualitativos. Identificamos que a apropriação da assistência pré-natal pela enfermeira foi estimulada pela política da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da criação de um protocolo assistencial, sinalizando uma nova construção e concepção na assistência às mulheres. As enfermeiras evidenciaram potencial para um "novo" trabalho na assistência pré-natal, pontuando aspectos que não eram rotineiros na oferta do serviço de saúde, como trabalho em grupo e a assistência à mulher vítima de violência. Foram valorizados aspectos socioculturais e o trabalho em equipe, identificando possibilidades para uma aproximação da integralidade da assistência, pela vinculação e centralidade do usuário.

Palavras Chaves: Enfermagem; Cuidados integrais de saúde; cuidado pré-natal.

ABSTRACT

BRIENZA, A. M. The nurses work process in antenatal care in the basic health network of Ribeirão Preto, Brazil. 2005. 168p. Thesis (Doctorate)- Nursing School at Ribeirão Preto. University of São Paulo. Ribeirão Preto, 2005.

The perspective of antenatal care has become increasingly consolidated in health research, with a view to promoting the social recognition and visibility of health professionals' work. This study aims to understand nurses' work process in low-risk antenatal care in the basic health network of Ribeirão Preto, Brazil, as well as to identify what actions are realized in care delivery to these women. We start from the premise that nurses' actions provide for a broader understanding of pregnant women's needs, as a tool that favors the perspective of work process transformation. The theoretical framework was based on antenatal care and on the health work process. Data were collected through qualitative methodology and the focus group technique. Study participants were five nurses who work at the above mentioned service. Content analysis was used to systemize qualitative data. Nurses' appropriation of antenatal care was stimulated by the Municipal Health Secretary's policy, which created a care protocol that pointed towards a new construct and conception in care for pregnant women. The nurses demonstrated their potential to accomplish a "new" job in antenatal care, indicating non-routine aspects in health service delivery, such as group work and care for women who were victims of violence. They attached value to socio-cultural aspects and teamwork, identifying possibilities to get closer to integral care, bonding and user centrality.

key words: *Nursing; Prenatal care; Comprehensive health care.*

RESUMEN

BRIENZA, A. M. El proceso de trabajo de la enfermeras en la atención Prenatal de la Red Básica de Salud del Municipio de Ribeirão Preto. 2005. 168f. Tese (Doutorado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, 2005.

La perspectiva de la atención prenatal se viene consolidando nas en las investigaciones del área de la salud, con la finalidad de promover el reconocimiento social y visibilidad de los trabajos ejecutados por profesionales de salud. La propuesta de este estudio es comprender el proceso de trabajo de las enfermeras en la atención prenatal de bajo riesgo de la red básica de salud del Município de Ribeirão Preto, buscando identificar las acciones desarrolladas en la atención para las mujeres. Se presupone que la actuación de la enfermera proporciona una visión más ampliada de las necesidades de la gestante, siendo un dispositivo que favorece la perspectiva de transformación del proceso de trabajo. El referencial teórico se basó en la atención prenatal y en el proceso de trabajo en salud. Fue utilizada la metodología cualitativa y la técnica de grupo focal, como procedimiento para colecta de datos. Los sujetos de estudio fueron cinco enfermeras que actúan en el referido servicio. Análisis del contenido fue utilizado para sistematizar los datos cualitativos. Identificamos que la apropiación de la atención prenatal por la enfermera fue estimulada por la política de la Secretaria Municipal de Salud, por medio de la creación de un protocolo asistencial, señalando una nueva construcción y concepción para la asistencia a las mujeres. Las enfermeras evidenciaron un potencial para un "nuevo" trabajo en la atención prenatal, señalando aspectos que no eran rutineros en la oferta del servicio de salud, como trabajo en grupo y la atención a la mujer víctima de violencia. Fueron valorizados aspectos socioculturales y el trabajo en equipo, identificando posibilidades para una aproximación de la integralidad de la atención, por la vinculación y centralización del usuário.

Términos clave: *Efermeria; Atención integral de salud; Atención Pré-Natal.*

Sumário

Introdução

1.1-Apresentação	14
1.2-Contextualizando o processo de trabalho em saúde e na enfermagem	22
1.3-Políticas públicas e o pré-natal.....	40
1.4-Objetivos.....	61

Metodologia

2.1-Quadro Metodológico	63
2.2-Local de estudo.....	64
Aspectos gerais do município.....	64
Aspectos da saúde no município	66
Aspectos gerais ligados a assistência da saúde da mulher.....	70
2.3-Procedimentos para coleta de dados: grupo focal.....	73
Coleta de dados.....	77
2.4-Constituição e desenvolvimento dos grupos.....	78
2.5- Sujeitos do estudo	81
2.6-Questões éticas da pesquisa.....	83
2.7-O processo de análise dos dados.....	84

Resultados e análise dos dados

3.1-O processo de trabalho das enfermeiras no programa pré-natal	91
3.1.1-A política pré-natal no município- finalidades	92
3.1.2-O saberes- instrumentos.....	121
3.1.3-Dimensão da saúde- produto	141
Considerações Finais.....	155
Referências Bibliográficas	160
Anexos	

INTRODUÇÃO

1.1 Apresentação

"o que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais do que um ato; é uma atitude. Portanto, abrange mais que um momento de atenção, de zelo e de desvelo. Representa uma atitude de ocupação, preocupação, de responsabilização e de envolvimento afetivo com o outro". (BOFF, 2000).

O tema central de nosso estudo é o processo de trabalho das enfermeiras na assistência à saúde da mulher, mais especificamente, sobre o pré-natal nos serviços públicos de saúde do Município de Ribeirão Preto, Estado de São Paulo.

A aproximação com a temática teve início no período de 1988/1989, quando realizamos um Curso de Especialização em Saúde Coletiva, pela Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos. A monografia de conclusão de curso versou sobre o pré-natal de alto risco. Acreditamos que esta oportunidade contribuiu para compreendermos a gravidez como um momento especial para a mulher, despertando a necessidade de uma assistência diferenciada no pré-natal.

Este curso também impulsionou nosso ingresso na rede básica do Município. Em 1988 foi realizado o primeiro concurso público para admissão de enfermeiras e fomos contratadas para assumir o cargo de enfermeira assistencial na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto-SMS/RP.

O período que seguiu a 1988 envolveu intensas mudanças, com grande absorção de profissionais de saúde de todos os níveis e formação. A rede Municipal de Saúde foi estruturando-se, aumentando suas Unidades de Saúde

tanto em quantidade como em complexidade da assistência. À medida que se implantou o SUS e foi estabelecido o convênio de municipalização da saúde, o município foi assumindo a gestão da atenção à saúde (MATUMOTO, 1998).

No início dos anos noventa, os recursos humanos de enfermagem disponibilizados pelo município compreendiam: 67 enfermeiros, 197 auxiliares de enfermagem e 75 atendentes de enfermagem e o crescimento destes recursos vieram em virtude das grandes transformações do Sistema Nacional de Saúde, com a implantação do Sistema Único de Saúde-SUS (ALMEIDA, 1991).

Ao longo de duas décadas, o processo de trabalho sofreu modificações sob vários aspectos: autonomia, possibilidades de apropriação do trabalho e reflexões no campo do trabalho, sendo que as distintas configurações constituíram respostas às mudanças dos paradigmas que conformam as práticas em saúde.

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto instituiu a assistência ao pré-natal como uma de suas ações prioritárias, desde 1996, ao adotar medidas que objetivavam proporcionar o acesso imediato às Unidades Básicas de Saúde para todas as mulheres com atraso menstrual, oferecendo: consulta de enfermagem e teste para diagnóstico de gravidez (RIBEIRÃO PRETO, 1999).

O protocolo adotado pela Secretaria Municipal da Saúde-SMS, favoreceu a apropriação para o trabalho da enfermeira e também facilitou a primeira

consulta médica do pré-natal, pois a enfermeira executava o teste de gravidez e solicitava os exames preconizados. Isto reforçou uma associação deste Programa com o modelo hegemônico de atenção em saúde, baseado no modelo biomédico.

O documento ainda previa que as enfermeiras deveriam realizar o acolhimento das mulheres com atraso menstrual, oferecendo consulta de enfermagem com teste para diagnóstico de gravidez; e diante de resultados positivos, deveriam solicitar os exames laboratoriais indicados na rotina; orientar sobre a importância do pré-natal; providenciar o agendamento para a consulta médica (RIBEIRÃO PRETO, 1999).

A primeira consulta médica do pré-natal deveria ocorrer após trinta dias do atendimento de enfermagem, possibilitando que a mulher estivesse com todos os resultados dos exames de rotina do pré-natal, facilitando o atendimento, agilizando o seguimento do pré-natal e podendo iniciar o tratamento de patologias imediatamente, caso necessário (RIBEIRÃO PRETO, 1999).

Em 1999, a Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto criou o "*Projeto Nascer*¹", com o objetivo de trabalhar a dificuldade de acesso à maternidade, principalmente nas gestações de risco. O Projeto visava o acompanhamento das gestantes a partir da 36^a semana de gestação, dentro dos hospitais integrantes da rede pública.

¹ Ribeirão Preto, Secretaria Municipal da Saúde. Projeto Nascer. Ribeirão Preto, SMS, 1999. (mimeo).

Temos que reconhecer que este Projeto visava atender políticas públicas vigentes, pautadas em diretrizes para a assistência à mulher no período gestacional, vinculadas ao repasse financeiro do SUS para o Município e que incluíam o mínimo de seis consultas no pré-natal, assistência ao parto e puerpério.

No entanto, apesar de todo este investimento na assistência pré-natal, havia naquele momento uma contradição representada pelas dificuldades encontradas para inserir as gestantes no Programa pré-natal ofertado pelo Município.

O ingresso no mestrado na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-EERP/USP, em 1999, nos possibilitou conhecer a problemática do acesso ao pré-natal, através da Dissertação: *"Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres"* (BRIENZA, 2001).

A pesquisa foi um dispositivo transformador para analisarmos nossa prática profissional, contribuindo para o reconhecimento da realidade no contexto da assistência ao pré-natal no Município.

Nos últimos anos, a perspectiva de assistência pré-natal vem se consolidando nas investigações da área de saúde com vistas a promover o reconhecimento social e visibilidade dos trabalhos executados por profissionais da saúde. Essas investigações explicitam a necessidade de transformação das relações de mulheres e profissionais, pois durante muitas décadas as políticas

públicas enfocaram exclusivamente o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto.

Mas como dar visibilidade a fatores que estão em nossas ações? Como passar a valorizar fatos que fugiram da nossa observação?

Consideramos importante evidenciar o estudo de Almeida (1991), que investigando o trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva na rede básica do Município de Ribeirão Preto, encontrou que a consulta médica era a grande oferta dos serviços, sendo que a enfermagem atuava junto à clientela a fim de acomodá-la e encaixá-la para a consulta médica. Seu estudo analisou os momentos do processo de trabalho nas Unidades de Saúde e qual a intencionalidade desses momentos.

A autora identificou que as ações desenvolvidas pelas enfermeiras se davam em duas direções: primeiramente, na realização de procedimentos de enfermagem diretamente com a clientela (tanto de ordem técnica como de triagem) e a segunda que tratava da realização de atividades que envolviam a organização, a coordenação e a articulação não só específicas de enfermagem, mas desta com outros setores da Unidade de Saúde.

Assim, se num passado recente a enfermagem se organizava para facilitar a consulta médica, na assistência pré-natal, a configuração do trabalho da enfermagem tenderia a seguir o mesmo rumo.

A definição da participação das enfermeiras na saúde da mulher foi limitada por condições históricas que impediram sua expansão e fortalecimento, pois segundo Tyrrel (1998), desde o primeiro programa materno infantil, a enfermagem foi caracterizada pela concepção de "execução" de tarefas, definindo-se desde o local onde se realizam os cuidados até a indicação do que deve ser feito, descrevendo-se procedimentos tradicionais na assistência à mãe e a criança.

A categoria profissional da enfermagem, participante do processo de produção em saúde, constituiu uma prática modelada histórica e socialmente. Para analisarmos a conformação da assistência de enfermagem no pré-natal sistematizado pela Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, foi necessário fazermos uma leitura temporal da construção da atenção básica em saúde ofertada pelo Município.

À enfermagem e aos profissionais da Saúde tem sido destinado a responsabilidade pelo alcance dos índices pactuados pelo Ministério da Saúde, os quais revelam preocupação com a saúde materna e familiar; bem como uma reflexão do modelo assistencial e revisão das formas de assistir as grávidas, incorporando nesta assistência os seus familiares e planejando formas terapêuticas de atuar junto ao grupo.

A construção vivenciada pelas enfermeiras da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto na assistência pré-natal, ao longo dos anos tem

despertado inquietação nestas profissionais e modificações na organização do trabalho e da instituição. No entanto, as questões que envolvem a concretude e valorização deste trabalho ainda precisam ser desveladas.

Acreditamos que o aumento no percentual de gestantes com cobertura de sete ou mais consultas de pré-natal observado no município nos últimos anos, seja um reflexo deste trabalho. Segundo a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, em 2000 a cobertura foi de 66,74%, chegando a 75,41% em 2004.

(SÃO PAULO, 2005).

Assim, desejamos compreender o processo de trabalho das enfermeiras na assistência do pré-natal da rede básica do Município de Ribeirão Preto e identificar a leitura revelada no atual contexto político social.

Nosso pressuposto é que a atuação da enfermeira na assistência pré-natal proporciona uma apreensão mais ampliada das necessidades da mulher, sendo um dispositivo que favorece uma perspectiva de transformação do processo de trabalho das enfermeiras e do modelo assistencial.

Uma compreensão ampliada significa ir além do biológico pautado em diagnóstico e prescrição. Significa promover apropriações de outras "*ferramentas tecnológicas*" como "*espaços coletivos*" e a utilização de "*tecnologias leves*", enquanto facilitadoras para um espaço de *escuta*. Acreditamos que estas formas de atuação, possibilitam uma aproximação da integralidade, pela vinculação e centralidade da usuário na assistência.

Considerando que o conhecimento se faz através de um processo que implica ao mesmo tempo construção e reflexão da realidade, buscamos contextualizar o objeto de estudo e o nosso pressuposto, no referencial teórico do processo de trabalho em saúde e na enfermagem e das políticas públicas que dão sustentação à assistência pré-natal.

1.2- Contextualizando o processo de trabalho em saúde e na enfermagem

Como ponto de partida para nosso estudo, consideramos que todos os profissionais da saúde estão envolvidos num certo trabalho, conformado num certo grupo. O interesse pelas questões do trabalho sempre acompanhou nossa trajetória profissional.

Na temática pré-natal, percebemos que nossas ações são interdependentes do trabalho de grupo, levando a um fracionamento das ações e do trabalho. O trabalho pode ser caracterizado como um processo de transformação que ocorre porque o homem tem necessidades que precisam ser satisfeitas, no presente caso, especificamente necessidades de saúde. Outra característica central do trabalho é a sua intencionalidade, isto é, o trabalho depende de uma construção prévia, de um projeto que o homem traz em mente desde o início do processo (MENDES-GONÇALVES, 1992).

Neste processo, a construção de um sentido para o trabalho será enquadrado na sociedade em períodos históricos determinados. Nesta perspectiva o processo de trabalho em saúde fornece critérios para uma nova percepção da assistência formatada num conjunto dos atos. O trabalho em saúde produz um formato do cuidar, de distintos modos: como ações individuais e coletivas, como abordagens clínicas e sanitárias da problemática da saúde,

conjugando saberes e práticas implicados com a construção dos atos cuidadores e que conformam os modelos de atenção à saúde (CAMPOS, 2000a).

O processo de definição do "para quê" se organizam certos modos e tecnologias de atuar em saúde, são sempre implicados social e politicamente, por agrupamentos de forças que têm interesses no que se está produzindo no setor saúde, nos processos de produção. Para ocorrer transformações no modelo de atenção, o trabalho deve ser fonte de crescimento, uma oportunidade para aprendermos mais sobre nós mesmos e para desenvolvermos relacionamentos positivos e saudáveis. O trabalho é um "continuum". O trabalhador de saúde é aquele que precisa ser contratado, alocado, e que em sua relação com o usuário é o produtor das ações de saúde, é um sujeito: "um ser biológico, com uma subjetividade complexa, e mergulhado em um conjunto de relações sociais que alteram seus desejos, interesses e necessidades" (CAMPOS, 2000a).

Historicamente, o trabalho tem o compromisso com a qualidade de vida e a tecnologia. O trabalho em saúde é o pilar central para conquistar novas condições necessárias ao processo de mudança; representando possibilidades de superação das barreiras que entravam o processo de busca dos saberes mais diversos.

Quando se fala de trabalho, existe uma necessidade de construirmos sua concepção, pois a partir das mudanças históricas que ocorrem no mundo do trabalho e das relações sociais, existe uma necessidade de transformação do

modelo de assistência para atender às necessidades dos usuários do Sistema Único de Saúde-SUS.

Esta reflexão é necessária para que se compreenda a formação no conjunto das políticas governamentais e do ponto de vista histórico e ideológico, assim como a sua inserção na realidade do processo de produção de bens e serviços, considerando o modelo de gestão de estado neoliberal e a intencionalidade do conjunto de suas políticas (CAMPOS, 2000a).

A compreensão do trabalho nos remete a reflexões que situam esses aspectos no modelo de atenção à saúde vigente e sua transformação, com vistas à implementação do SUS, segundo os princípios constitucionais básicos de universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde.

Os profissionais constituem um dos elementos chave do processo de trabalho em saúde (MENDES-GONÇALVES, 1992). Portanto, devem ser compreendidos no interior das relações recíprocas entre objeto de trabalho, instrumentos e atividades, bem como no interior do processo de divisão do trabalho. O modelo de atenção está intimamente ligado à compreensão do processo de trabalho em saúde, recortado da realidade dos profissionais que compõem a área da saúde. Reconhecer quais são os resultados que efetivamente alcançamos em nosso cotidiano nos possibilita a crítica e a retomada de posições.

Merhy (2002), refere que a dinâmica das relações de produção das sociedades determina o campo de prática e saberes, onde se organizam as ações

coletivas de saúde. Este conjunto de práticas apresenta em comum o fato de que o objeto é o coletivo. Conjunto este construído socialmente e que tem a subjetividade permeada tanto para o trabalhador de saúde quanto para o usuário, como seres que conformam uma relação.

Mendes-Gonçalves (1992) refere que dadas as características do trabalho humano, por produzir sempre face às necessidades sociais, por relacionar os homens através de seus produtos, por relacioná-los conforme o grau de domínio que têm (ou deixam de ter) das condições de trabalho, o processo de trabalho humano é antes de tudo o mais o processo de produção e reprodução do homem social, historicamente determinado, através da produção de bens e serviços.

Segundo Crochik (2003), a distinção entre trabalho manual e intelectual - que, com o progresso, possibilita a práxis que se vincula à liberdade - é enfraquecida, quando o primeiro o modelo do último, na submissão aos interesses aos interesses da reprodução do modo burguês de existência. É o tempo livre do trabalho, que visa a produção de bens imediatos à reprodução da vida individual, que possibilita o trabalho intelectual, quer como melhor forma de realizar aquele, por meio da organização e da administração, quer como reflexão para além de uma vida calcada no trabalho de subsistência.

O trabalho em saúde produz homens em relação com outros homens e com a natureza, em um dado processo sócio-histórico, lidando com homens (seus agentes e usuários) cujas necessidades também são constituídas histórica e

socialmente. Sendo o homem, o objeto do processo de trabalho em saúde, é preciso apreendê-lo em seu processo de objetivação do que é saúde/doença, quando externaliza sua subjetividade em relação ao processo saúde-doença. É preciso reconhecer e acolher objetivamente, através de ações de saúde, suas necessidades que são objetivas e subjetivas. No consumo dos serviços de saúde podemos também apreender as necessidades como um meio para o alcance de um certo padrão de qualidade de vida, sendo que a racionalidade presente nesta escolha conduziria ao desenvolvimento da essência humana, o que possibilitaria práticas emancipatórias (MENDES GONÇALVES, 1992).

O foco do trabalho em saúde tem sido a relação sujeito-objeto, evidenciando uma prática cuidadora alienante e um conceito reduzido de saúde e doença, centrado em patologias, que ignora o ponto de vista dos usuários, "*que não reclamam*" da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema. Em geral, sentem-se inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados e desprezados, caracterizando "*um cuidado fragmentado, coisificado e despersonalizado*" que identificam os pacientes por suas patologias, número de leito e número de família (MERHY, 2000).

Sobre as tecnologias existentes nos processos de trabalho, estas são distintas entre si, engendradas em diferentes momentos e a partir de estruturas

e necessidades próprias. A historicidade no processo de conformação de alguns trabalhos organizam socialmente a assistência à saúde e a divisão do trabalho (PEDUZZI, 2002).

Mendes-Gonçalves (1994) amplia a concepção de tecnologia não a restringindo ao conjunto de instrumentos materiais do trabalho, mas constituída pelos saberes e por seus desdobramentos materiais e não materiais na produção de serviços de saúde. As tecnologias expressam, portanto, relações entre os homens e entre os objetos sobre os quais trabalham, que não se ligam só à eficácia útil dos instrumentos, mas dizem respeito às relações sociais que os homens estabelecem e modificam na sua relação com a natureza e a história.

A assistência vigente predominante centra-se fundamentalmente no uso das "*tecnologias duras*" e "*leve-duras*", na lógica do controle, dominação, centralização do poder e verticalização das relações entre sujeitos; não valoriza o trabalho em equipe e é resistente à mudança (carente de criatividade). Sobre esta questão, Merhy (1997) classifica as tecnologias em saúde em três tipos: as tecnologias duras são o conjunto de instrumentos materiais do trabalho, como máquinas, aparelhos, normas e estruturas organizacionais, as quais encerram um trabalho morto, fruto de outros momentos de produção, condensando em si fazeres e saberes bem estruturados, já materializados/acabados, prontos; as tecnologias leve-duras são saberes estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica, a epidemiologia, o saber administrativo, o saber

de enfermagem e outros saberes da saúde. Caracterizam-se por conter trabalho capturado, porém com possibilidades de expressar trabalho vivo, encaminham-se para as relações constituídas e constituintes nos espaços intercessores, ou seja, momentos de encontro entre trabalhadores e usuários, estabelecendo relações que são potências de expressão de trabalho vivo em ato. *As tecnologias leves* são as que se dão no trabalho vivo em ato, as relações de interação e subjetividade, que possibilitam produzir *acolhimento, responsabilização, vínculo e autonomização*. O trabalho vivo em ato é marcado pela total possibilidade de o trabalhador agir no ato produtivo com grau de liberdade máxima. Pode-se dizer que o processo de captura do trabalho vivo pelo trabalho morto, em certas produções, é diferenciado, ou vice-versa, permitindo imaginar situações em que o exercício de protagonismo/liberdade ou do protagonismo/reprodução estejam ocorrendo no mundo geral da produção, tanto na conformação tecnológica dos atos produzidos quanto nos modos de governá-los.

Acreditamos que as *tecnologias leves* e seus instrumentos são componentes importantes para possibilitar transformações no processo de trabalho em saúde. E neste sentido, destacamos sua produção: o *acolhimento, o vínculo, plasticidade e a autonomização*.

Matumoto (1998), refere que acolhimento pode ser traduzido enquanto recepção, mas o atendimento não se limita ao ato de receber e nem a um setor, como a recepção da Unidade de Saúde, mas sim em uma seqüência de atos e

modos que compõem o processo de trabalho em saúde. O significado do verbo acolher dá uma certa idéia da ação do acolhimento, ou seja, atender, receber dando crédito àquilo que o outro traz, ouvindo-o e considerando sua queixa como algo digno de atenção. A tradução abrigar, hospedar-se, amparar-se, reconhecer-se, demonstra que o processo de acolhimento implica em trazer o outro para dentro de si mesmo, trazê-lo para dentro de sua casa, como na abordagem religiosa ou da Unidade de Saúde, implicando em *relação de aproximação das pessoas*.

Campos (1994), refere que *responsabilizar-se* está relacionado ao conceito de *vínculo*. O *vínculo* não se estabelece exclusivamente com um trabalhador, mas com uma dada equipe, em um certo serviço. E para que esta relação aconteça é preciso que ocorra a *plasticidade*, que pode ser traduzida pelas práticas que buscam as possibilidades de colocar os serviços de saúde à serviço da população usuária, desvendando novos caminhos para o processo de trabalho em saúde que levem os envolvidos, trabalhadores e usuários, à uma vida mais autônoma, aprendendo a lidar com as limitações de cada momento e não ficando presas às normatizações e regras estabelecidas para o funcionamento do sistema (MATUMOTO, 1998).

O processo de trabalho em saúde solicita a autonomia dos agentes. A utilização do conceito de autonomia técnica na análise do trabalho procede à medida que nas intervenções de enfermagem, a ação não é definida antes da

execução, pois há que se tomar em consideração o sujeito a quem se destina a intervenção (PEDUZZI, 2000).

O modelo que se torna hegemônico, estruturado nas *tecnologias duras*, no pensar e agir em saúde tem conduzido à emergência, cada vez maior, de insatisfações tanto de usuários como de profissionais de saúde, à sentimentos de tristeza e impotência, à um trabalho penoso e à morte das instituições, que caem no ritual vazio, onde as verdadeiras questões raramente são abordadas, pois se o fossem poderiam surgir conflitos específicos que questionariam a segurança e a identidade de cada um (CAMPOS, 2000a).

Neste modo de olhar o processo de trabalho, Merhy (1997), ainda discute dois componentes operadores, o *trabalho vivo* e o *trabalho morto*.

"Chamamos de trabalho morto, neste processo, a todos aqueles produtos-meios que nele estão envolvidos- ou como ferramenta ou como matéria-prima, como o martelo e a madeira- e que são resultados de um trabalho humano anterior, isto é, não existiam antes de sua produção como resultado de um processo de trabalho, anteriormente realizado (MERHY, 1997).

O trabalho vivo, denominado como o trabalho em ato e permite uma produção. Merhy (1997), complementa que este trabalho está em ação, em um certo dado, pode fazer uso do que está. Quanto em uma certa medida exercer com alguma autonomia este uso do que já está dado. O marceneiro, neste sentido, também pode um certo autogoverno neste processo, o qual estará marcado pela

ação do seu trabalho vivo em ato sobre o que lhe é ofertado como trabalho morto e às finalidades que persegue.

E ainda refere que o trabalho em saúde não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos saberes tecnológico estruturados.

Nesta lógica, verifica-se que somente o aprimoramento profissional atrelado ao avanço tecnológico não garante a qualidade assistencial, pois se olharmos pelo ponto de vista do usuário do sistema, podemos dizer que o conjunto dos serviços de saúde, públicos ou privados, com raras exceções, não são adequados para resolverem os seus problemas de saúde, tanto no plano individual como no coletivo (MERHY, 2002).

Pereira (1996) nos aponta como indicativo da não adequação da assistência, o não estabelecimento de diálogos que valorizem a mulher como ser integral, inserido num contexto social, considerando-a na sua individualidade.

Os serviços de saúde têm seu potencial para avaliar os benefícios que o pré-natal exerce sobre a mãe e o seu conceito. Para que os acessos aos benefícios aconteçam, os serviços de saúde devem passar por novas transformações, desafios a serem enfrentados por quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia em defesa da vida individual e coletiva (MERHY, 2002).

Assim, torna-se relevante uma reflexão da equipe como um todo, discutir com outros setores da Unidade de Saúde, melhorando registros, condutas e procedimentos dos profissionais de saúde, desde a inscrição de gestantes, até a busca de faltosas.

No último século, o campo da saúde foi constituindo-se como um campo de construção de práticas técnicas cuidadoras, socialmente determinadas, dentro do qual o modo médico de agir foi tornando-se hegemônico.

Merhy (2002) afirma que para enfrentar o desafio de saber operar a gestão dos estabelecimentos de saúde e dos processos de trabalho de uma outra maneira, anti-hegemônica em relação ao projeto médico neoliberal, constitui-se indispensável à construção de um compromisso efetivo dos trabalhadores de saúde com o mundo das necessidades dos usuários, que permita explorar de modo exaustivo o que as tecnologias em saúde detêm de efetividade, em um modo de operar a gestão do cuidado em saúde; passando pela produção de novos coletivos de trabalhadores comprometidos ético-politicamente com a radical defesa da vida individual e coletiva.

Mishima (1994) afirma que para se discutir as ações de saúde é necessário discutir a forma como os serviços, quer sejam públicos ou privados, e o Estado, se organizaram para a produção e distribuição dos serviços de saúde. É fundamental que se tenha claro que isto se dá num determinado contexto social, onde determinações de diferentes ordens (sociais, políticas, econômicas) se

fazem presentes, num jogo constante de forças que encaminham a construção de determinada prática social, no nosso caso específico, a prática de saúde.

Através da vivência com os serviços de saúde, depreendemos que as finalidades dos atos de saúde, nem sempre são alcançados, ou seja, os compromissos de atingir a cura ou a promoção da saúde não oferecem resposta frente às necessidades.

A dimensão cuidadora do trabalho em saúde, em particular do próprio médico, tem sido diminuída, desvinculada da liberdade criativa, pelo modelo manual, técnico e biológico hegemônico do trabalho em saúde.

Sobre o cuidado no campo da saúde, Merhy (1997) afirma que o objeto do cuidado não é cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir.

Na relação do trabalho, da troca e do cuidado, Mishima et al. (2002), destacam que o trabalhador de saúde cuida do usuário que é cuidado. Há certamente uma relação de mão dupla que se desenvolve entre trabalhador e usuário. Essas relações de troca desenvolvem-se em um espaço de encontro e de intervenção, onde tanto o trabalhador como o usuário expressam sua necessidade de busca de liberdade e de reconhecimento em seus papéis. Busca ainda liberdade no sentido de manter sua autonomia no modo de agir, de poder decidir coisas, exercendo seu "autogoverno". É um espaço onde estão presentes conflitos

e contradições, de forma explícita e implícita, e que expressam nossas opções ético-morais no transcorrer do trabalho e da vida.

Assim, a lógica da produção de cuidados requer trabalhadores como "gente" se reconhecendo no trabalho, articulando suas ações com as finalidades do trabalho, com as necessidades dos usuários e com as suas próprias necessidades, conjunto esse que se encontra em permanente produção. Nessa direção, o processo de trabalho deve tomar como objeto o homem em suas múltiplas complexidades e não somente seu corpo biológico (MISHIMA; PEREIRA; FORTUNA, 2002).

O processo de trabalho em saúde remete num extremo, às mudanças na organização do próprio trabalho como consequência do movimento de qualidade do trabalho, compreendido como prática social, isto é, a forma especificamente humana de satisfazer necessidades conforme se estabelecem nas modalidades de vida social que o homem e a mulher constroem em uma estrutura social determinada e em uma formação social concreta (ALMEIDA, 1991).

Considerando que é a partir da prática inter-relacionada de vários trabalhadores que se constituem as ações de saúde, é nítido o entendimento de que a enfermeira vem se instrumentalizando para construção deste processo de trabalho em saúde, dentro da equipe.

A força de trabalho que se faz presente através dos vários atores, também produz uma organização relevante na hierarquia de poder e a desigual

distribuição de saberes e poderes, que se fundam em saberes técnicos e também em determinantes históricos, culturais e sociais.

Trabalho da Enfermagem:

A respeito do caráter multiprofissional do trabalho em saúde, Peduzzi (1998) afirma que a divisão rígida do trabalho da enfermagem e a polaridade da qualificação técnica entre os seus agentes, legitimam as desigualdades expressas na experiência concreta e cotidiana dos trabalhadores, ao encontrarem-se superiores e outros inferiores enquanto sujeitos sociais e cidadãos, para além de agentes técnicos distintos.

Neste sentido, consideramos importante recorrermos ao processo, com a intenção de analisarmos a construção da prática de trabalho dentro do modelo de atenção à saúde.

Lembramos de Florence Nightingale como símbolo da prática de enfermagem e de suas contribuições prestadas durante seus noventa anos de vida, cuja percepção e visão mudaram de forma irrevogável o planejamento sanitário pela preocupação que mostrou com os ambientes. Foi destinada ao serviço humanitário devido à sua vocação religiosa e ajudou a trabalhar o preconceito sobre o pensamento conservador de que mulheres educadas pudessem desempenhar papéis públicos. Florence permaneceu estereotipada pela

força de seu próprio mito por um tempo excessivo, não obstante suas contribuições filosóficas à enfermagem (NIGHTINGALE, 1989).

Concordamos com Silva Junior (1998) que a enfermagem é uma força de trabalho inserida em saúde, que produz serviços de saúde obedecendo às normas das políticas públicas de saúde, políticas estas que legitimam a divisão social e a divisão técnica do trabalho. A enfermagem surgiu como instrumento do trabalho médico, pois a enfermagem criou as condições para que o hospital moderno fosse o local de produção e reprodução do saber médico.

Germano (1985) relata que, historicamente, a enfermagem desde a sua criação foi exercida por um conjunto heterogêneo de trabalhadores, cujo trabalho foi organizado e dividido tecnicamente ancorado na divisão social do trabalho - "lady nurses" e "nurses" e atualmente enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes.

Assim, tomamos a prática de enfermagem, enquanto processo de produção em saúde, como uma prática social historicamente determinada. A enfermagem como profissão, socialmente reconhecida, emerge na Revolução Burguesa dando resposta às transformações sociais, econômicas e políticas do final do século XVIII, quando o hospital já tinha abrigado o médico em seu interior (GERMANO, 1985).

A enfermagem carrega uma história de devoção, abnegação, obediência e servidão; oferecia cuidados nos domicílios, para todo ser que precisasse de

atenção à saúde. A enfermagem era executada por mulheres dóceis, submissas aos homens, no caso também aos médicos. Até hoje é exercida essencialmente por mulheres, dada a relação social que a profissão pressupõe.

No Brasil, até o início do século XX, a enfermagem era exercida em bases puramente empíricas, apoiadas no saber médico, que tinha ou tem como preocupação maior a doença e não à saúde. Voluntários, escravos selecionados e religiosos, não podendo deixar de citar Ana Néri (conhecida como mãe dos brasileiros, devido a importante assistência que prestou aos soldados feridos durante a guerra do Paraguai), eram pessoas que se dispunham a cuidar dos enfermos. A qualidade do atendimento caracterizava-se pela ordem e respeito à hierarquia, humildade, espírito de servir entre outras (GERMANO, 1985).

O conteúdo do trabalho da enfermagem brasileira tem suas raízes no modelo funcional da enfermagem americana, que consolidou as técnicas de enfermagem e a divisão técnica do trabalho, destinando ao enfermeiro a gerência ou a assistência burocrática.

Nas primeiras décadas do século XX, enfermeiras norte-americanas sistematizaram as atividades de enfermagem, desenvolvendo técnicas que descreviam procedimentos, dando início ao saber da enfermagem que não desvinculava a ação profissional da conotação de arte. Usava-se como base o saber médico fundamentado no paradigma mecanicista (BITTES, 1996), que

segundo Capra (1988), impedia que médicos considerassem as questões psicológicas ligadas à saúde.

Concordamos com Almeida (1997) quando afirmou que a enfermagem na saúde pública não só acompanha as terminologias de modelos de saúde, que foram se constituindo historicamente, como também toma as fundamentações do conjunto de saberes que compõem a saúde coletiva. Para alcançar a saúde coletiva, o trabalho de enfermagem tem se diversificado, indo do "cuidar" de enfermagem, seja do indivíduo, família e grupos da comunidade passando pelas ações educativas, administrativas, até a participação no planejamento em saúde.

De acordo com Peduzzi (1998), a análise da dimensão intersubjetiva do processo é extremamente importante para o trabalho de enfermagem, pois se trata de uma prática na qual a intervenção técnica está sempre permeada pela interação.

Esta dimensão passa pelo saber e tem especial importância no trabalho em saúde, uma vez que se trata de trabalho reflexivo em serviços. Como pensar e analisar coletivamente as práticas do trabalho referente à assistência pré-natal dentro de um recorte de categorias, ou seja, no grupo de enfermeiros?

O tema deste trabalho não é de simples definição, pois envolve uma série de considerações imprescindíveis para entender seu significado. Consiste em compreender como o processo de trabalho se desenvolve, tendo por fronteiras as estratégias estabelecidas pelo planejamento em saúde e a forma como os

trabalhadores atendem a esse planejamento, ou de outro modo, como as práticas são modificadas para se ajustarem às novas condições criadas pelo mundo tecnológico que permeia o modelo de atenção à saúde.

Buscamos no espaço de nosso estudo, exercitar a reflexão sobre a prática em saúde e especificamente a prática da enfermagem voltada ao pré-natal, com valorização da perspectiva coletiva. Destacamos a importância, a complexidade e a dificuldade do compromisso em trabalhar os espaços coletivos, quando em muitas situações cotidianas prevalecem a cultura do individualismo e do não compromisso.

Finalizamos assim, com reflexões acerca do tema do processo de trabalho na enfermagem, mostrando algumas de suas "faces" e buscando uma aproximação com a temática.

Cuidar de mulheres em especial é também recorte que esta pesquisa deseja focalizar no espaço da enfermagem. O modo de produção na enfermagem, as condições de trabalho e o modo de vida continuam a ser o patamar para se entender o processo de saúde, adoecimento e morte da população brasileira.

1.3 Políticas públicas e o pré-natal

Os serviços de saúde têm sido reorganizados buscando garantir assistência integral e humanizada às mulheres; redirecionando o modelo vigente, curativo e intervencionista, no sentido de fortalecer as ações preventivas e de promoção à saúde.

Existem muitas evidências empíricas no mundo, em diversos países desenvolvidos, de que nenhuma sociedade consegue dar conta dos elevados custos dos serviços de saúde articulados na perspectiva hegemônica biomédica, da alta tecnologia e dos medicamentos. Um dos enfoques de maior destaque para superação da crise da saúde é a proposta da **Promoção à saúde**.

Um marco importante na saúde pública foi a Carta de Ottawa (1986), por inserir a questão da Promoção da Saúde na agenda mundial, como resultado da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ela estabeleceu a Promoção da Saúde "como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde incluindo, uma maior participação no controle deste processo" conceituando promoção para além do setor sanitário (BRASIL, 1996).

A Carta de Ottawa é considerada um dos documentos seminais do atual movimento da promoção da saúde, que se consubstancia em uma combinação de 5 estratégias: políticas públicas saudáveis, desenvolvimento de habilidades

peçoais, fortalecimento das ações comunitárias, criação de ambientes saudáveis e reorientação dos serviços de saúde (BRASIL, 1996).

A promoção da saúde impõe transformações na gestão das ações e serviços no sentido de gerar mudanças que atendam às necessidades de saúde das populações, construindo um conceito de integralidade para a abordagem das questões de saúde. Além disso, a promoção da saúde reforça na agenda das políticas públicas de saúde, a questão da equidade. Como sabemos em nosso país há grupos populacionais marginalizados por questão de raça ou gênero, sendo que a promoção da saúde em sua articulação com a saúde da mulher, coloca esta a saúde da mulher numa perspectiva mais abrangente (SERRANO, 2002).

Atualmente, o conceito de promoção da saúde apresenta-se como uma estratégia inovadora, propondo a articulação de saberes técnicos e populares, a mobilização de recursos institucionais e comunitários, públicos e privados, na busca de qualidade de vida para a população.

A reorganização dos serviços de saúde no Brasil, a partir da Constituição Federal de 1988, ocorreu graças ao êxito do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira, que contando com ampla mobilização da sociedade civil, realizou a VIII Conferência Nacional de Saúde, conseguindo articular-se politicamente para a Assembléia Nacional Constituinte de 1988.

Anteriormente, algumas das propostas para a reestruturação dos serviços de saúde, atenderam às proposições de importantes fóruns internacionais, como

a exemplo da Conferência Internacional de Alma Ata (1978), muitas das quais são consideradas importantes na formulação dos programas de saúde da mulher

Os programas de saúde materno-infantil, inclusive imunizações e planejamento familiar foram especificados dentre outros, como componentes fundamentais da atenção primária à saúde, na Conferência de Alma Ata. (STARFIELD, 1994).

A atenção primária à saúde passou a ter mais visibilidade política no Brasil a partir da VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1980, assumindo progressivamente, certa relevância na formulação de políticas de saúde no Brasil, sendo que, além de propugnar por ações intersetoriais, defendia a transformação na relação entre o usuário e os profissionais de saúde como condição modificadora dos fatores determinantes da situação da saúde.

Segundo Mendes (2002), a Atenção Primária à Saúde vem sendo adotada, na história recente de diversos países, para organizar e ordenar os recursos do sistema de saúde, para que respondam de maneira apropriada às necessidades de suas populações. Essa concepção da atenção primária como pilar da estruturação dos sistemas de saúde tende a superar visões mais restritas que a compreendem como um meio para ofertar serviços a populações marginalizadas ou unicamente como mais um nível de assistência.

Para tanto, se faz relevante mostrar os aspectos conceituais da Atenção Primária à Saúde (APS), a qual tem sido reconhecida como espaço tático-

operacional de reorientação de sistemas de serviços de saúde mediante a implantação de distritos sanitários e como oportunidade de experimentação de modelos assistenciais alternativos congruentes com as necessidades de saúde e com o perfil epidemiológico da população (MENDES, 1994).

O correto entendimento do conceito da atenção primária à saúde se dá através do conhecimento e operacionalização de seus princípios ordenadores: o primeiro contato, a longitudinalidade, a integralidade, a coordenação, a focalização na família e a orientação comunitária (STARFIELD, 2002).

O primeiro contato implica o acesso e uso de serviços para cada novo problema ou novo episódio de um problema para os quais se procura atenção à saúde. A longitudinalidade requer a existência do aporte regular de cuidados pela equipe de saúde e seu uso consistente ao longo do tempo, numa relação mútua e humanizada entre equipe de saúde, indivíduos e famílias. A integralidade exige a prestação pela equipe de saúde, de um conjunto de serviços que atendam às necessidades mais comuns da população adscrita, a responsabilização pela oferta de serviços em outros pontos de atenção à saúde e o reconhecimento adequado dos problemas biológicos, psicológicos e sociais que causam as doenças. A coordenação implica a capacidade de garantir a continuidade da atenção, através da equipe de saúde, com o reconhecimento dos problemas que requerem seguimento constante. A focalização coloca a necessidade de considerar a família como sujeito da atenção e a orientação comunitária demanda o reconhecimento

das necessidades familiares em função do contexto físico, econômico, social e cultural em que vivem (MENDES, 2002).

A proposta apresentada na 8ª Conferência Nacional de Saúde, para o SUS, atende a duas premissas em matéria de sistemas de saúde para o desempenho das Funções Essenciais de Saúde Pública (OPAS, 1997): a primeira diz respeito ao conceito ampliado de saúde que, implica em uma lógica intersetorial que pressupõe que as políticas de saúde são políticas de governo. O Estado deve assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las, cabendo ao Ministério de Saúde assumir a responsabilidade de influir sobre as políticas de outros setores de atividade em favor da saúde. A segunda premissa refere-se à proposta de construção de um sistema de saúde que considere o universo populacional, ou seja, a garantia pelo Estado de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987).

O SUS obedece ao princípio da integralidade, disposto na Lei orgânica da saúde (Lei 8080/90), entendida como "um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema", tendo como eixo norteador a descentralização dos serviços de saúde (BRASIL, 1990).

A XI Conferência Nacional da Saúde trouxe importantes proposições relacionadas ao tema da saúde da mulher, tendo como referência os princípios e diretrizes do SUS:

-implantar as políticas de assistência à Saúde da Mulher desde as ações básicas, privilegiando a prevenção, incluindo diagnóstico, até os níveis de emergência e internação; que tais ações respeitem as especificidades oriundas das questões de gênero, raça/etnia e orientação sexual, e que no recurso da União sejam assegurados recursos destinados à implementação da Lei 96.623, referente ao planejamento familiar.

Para garantir a qualidade da assistência às mulheres durante o ciclo gravídico puerperal o documento prevê:

-garantir o acesso das mulheres em idade reprodutiva a serviços de qualidade e a implementação de comitês de mortalidade materna;

-cuidados especiais e adequados à gravidez; a capacitação de profissionais de saúde como condições indispensáveis para a melhoria da atenção à Saúde da Mulher (BRASIL, 2002a).

O Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), lançado em junho de 2000, pretende resgatar a importância da gestação, do parto e do puerpério, para a mulher, o pai, o bebê e a família, pelo que se propõe uma atenção integral, considerando-se os aspectos físicos, emocionais, sociais, sexuais e afetivos que interferem nesse processo (BRASIL, 2000).

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), para a adequada assistência à mulher e ao recém nascido no momento do parto, todas as Unidades integrantes do SUS têm como responsabilidades: atender a todas as gestantes, residentes na área de abrangência que as procurem; estabelecer mecanismos de vinculação pré-natal/parto; estabelecer mecanismos de cadastramento das gestantes no pré-natal, até o 4º mês da gestação, garantindo, de acordo com os princípios gerais e condições para o acompanhamento pré-natal estabelecido no Anexo I da Portaria GM/MS nº 569/GM, de 1º de junho de 2000, os seguintes eventos:

- ✓ a realização da primeira consulta de pré-natal até o primeiro trimestre da gestação;
- ✓ o mínimo de 06 (seis) consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
- ✓ 01 (uma) consulta no puerpério, até 42 dias após o nascimento;

Os princípios fundamentais que assentam a proposta do Programa de Humanização do Pré-Natal compreendem:

- Toda gestante tem direito ao acesso de atendimento de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério;
- Toda gestante tem direito ao acompanhamento do pré-natal;

-Toda gestante tem direito de saber e ter assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto;

-Todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal e que esta seja realizada de forma humanizada e segura;

Além do que já está preconizado, devem ainda ser valorizadas as atividades de comunicação em saúde, uma vez que o intercâmbio de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação.

Assistência pré-natal no contexto de saúde da mulher

Durante muitas décadas, as políticas de saúde da mulher no Brasil enfocaram exclusivamente o atendimento às demandas decorrentes da gestação e do parto, restringindo a atenção ao processo reprodutivo.

O Programa Nacional de Saúde Materno-Infantil lançado em 1974 pelo Ministério da Saúde teve como ênfase os programas de prevenção à gravidez de alto risco e suplementação alimentar às gestantes e puérperas de baixa renda. Pelo que se observou, de 1974 até 1983, as políticas públicas de atenção à saúde da mulher ficaram restritas à assistência ao período de gestação, com o intuito de garantir a saúde das mães e seus filhos.

No final da década de 70 e início dos anos 80, o movimento feminista defendia o direito da escolha autônoma dos indivíduos, especialmente das mulheres, a respeito do número de filhos que queriam ter, sem atrelamento à alguma meta demográfica nacional. Essa posição colocava o exercício dessa possibilidade como uma condição de cidadania, e enfatizava a responsabilidade social na garantia dos direitos e a necessidade de uma ampla atenção à saúde reprodutiva.

O movimento feminista afirmou a autoridade das mulheres na definição de suas necessidades e se opôs às condutas médicas feitas "para o seu próprio bem". Esses direitos quer estejam ou não constituídos legalmente, são compreendidos como reivindicações de justiça, afirmações de que os arranjos sociais de gênero são injustos e devem ser transformados.

No Brasil, na década de 80, evidenciou-se uma ampliação da formulação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM. A saúde feminina passou a ser considerada de forma mais ampla, apresentou metas como a ampliação dos problemas a serem tratados pelo setor, a recuperação da função educativa dos serviços e a adoção de uma nova perspectiva de atenção a mulher, situando-a em seu contexto social (BRASIL, 1984).

A assistência pré-natal é definida pelo PAISM como "os cuidados de saúde dispensados à mulher visando assegurar a higidez de seu organismo e o crescimento e desenvolvimento adequados do seu concepto, reduzindo assim a

morbi-mortalidade materna e perinatal". O Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher foi pioneiro, inclusive no cenário mundial, ao propor o atendimento à saúde reprodutiva das mulheres no âmbito da atenção integral à saúde e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar (BRASIL, 1984).

Além da tradicional assistência do pré-natal, parto e puerpério, o PAISM incorporou a resposta organizada dos serviços de saúde à anticoncepção, esterilidade, detecção precoce do câncer ginecológico, doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, adolescência e climatério, realçando a necessidade de considerar as dimensões psicológicas e sociais nessa atenção e a promoção de práticas educativas.

O programa teve como objetivo geral reduzir a morbi-mortalidade da mulher em todas as fases da vida, garantindo à população feminina, de acordo com suas necessidades, o acesso aos serviços de saúde de diferentes níveis de complexidades, a partir da unidade sanitária local. Como parte de seus objetivos específicos constatamos a "ampliação da cobertura e melhoria da qualidade das ações de pré-natal, parto e puerpério" e a "realização de ações de educação participativa em todas as atividades desenvolvidas" (BRASIL, 1984).

O Ministério da Saúde, desde 1988 tem definido alguns pontos básicos para atuar na saúde feminina, abordando a saúde da mulher de forma integral. O primeiro ponto se refere à redução da iniquidade dos indicadores epidemiológicos

relativos à saúde da mulher, objetivando diminuir as taxas de mortalidade das mulheres por causas evitáveis. Outro ponto versa sobre a ampliação do direito reprodutivo, oferecendo às mulheres condições para decidirem sobre a sua capacidade reprodutiva (BRASIL, 2002b).

Temos também a questão de que a clientela feminina, principal segmento da população que recorre aos serviços de saúde, constitui desafio especial que deriva de seu papel como mãe (ou como possíveis futuras mães) e de sua tradicional situação de "cuidadora", devendo receber um atendimento de boa qualidade.

A adoção do PAISM representou sem dúvida, um passo significativo em direção ao reconhecimento dos direitos reprodutivos das mulheres, mesmo antes que essa expressão ganhasse os diversos foros internacionais de luta. Contudo, ainda falta muito para uma efetiva implantação de suas propostas, embora a reivindicação pela implantação efetiva dos princípios do PAISM na rede pública de saúde tem sido parte importante da luta de vários grupos políticos, principalmente de mulheres. Além das questões políticas ligadas à própria viabilidade do SUS, essa implantação enfrenta outras dificuldades para se transformar em tecnologias de trabalho concreto.

D'Oliveira (1996), refere que a proposta do PAISM era dependente e correlacionada à proposta original do SUS, exigindo hierarquização das ações,

regionalização, prioridade para ações educativas e promoção de saúde, além do planejamento seguindo referências epidemiológicas e de participação popular.

A evolução histórica recente do sistema público de saúde ocorreu predominantemente na direção da descentralização e da extensão do acesso ao pronto-atendimento médico, com escassa racionalidade epidemiológica e sucateamento dos recursos públicos. Nesse processo, o PAISM acabou por reduzir-se no cotidiano do trabalho e no modelo assistencial vigente, a um certo aumento da oferta de assistência médico-ginecológica, privilegiando ações dirigidas ao tratamento de patologias do aparelho reprodutor feminino (BRASIL, 2002b).

Belfort (1998), considera que em países pobres, como o Brasil, o pré-natal talvez represente a única oportunidade para as mulheres serem atendidas em consulta médica e assim, esboça-se a tendência de aproveitar o período gestacional para proporcionar às mulheres atendimento ampliado, objetivando rastrear a saúde, em geral, consubstanciando o denominado Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-PAISM.

Tyrrel e Carvalho (1998), embora reconhecendo que nos últimos anos tenham sido adotadas diversas medidas técnico-operacionais para melhorar a eficiência e a equidade do sistema público de saúde, consideram que estas medidas não tem se caracterizado em verdadeiras reformas das políticas

públicas de saúde. A situação da mulher e da criança, ainda hoje é grave, persistindo altos índices de morbi-mortalidade materna e infantil.

A discussão quanto à importância da qualidade da assistência prestada à mulher e ao recém-nascido apontou a falta de humanização no atendimento como um dos principais obstáculos a serem superados e as queixas de usuárias e dos trabalhadores que atuam nessa área, associadas aos altos índices de morbi-mortalidade materna e neonatal têm sido os alvos das críticas à falta de finalidade dos serviços de saúde.

O reconhecimento de que as práticas médicas caminharam na direção da "expropriação da saúde" é bem sinalizado, significando que *"os médicos e os hospitais são os agentes patogênicos"* apontando-se assim que a saúde torna-se um produto de consumo e a medicalização uma constante norma da vida e da morte. Essa discussão é realizada por Foucault, que na análise do nascimento da medicina social, refaz conceitualmente seu percurso histórico e aponta que o controle social sobre os indivíduos começou no corpo, entendido como uma bio-política e a medicina como uma estratégia bio-política. Tais reflexões permitem compreender que os modelos atuais de assistência estão fortemente marcados por este paradigma e a retomada de questões como a autonomia e humanização, pressupõe a discussão de referenciais filosóficos. Não será possível mudar a assistência sem ampliar esse olhar e discutir esses conceitos. Sem um entendimento amplo, por exemplo, da relação entre o profissional de saúde e a

mulher, a assimetria desta relação é explicada por um olhar reducionista e maniqueísta: os profissionais de saúde não são comprometidos, as pacientes são "coitadinhas" (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Assim, as autoras afirmam que os profissionais de saúde devem informar e dividir as decisões e responsabilidade com elas, equilibrando a tecnologia e o humanismo, abertos a outras práticas e enfocando a prevenção, essas são as razões e as características do sistema que levaram à necessidade de uma estratégia que sensibilizasse gestores e profissionais para tentar melhorar a assistência à saúde da mulher no país.

O Ministério da Saúde, através da Portaria nº 569, por meio do programa de humanização da assistência à saúde da mulher, considera como direito inalienável de cidadania, o acesso das gestantes e recém-nascidos a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto, puerpério e período neonatal. O artigo 2º estabelece princípios e diretrizes para a estruturação do programa de humanização no pré-natal (BRASIL, 2000).

Neste contexto, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, através de ações de saúde que devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando acesso ao atendimento, acompanhamento e avaliação destas ações sobre a saúde materna-perinatal (BRASIL, 1997).

Este pressuposto registra a questão dos direitos das mulheres e dos deveres constituídos pelo Estado em um instrumento normativo cujo teor, em geral restringe-se a instruções programáticas ou de regulação do sistema. O estabelecimento deste referencial em um documento oficial teve como objetivo demarcar o princípio do direito como um marco conceitual do programa. O descaso com a gestação e suas intercorrências se dá em um contexto de "aceitação" do óbito materno como destino inevitável e a percepção da reprodução apenas como um evento biológico "feminino" sem qualquer denotação social e política (SERRUYA; LAGO; CECATTI 2004).

O Ministério da Saúde refere como condição para o adequado acompanhamento do parto e puerpério, a responsabilidade dos serviços de saúde em receber com dignidade a mulher e o recém-nascido. A adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas (BRASIL, 2000).

Segundo Machado (2000), a principal estratégia de reorganização da atenção básica em saúde, o Programa Saúde da Família-PSF, institucionalizado pelo Ministério da Saúde em 1994, tem obtido melhorias no âmbito da assistência pré-natal, pois através de ações planejadas, o acompanhamento do pré-natal vem atingindo um grupo cada vez maior de mulheres, contribuindo para a diminuição da mortalidade materna.

Sobre a reorganização da atenção básica, concordamos com Vasconcelos (2001) quando considera que o Programa de Saúde da Família possibilita uma melhor compreensão das situações, com uma atuação mais dialógica e completa como, por exemplo, o atendimento do pré-natal. Permitindo o exercício da criatividade pelos profissionais de saúde, é possível construir vínculos mais espontâneos e mais naturais com a população, "ir além da técnica" no sentido de transformar técnicas e protocolos em meios para alcançarmos um fim maior, no qual o incentivo à autonomia esteja em primeiro lugar. Nesta perspectiva o programa de saúde da família é uma oportunidade de requalificação do trabalho da saúde coletiva, da saúde pública e da saúde da mulher para uma defesa do Sistema Único de Saúde - SUS.

Segundo Navajas (1997), o mais importante para a equipe, em particular para a enfermeira que presta cuidado às gestantes no pré-natal, é conhecer o que está acontecendo com as grávidas e compreender que, por trás de toda pergunta, aparentemente ingênua, feita por uma gestante, poderão existir importantes demandas emocionais latentes.

O estabelecimento de uma *escuta* ativa, aliada a uma prática de comunicação/informação adequada junto às gestantes, parece contribuir sobremaneira para que essas mulheres ganhem autonomia, passando a participar da promoção de sua saúde e da saúde do conceito (CAMPOS, 2000a).

Tanaka (1998), refere que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil.

Estima-se que 98% dos óbitos maternos poderiam ser evitados e esta realidade levou o Ministério da Saúde a partir de 1988, a investir na criação dos Comitês de Mortalidade Materna, que atuam no registro e apuração dos principais problemas relacionados às mortes evitáveis de mulheres em idade fértil, com idades entre 10 e 49 anos, principalmente no período do parto e pós parto. Estas causas podem estar relacionadas a problemas do setor saúde e também estar vinculadas a fatores sociais, econômicos, culturais e religiosos (LEAL, 2002).

Os melhores índices de mortalidade materna já alcançados por países desenvolvidos seriam de 15/100.000 n.v.. O aumento de consumo de consultas pré-natal pode não ter impacto sobre essas taxas, se as consultas se reduzirem como tem acontecido em parte dos serviços, a "rituais" seguidos sofrivelmente, mal padronizados e não avaliados (SCHRAIBER, 1996).

A mesma autora refere que a alta cobertura para somente consultas médicas às gestantes, freqüentemente não propicia um acolhimento às ansiedades, medos e queixas, associadas culturalmente à gestação. Ao contrário, os serviços de saúde direcionam de modo medicalizante essas queixas.

Pesquisa realizada com dados do Ministério da Saúde mostra que, no ano de 2002, no Estado de São Paulo, apenas 5% das gestantes inscritas no Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento, receberam o conjunto de atendimento previsto no Programa de pré-natal. Quando se inclui ao pacote preconizado pelo Ministério da Saúde, de seis consultas de pré-natal, consulta do puerpério, exames básicos como o de sangue e de urina e doses de vacina-antitetânica, incluindo o teste de HIV, o percentual de atendimento cai para 4% (BRASIL, 2002b).

Aspectos sócio-demográficos

Na Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde (PNDS) em 1996, da Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil (BEMFAM), 14,3% das mulheres que tiveram filhos nos cinco anos que antecederam a pesquisa, não haviam recebido nenhuma consulta de pré-natal, sendo 7,6% na cidade e 30,3% no campo. O Rio de Janeiro apresentava a menor taxa de mulheres sem cobertura pré-natal. Em relação à escolaridade, 42,6% das mulheres sem pré-natal eram analfabetas. A mediana do número de consultas em todos os lugares pesquisados esteve sempre acima de seis, mas mantiveram-se também as diferenças encontradas para a cobertura: as menores medianas foram as da zona rural e das Regiões Norte e Nordeste (SERRUYA; LAGO; CECATTI, 2004).

Os dados coletados na PNDS em 1996 são semelhantes aos declarados no Sistema de Nascidos Vivos (SINASC) nos últimos anos. Em 1997, 49,8% e em 1998, 49,5% das mulheres declararam ter realizado mais de sete consultas de pré-natal. As desigualdades regionais permanecem: no Sudeste o percentual encontrado é de 58,6% e de 38,6% na região Norte. Apesar do número absoluto de consultas ter aumentado, a razão nacional em 2000 era de quatro e, para que todas as mulheres conseguissem realizar seis consultas, seria necessário um incremento de mais de cinco milhões de consultas de pré-natal por ano. Este crescimento, de 50% para o país, deveria representar um aumento de 105% para a Região Norte e de 150% para os estados do Nordeste (tabela 1) (SERRUYA, LAGO; CECATTI, 2004).

Tabela 1 - Número de consultas de pré-natal necessárias, realizadas, déficit e crescimento percentual necessário para Brasil e Regiões, Sistema Único de Saúde (SUS), 2000.

Região	Total de partos	Consultas necessárias	Consultas realizadas	Déficit	Crescimento necessário (%)
Norte	243.214	1.459.284	709.330	749.954	105,0
Nordeste	876.686	5.270.316	2.086.300	3.184.016	152,0
Sudeste	880.224	5.281.344	5.005.882	275.462	5,5
Sul	329.066	1.874.396	1.460.175	514.221	35,0
Centro-Oeste	174.460	1.046.760	739.098	514.221	41,0
Brasil	2.505.350	15.032.100	10.000.785	5.031.315	50,0

Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de políticas, Brasília (DF); 2003.

A recomendação de se iniciar o pré-natal assim que a gravidez for diagnosticada objetiva fortalecer a adesão da mulher no acompanhamento do

pré-natal e a utilização do protocolo preconizado pelo Ministério da Saúde vem crescendo, favorecendo o acesso das gestantes.

Segundo Campos (2000b), apesar do sistema de saúde ressaltar a necessidade de integração entre os três períodos da assistência (pré-natal, parto e puerpério), nunca efetivamente se viabilizou. No setor público, ainda existe a dificuldade de estabelecer vínculo entre as gestantes, equipe e o sistema de saúde, conseqüentemente levando a um desconhecimento da história da gestação.

Schraiber (1996) chama a atenção que na lógica de preencher lacunas dentro do modelo assistencial no pré-natal, é importante:

- precisar idade gestacional;
- divulgar e garantir os direitos legais das gestantes;
- propiciar o estabelecimento de um "espaço de diálogo" onde diferentes informações, idéias, opções e valores envolvidos nos temas que cercam a maternidade, paternidade, saúde e doença, relação com os serviços de saúde, etc, possam aparecer e constituir objeto de discussão;
- discutir as mudanças no corpo e o processo de gravidez, parto e puerpério, visando o autocuidado;
- estimular a participação paterna no processo de reprodução humana;

Em geral a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a executar as demandas da gestante,

transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e parto. É importante ressaltar que a enfermeira tem sido apontada pela Organização Mundial da Saúde, como o profissional com melhor perfil para este tipo de atenção. Além disso, de acordo com a lei do exercício profissional da enfermagem, Decreto-lei nº 94.406/87, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira (BRASIL, 2000).

Aponta-se como indicativo para uma melhor assistência ao pré-natal, o estabelecimento de diálogos que valorizem a mulher como ser integral, inserido num contexto social, familiar, considerando sua individualidade, emoções, dificuldades internas e história de vida anterior e atual.

Valorizar o contexto familiar e o enfoque da atenção à saúde implica reconhecer a mulher como parte inserida num grupo familiar, que passa a existir como unidade da ação programática de saúde. Esta estratégia, que se apresenta como reorganizadora do modelo assistencial, busca parcerias capazes de potencializar a ação e o atendimento às demandas da comunidade e da mulher, identificando situações de risco, na perspectiva de alcançar resolutividade nos serviços, e principalmente, agindo preventivamente junto às mulheres, desenvolvendo ações educativas.

1.4 - Objetivos

1.4.1- Objetivo Geral:

Compreender o processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto.

1.4.2- Objetivos Específicos:

- ✓ Identificar as ações desenvolvidas pelas enfermeiras no atendimento pré-natal na rede básica de saúde.

- ✓ Identificar a apropriação do trabalho pelas enfermeiras na implantação da assistência pré-natal na rede básica de saúde.

METODOLOGIA

2.1- Quadro metodológico

Para o desenvolvimento do estudo optamos por uma abordagem teórica que possibilitasse compreender a inserção da enfermeira na assistência pré-natal. Consideramos como escolha mais apropriada um estudo qualitativo pela potência para identificar elementos que permitam compreender o processo de trabalho desta categoria profissional.

Segundo Minayo (1998), a abordagem qualitativa permite compreender o universo de significados, motivações, aspirações, crenças, valores e atitudes correspondentes ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos, que podem ser apreendidos através do cotidiano, da vivência e da explicação do senso comum das pessoas que vivenciam determinada situação.

A complexidade da realidade no campo da saúde demanda conhecimentos distintos e integrados que dialeticamente confrontam teoria e prática num fazer cotidiano que envolve um conjunto de relações sociais nas áreas de produção de ações de saúde (MINAYO, 1998).

A pesquisa qualitativa é vista como um processo de estudo, que permite perceber o conhecimento pessoal dos indivíduos e o desenvolvimento de suas próprias definições de mundo, além de possibilitar a exploração de conceitos cuja essência se perderia em outras abordagens de pesquisa (ANGELO, 1989; BOGDAN; TAYLOR, 1984).

2.2 - Local do estudo

Aspectos gerais do município:

O estudo foi realizado no município de Ribeirão Preto, localizado na região nordeste do Estado de São Paulo, a uma distância de 320 km da capital, sede da Divisão Regional de Saúde-DIR XVIII, a qual abrange 25 municípios, sendo um pólo de referência regional em saúde (Esses municípios apresentam uma distância média de 50 km em relação ao município de Ribeirão Preto).

A cidade tem aproximadamente 535.698 habitantes, sendo que quanto ao gênero 52,16% são mulheres e 47,83% homens; enquanto que por faixa etária destaca-se o grupo de idade de menores de 15 anos (24,22%). O grupo compreendido entre 15 a 44 anos corresponde a 51,96%, e os adultos com mais de 60 anos compõem 8,83% da população, enquanto os menores de 01 ano representam 1,25% (SÃO PAULO, 2005).

O Município de Ribeirão Preto conta com 1.434 estabelecimentos industriais, nos seguintes setores: equipamentos médicos e odontológicos, produtos farmacêuticos e veterinários, bebidas, usinas de açúcar e álcool e destilaria e móveis.

Quanto ao comércio conta com aproximadamente com 20.666 estabelecimentos, cujos principais ramos são: de veículos, peças e alimentação; responsáveis por 53,3% de todos os estabelecimentos comerciais.

O setor de construção civil também apresenta destaque na economia do município (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

Ribeirão Preto é uma cidade privilegiada com relação ao saneamento básico: 99,9% da população é servida de água encanada, sendo que a água consumida e distribuída pelo Departamento de Águas e Esgoto de Ribeirão Preto - DAERP, provém de um imenso reservatório de águas subterrâneas chamado Aquífero Guarani. Tem o maior percentual de saneamento básico entre as cidades com mais de 500 mil habitantes do Estado de São Paulo. Dados do último Censo do IBGE - Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística mostram que o município tem 96,3% dos domicílios com saneamento. No tocante ao manejo de resíduos sólidos urbanos, o município recebeu nota 9,7 no Índice de Qualidade de Resíduos, divulgado em 2003 pela CETESB - Companhia de Tecnologia de Saneamento Ambiental (RIBEIRÃO PRETO, 2004c)

O município de Ribeirão Preto, em sua descrição geral, ficou classificado entre os cinquenta melhores municípios do Brasil, ocupando o sexto lugar de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano-IDH. Segundo o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, este índice tem por finalidade medir o progresso humano e é constituído de indicadores referente a três áreas: saúde, educação e renda.

No entanto, encontramos vários bolsões de pobreza em diversos pontos da cidade, revelando significativas desigualdades nas condições de vida da

população. A partir da segunda metade da década de 80 houve um crescimento de 324% no número de barracos distribuídos entre os vários núcleos de favelas, segundo uma pesquisa da Secretaria Municipal do Bem Estar Social, realizada no período de 1986 a 1990 (URBANO, 2003).

Aspectos da saúde no município

A participação dos municípios em geral, inclusive Ribeirão Preto, na assistência à saúde da população pela Lei Orgânica dos Municípios, antes da década de 70 era mínima, sendo responsáveis somente pela assistência de urgência. Ao Estado cabia, através da rede própria e da rede privada financiada por ele mesmo, prestar assistência aos previdenciários, ficando a primeira responsável pelas ações preventivas em saúde pública, de caráter coletivo e pelo atendimento dos não previdenciários e a segunda pelas ações de cunho individual e curativo (MATUMOTO, 1998).

Atualmente, o município configura-se como um centro científico, tecnológico, de serviços e formador de recursos humanos nas mais variadas áreas do conhecimento, especialmente na saúde. Apresenta uma ampla rede de recursos, tanto em atenção básica como em atenção especializada e de alta complexidade e segundo o Plano Municipal de Saúde:

"o modelo de assistência à saúde existente no município é do tipo clínico assistencial com tendência à especialização, medicalização e sofisticação tecnológica, e isto é válido para todos os setores: municipal, estadual, e privado...Existe uma tendência ao atendimento despersonalizado sem vínculo paciente- profissional, o que compromete sua resolutividade e estimula a rotatividade dos

pacientes pelos serviços. Nas unidades da rede municipal as atividades são prioritariamente dirigidas à demanda espontânea da população, apesar da existência de programas de saúde..." (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

A cidade possui uma ampla rede de serviços de saúde de natureza privada, filantrópica e pública (nível estadual e municipal), abrangendo os níveis de atenção primária, secundária e terciária.

A rede hospitalar conta com doze hospitais, sendo dois hospitais psiquiátricos com 454 leitos e seis hospitais conveniados ao Sistema Único de Saúde (SUS), com total de 862 leitos/SUS (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

A rede municipal de saúde está organizada em cinco regiões, denominadas "Distritos de Saúde" que agrupam as Unidades Básicas de Saúde-UBS (30) e 5 Unidades Básicas Distritais de Saúde-UBDS, que funcionam 24 horas. Os seus distritos sanitários estão localizados nas regiões Norte (Simioni), Sul (Vila Virgínia), Leste (Castelo Branco), Oeste (Sumarezinho) e região Central (Distrito Central) (URBANO, 2003).

O município possui atualmente 14 equipes do Programa Saúde de Família-PSF, com cobertura de 11 a 15% da população (considerada incipiente), 21 equipes do Programa de Agentes Comunitários de Saúde-PACS, sendo que 11 equipes estão situadas na distrital Oeste e 3 equipes na distrital Norte. Temos também, cinco Núcleos de Saúde da Família (I, II, III, IV e V), instalados no Distrito Oeste, funcionando em parceria com a Universidade de São Paulo

(Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto) e a Secretaria Municipal da Saúde, responsáveis pela assistência, ensino e pesquisa.

Em relação às equipes do PSF, a meta da Secretaria Municipal da Saúde para 2008 é alcançar uma cobertura populacional de 50%, totalizando um total de 110 equipes .

A implantação e implementação do Programa Saúde da Família constou no Plano Municipal de Saúde para o período de 2001 a 2004, como meta de *"reorientação do atual modelo de atenção à saúde para um modelo que eleja a família como eixo de atenção, concebendo-a à partir de seu contexto social"* (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

A atenção secundária conta com 7 ambulatórios de especialidades, entre próprios, conveniados e contratados: PAM II-Ambulatório Geral de Especialidades Pediátricas, NGA 59-Ambulatório Geral de Especialidades, NAPS F-Núcleo de Atenção Psicossocial para Farmacodependentes, Ambulatório de Saúde Mental, Núcleo de Saúde Mental-CSE/USP, Ambulatório de Especialidades Santa Casa/UniMauá, Centro de Especialidades Electro Bonini-Unaerp) e também com a oferta de determinadas especialidades nas UBDS.

O sistema de atendimento à urgência é formado pelo Resgate do Corpo de Bombeiros, pelo Serviço de Atendimento Médico de Urgência da Secretaria Municipal da Saúde (SAMU) e por unidades de suporte básico que trabalham de

forma integrada. Esse sistema permite um atendimento eficaz e efetivo a todo tipo de urgência, contribuindo com a diminuição da mortalidade por essas causas e das seqüelas delas decorrentes.

No quadro de recursos humanos da Secretaria Municipal da Saúde encontramos: 182 enfermeiros, 434 auxiliares de enfermagem, 11 farmacêuticos, 10 farmacêuticos bioquímicos, 28 psicólogos, 233 dentistas e 87 auxiliares de consultório dentário. O quadro de profissionais médicos encontra-se assim distribuído: 367 clínicos, 10 emergencialistas (SAMU e Regulação), 49 ginecologistas, sete oftalmologistas, três otorrinos, 155 pediatras, 18 psiquiatras, 18 sanitaristas, 2 médicos do trabalho e 1 fitoterapeuta, totalizando 630 médicos. Juntas, as Unidades realizam por mês cerca de 750 mil procedimentos e atendem 75% da população da cidade. Há cinco anos, este percentual era de 50%. Esse aumento do número de atendimentos é creditado ao fato de parte da população ter abandonado os planos de convênio médico (RIBEIRÃO PRETO, 2004b).

O perfil epidemiológico é semelhante ao do País no que se refere às quatro primeiras causas de óbito: doenças do aparelho circulatório, neoplasias, causas externas e doenças do aparelho respiratório. A região tem sido destacada como a de maior incidência em relação a AIDS, tendo como causa principal a transmissão heterossexual e ligada ao uso de drogas.

Aspectos gerais ligados à assistência da saúde da mulher:

O programa de saúde da mulher da Secretaria Municipal da Saúde está sistematizado buscando desenvolver ações cujo objetivo principal visa o atendimento integral à saúde da mulher, com a finalidade de reduzir a morbidade e a mortalidade das mulheres adolescentes e adultas que residem no Município de Ribeirão Preto.

As metas estabelecidas para o programa de saúde da mulher no município de Ribeirão Preto, visam:

- ✓ Conhecer as principais doenças que acometem as mulheres do Município de Ribeirão Preto;
- ✓ Permitir acesso fácil aos serviços de saúde;
- ✓ Possibilitar o tratamento das patologias diagnosticadas através de medidas simplificadas e encaminhamentos dos casos complexos aos níveis de atendimento secundário e terciário;
- ✓ Garantir a assistência às gestantes e puérperas nas Unidades Básicas de Saúde, e quando necessário nos hospitais;
- ✓ Viabilizar o uso correto dos métodos anticoncepcionais;
- ✓ Promover ações de educação em saúde e debater sobre a condição feminina, nas Unidades Básicas de Saúde;

- ✓ Organizar medidas que visem a prevenção da gravidez na adolescência;
- ✓ Integrar com os demais programas e departamentos da Secretaria Municipal da Saúde a reciclagem profissional periódica (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

O município de Ribeirão Preto adota o protocolo do Ministério da Saúde, oferecendo o número de exames completos, incluindo o teste do HIV e repetindo alguns exames como VDRL, no último trimestre. O financiamento da cobertura do pré-natal é concluído após a consulta do puerpério, sendo que a Secretaria Municipal da Saúde tem alertado aos profissionais que o financiamento pode não ser repassado se a cobertura do pré-natal não estiver completa, conforme definido pelo Programa de Humanização do Pré-Natal-PPHN.

Chamamos a atenção que a falta de vínculo com os serviços e adesão das clientes aos programas assistenciais, pode ser um dos fatores que dificulta o alcance desta meta.

A relação pactuada através do Plano Municipal de Saúde para o período de 2001-2004, em relação à mortalidade materna foi de 370/100.000 hab., através de ações corretivas como: ampliar e implementar as ações de pré-natal garantindo o mínimo de 6 consultas das parturientes do SUS; reativar o Comitê de Mortalidade Materna; melhorar o fluxo de encaminhamento das urgências

obstétricas, melhorar o fluxo de encaminhamento do pré-natal patológico e implementar o Projeto Nascer (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

A Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto entende como necessária a investigação das causas de óbito materno e infantil para a identificação de situações que estejam interferindo na qualidade da assistência prestada à mulher e à criança, e que contribuirá para a implementação de estratégias que culminem com a diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil. O coeficiente de mortalidade Materna em Ribeirão Preto-SP, 2000, foi de 403,03/100.000 hab. (RIBEIRÃO PRETO, 2000).

No ano de 2004, o percentual de gestantes cadastradas no SISPRENATAL em Ribeirão Preto foi 64,49%, com uma meta de alcançar 80% em 2005 (SÃO PAULO, 2005).

Para o ano de 2005, a Secretaria Municipal da Saúde apresentou as seguintes ações pactuadas para aumentar o percentual de parturientes com cobertura de sete ou mais consultas pré-natais e redução de óbitos por causas maternas (SÃO PAULO, 2005):

- garantir às gestantes o acesso ao pré-natal com a realização de todos os exames básicos, consultas mensais, vacinação, parto humanizado em maternidades, retorno ao puerpério em 40 dias e grupo de orientações para gestantes;

- detecção precoce de alterações materno-fetais no pré-natal e encaminhamento ao ambulatório de especialidades para o pré-natal de alto risco.
- implantação do grupo gestor em todas as Unidades de Saúde;

Vale a pena ressaltar que o trabalho da enfermeira envolve todas as etapas apontadas nas ações pactuadas pela SMS-RP. Cabe à categoria profissional, juntamente com as equipes de saúde, apropriarem-se dos espaços coletivos promovidos pelo Conselho Gestor, com vistas à transformação do projeto político vigente.

2.3 - Procedimentos para coleta de dados: grupo focal

A técnica do grupo focal foi utilizada, buscando analisar na perspectiva das enfermeiras, o potencial transformador do grupo e sua apreensão da assistência ao pré-natal.

Dentre as razões que justificaram a escolha da técnica qualitativa destacamos: os debates, a interação em grupo, a geração de idéias novas e originais, o aprofundamento de idéias na identificação de pontos críticos e a participação de todos na discussão.

Procuramos por uma técnica de coleta de dados que privilegiasse a comunicação e também fosse apropriada a pesquisas qualitativas, onde se pretendesse explorar um "foco", ou seja, um ponto em especial que pudesse também ser aplicada tanto

em tema específico, cuja finalidade é deixar emergir as diferentes visões sobre o mesmo, quando se quer entender em profundidade um comportamento dentro de um grupo determinado (RESSEL, 2002).

A definição de Grupo focal segundo Morgan (1988), é uma técnica de pesquisa que coleta dados através da interação grupal, sobre um determinado tópico, selecionado pelo pesquisador. É o interesse do pesquisador que proporciona o foco, contudo os dados por si mesmos são trazidos pela interação grupal. O autor ressalta que não há tamanho fixo ideal para o grupo. Cada caso deve ser avaliado pelo próprio pesquisador o qual deve ter o número de integrantes adequado ao desenho geral da pesquisa. A regra comum é recrutar em média vinte por cento a mais, pensando nas eventuais ausências de integrantes selecionados. Combinando as considerações práticas, especifica uma variação de seis a dez integrantes.

A metodologia de grupo focal teve origem no campo da Sociologia, na década de 40, com os trabalhos de Merton e Kendall sobre a persuasão da propaganda dos esforços de guerra (MORGAN, 1988).

Como característica diferencial própria, o Grupo Focal utiliza a interação do grupo de pesquisados para produzir dados e "insights" que seriam menos acessíveis ao pesquisador num contexto de entrevista individual. De acordo com Bellenger et al. (1976), esta situação de ouvir- refletir- questionar/ concordar -

responder leva a respostas mais espontâneas dos participantes e a um alto nível de envolvimento no debate.

Westphal; Bogus e Faria (1996), definem a técnica de grupo focal como uma *"entrevista em grupo"* que possui a conveniência de se poder *"obter dados com certo nível de profundidade"*, mais facilmente e de modo mais rápido.

Krueger (1994) justifica a eficácia do grupo focal como método para avaliar a percepção dos indivíduos, pois permite uma flexibilidade e abertura ao indivíduo de colocar-se a si mesmo e expressar emoções que freqüentemente não emergiriam em outras formas de questionamento. Sobre a coleta de dados o autor salienta que as questões devem ser abertas, pois os dados são de natureza qualitativa, e a função do pesquisador é de moderador, observador e ouvidor, eventualmente analisando os comentários. Usando um processo indutivo, o pesquisador indutivo deriva compreensão baseada na discussão, em contraposição a testar ou confirmar uma hipótese ou teoria pré-concebida.

Segundo a *Academia para el desarrollo educativo* (HEATHCOM, 1995), o estudo do grupo focal é rico em dados descritivos, pois parte de um plano aberto e flexível para estudar determinado fenômeno de maneira contextualizada, mediante várias fontes de informação, sendo uma de suas características a de buscar representar os diferentes e, muitas vezes, contraditórios pontos de vista presentes numa situação social.

Sobre o grupo focal, concordamos com Pereira (2001), a qual refere que esta técnica de acordo com Morgan (1988) pressupõe que os integrantes compartilhem traços comuns como um dos critérios para composição do grupo e que possuam uma experiência prévia do assunto a ser abordado.

Ao iniciarmos o estudo, analisamos a participação de alguns movimentos grupais e escolhemos a técnica do grupo focal, pois foi ao encontro da vivência de trabalho. Concluimos assim que esta técnica de coleta de dados seria apropriada para nossa pesquisa.

Buscamos neste exercício pensar a prática em saúde e especialmente a prática em enfermagem valorizando a *perspectiva coletiva*. E destacamos como importante a complexidade e a dificuldade do compromisso em trabalhar em espaços coletivos. O coletivo não é homogêneo, existem contradições e conflitos, que são fundamentais, pois sem eles não há produção de idéias novas nem espaço para a criatividade. Quando bem administradas possibilitam a complementaridade, favorecem trocas e o enriquecimento de um grupo de trabalho.

Coleta de Dados

A coleta de dados ocorreu em fevereiro de 2004, sendo que os encontros aconteceram em datas previamente agendadas com as participantes.

Os encontros grupais foram realizados na Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade São Paulo-EERP/USP, na sala Ligie. A escolha deste espaço levou em consideração o fato de ser um espaço não pertencente à Secretaria Municipal da Saúde, oferecendo a possibilidade de maior liberdade e espontaneidade para a manifestação das participantes da pesquisa.

Orientamos o desenvolvimento do grupo focal de forma a atender ao objetivo de trabalhar as questões: *O quê, por que, para quê e como o pré-natal tem sido desenvolvido pelas enfermeiras da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.*

Para registrar as informações utilizamos dois gravadores, sendo que os mesmos não mostraram ser objeto de inibição ou constrangimento do grupo.

A transcrição dos encontros dos grupos e o registro da observadora totalizaram oitenta e cinco páginas digitadas em espaço simples.

O material produzido nos encontros foi transcrito pela observadora e revisado pela autora do estudo, sendo que o registro dos encontros foi realizado pela observadora, após a autorização das participantes.

O grupo de enfermeiras, participantes deste estudo, mostrou-se homogêneo quanto ao tempo de ingresso na Secretaria Municipal da Saúde. O relato da observadora evidenciou uma coesão do grupo:

"[...] em alguns momentos tinha a impressão que conversavam entre si não havendo necessidade de grandes intervenções dos coordenadores, quase não teve momentos de silêncio, cada uma expunha rapidamente suas idéias, percepções e sentimentos sobre o assunto do foco em discussão (pré-natal), segundo elas, "sem vergonha". O1"

A coesão do grupo e o local dos encontros foram fatores que proporcionaram um ambiente agradável, facilitando a coleta de dados.

2.4- Constituição e desenvolvimento dos grupos

A escolha dos sujeitos do estudo foi definida a partir dos seguintes critérios: enfermeiras que trabalhavam na assistência ao pré-natal na rede básica de saúde de Ribeirão Preto (SP) e estiveram participando da discussão sobre a implementação do protocolo de assistência ao pré-natal na rede básica de saúde de Ribeirão Preto e que aceitassem participar da pesquisa.

O convite foi feito a 13 (treze) enfermeiras assistenciais, que no ano de 2002, integraram a Comissão de Sistematização da Assistência de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto, a qual foi a responsável pela

implementação do Protocolo de Assistência de Enfermagem Pré-natal, em vigência na rede pública de Ribeirão Preto.

Deste grupo, duas profissionais recusaram-se a participar, alegando que a agenda de trabalho ou a carga horária não permitiriam essa participação; três profissionais aceitaram participar, mas faltaram aos encontros e três profissionais estavam de férias, do que resultou a participação de 5 enfermeiras.

Contamos com o apoio da Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde, convidando e liberando do serviço as enfermeiras participantes da pesquisa.

A coordenação do trabalho de grupo contou com três participantes: uma observadora (O1), dois coordenadores (C1 e C2) que alternaram entre os papéis de observador e coordenador.

No início do primeiro encontro estabelecemos o nosso contrato grupal, esclarecemos os objetivos da pesquisa e o método para a coleta de dados e acordamos as próximas datas de encontro.

Durante a apresentação a pesquisadora e os coordenadores explicaram suas atribuições. A observadora esclareceu que não teria participação verbal e que permaneceria com a tarefa de registrar os movimentos importantes do grupo e os fatos relativos ao ambiente.

Quanto ao tempo, adotamos a duração de 1 hora e trinta minutos para cada encontro, segundo a orientação de Westphal, Bogus e Faria (1995), que sugerem

este tempo para cada sessão, sendo que conforme a exaustão dos dados pode estender ou reduzir o desenvolvimento do encontro.

Iniciamos o primeiro encontro com a apresentação individual dos participantes, incluindo os coordenadores (C1- Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde - doutoranda em saúde pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-EERP/USP, a qual desenvolve trabalhos de grupo, vivenciados junto com C2- Médico ginecologista da Secretaria Municipal da Saúde com formação em psicodrama. O mesmo foi contatado por ter desenvolvido trabalhos de grupo, pela sua formação, vivência e pelo interesse em participar da pesquisa na área da saúde da mulher) e a observadora (O1- Enfermeira e doutoranda em saúde pública pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo-EERP/USP).

Após uma dinâmica de aquecimento, trabalhamos com questões disparadoras sobre o pré-natal.

Minayo (1998) reforça que este primeiro contato é fundamental para a adesão ao grupo, o qual deve ser esclarecido quanto aos objetivos e metodologia que serão desenvolvidos.

Em todos os encontros reservamos um tempo inicial para realização de dinâmica de aquecimento, objetivando sensibilizar e descontrair as participantes do grupo. Estabelecemos um horário de início e término para cada reunião,

explicando que a necessidade de coleta de dados era prevista para o mínimo de três encontros.

Os encontros seguintes trabalharam as perguntas: para quê? E como o pré-natal está sendo desenvolvido.

Trabalhamos num ambiente físico com cadeiras organizadas em roda, com quatro mesas circulares pequenas, sendo duas delas utilizadas para acomodar dois gravadores em locais diferentes e as outras duas mesas para servir café, suco e um lanche. No encerramento dos encontros, permanecia um clima acolhedor entre todos os participantes.

2.5-Sujeitos do Estudo

Participaram do estudo, comparecendo a todos os encontros, cinco enfermeiras assistenciais alocadas em diferentes distritos sanitários da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

E1- Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde há 12 anos e há 8 anos está em uma Unidade de Saúde de pequeno porte, a qual agregou uma equipe de agentes comunitários de saúde.

E2- Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde, formada há 20 anos, está na rede municipal há 12 anos e trabalha na mesma Unidade de Saúde há 8 anos. Sua

Unidade tem uma equipe mista de trabalhadores, a qual inclui uma equipe do Programa de Saúde da Família.

E3- Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde há 18 anos, há 17 anos trabalha em Unidade de Saúde com equipe mista, a qual inclui o Programa Agentes Comunitários de Saúde-PACS.

E4- Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde, formada há 20 anos, referiu ter trabalhado em muitos locais dentro da rede básica de saúde do município nos 16 anos de contrato, estando há 4 anos como enfermeira do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

E5- Enfermeira da Secretaria Municipal da Saúde há 16 anos, trabalha em uma unidade especializada no atendimento com adolescentes, pertencente ao Distrito Central, teve a experiência de trabalhar em um setor de emergência de um hospital universitário.

Durante a apresentação, a observadora registrou que as participantes apresentaram experiências semelhantes quanto ao pré-natal na rede pública, tendo um tempo comum de experiência profissional como enfermeiras (mais de 10 anos de prática e aproximadamente 20 anos de formação).

Tabela 2- Distribuição das enfermeiras entrevistadas e as características dos locais de trabalho na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto-SP.

Região	Enfermeiras Entrevistadas	Característica da Unidade de Saúde	Tempo formada	Tempo na rede básica municipal	Carga Horária Semanal
Leste	E 1	Mista e PACs	19 anos	18 anos	40
Oeste	E 2	Mista e PSF	20 anos	12 anos	40
Oeste	E 3	Mista e PACs	20 anos	18 anos	40
Norte	E 4	Mista e PACs	20 anos	16 anos	40
Central	E 5	Especialidade	20 anos	16 anos	20
TOTAL	05				

2.6 Questões éticas da pesquisa

No desenvolvimento do nosso estudo foram consideradas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos, advindas da Resolução de número 196/96, do Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde.

Solicitamos junto à Secretaria Municipal da Saúde autorização para desenvolvimento do projeto de pesquisa (ANEXO 1).

Após autorização, o projeto foi enviado para análise e aprovação ao Comitê de Ética de Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (ANEXO 2).

Tendo em vista a necessidade e direito das profissionais de conhecerem e compreenderem a realidade que os cercam, procedemos ao esclarecimento sobre

os objetivos da pesquisa e as repercussões do processo investigativo. Após a apresentação da proposta de trabalho, solicitamos a assinatura a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para participação na pesquisa. Foi garantido o sigilo das informações e da identidade dos participantes do estudo (ANEXO 3).

2.7- O processo de análise dos dados

A análise de conteúdo proposta por Bardin (1977), foi a técnica utilizada para sistematizar os dados qualitativos. Esta técnica é definida da seguinte forma:

"Um conjunto de técnicas e análise das comunicações visando obter por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição dos conteúdos das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção variáveis inferidas destas mensagens"(BARDIN, 1977, p.42).

Formalmente a análise de conteúdo desenvolveu-se no início deste século, nos Estados Unidos, destinada a interpretar essencialmente material jornalístico com rigor científico. No início a análise de conteúdo apresentava um caráter estritamente quantitativo uma vez que utilizava o cálculo da frequência com que determinados elementos apareciam nos textos para chegar a inferência (BARDIN, 1977).

No período de 1950-1960 surgiram novas perspectivas metodológicas, marcando o início do que foi chamado de uma segunda juventude para a análise de conteúdo. A etimologia, a história, a psiquiatria, a psicanálise e a lingüística juntam-se à sociologia, à psicologia, à ciência política e ao jornalismo para debater essas novas perspectivas.

No plano epistemológico, diz a autora, confrontam-se duas concepções de comunicação: o modelo "instrumental", representado por A. George e G. Mahl e o modelo 'representacional' defendido por G.E. Osgood. Sob o ponto de vista do primeiro modelo o mais importante não é o conteúdo manifesto da mensagem, mas sim o que ela expressa, graças ao contexto e às circunstâncias em que se dá. O segundo modelo é de fundamental importância ao conteúdo lexical do discurso, defendendo a idéia de que através das palavras da mensagem, pode-se fazer uma análise de conteúdo eficiente, sem a necessidade de apelo ao contexto e ao processo histórico (BARDIN, 1977).

Na análise qualitativa é levada em consideração a presença ou ausência de determinadas características de conteúdo ou de um conjunto de características, num determinado fragmento de mensagem. Os defensores das técnicas qualitativas colocam em cheque a análise freqüencial como critério de objetividade e cientificidade e demonstram a preocupação em se atingirem através da inferência, interpretações mais profundas (BARDIN, 1977).

Minayo (1998) refere que a expressão mais comumente usada para representar o tratamento dos dados de uma pesquisa qualitativa é a análise de conteúdo. No entanto, o termo significa mais do que um procedimento técnico. Faz parte de uma histórica busca teórica e prática no campo das investigações sociais.

A técnica da análise de conteúdo compreende as seguintes fases: a pré-análise, que possui três missões: a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses ou pressupostos e dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentam a interpretação final. Na pré-análise organizamos o material, num período de intuições, que tem por objetivo sistematizar as idéias iniciais e torná-las operacionais, de modo a conduzir-nos a um esquema de desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A pré-análise é dividida em três etapas, a saber:

- ✓ A leitura flutuante, que consiste em estabelecer um contato com os documentos, deixando-se invadir por impressões e orientações, ou como refere Minayo (1998), deixando impregnar-se pelo seu conteúdo;
- ✓ A construção do corpus, que é a organização do material, de forma que responda às normas de validade. Para tanto, a sua constituição implica, muitas vezes, em escolher, selecionar e definir regras, tais como a exaustividade (que contenha a representação do universo pretendido), a homogeneidade (que obedeça a critérios preciso de escolha de temas,

técnicas e interlocutores) e a pertinência (os documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho).

- ✓ A formulação de pressupostos e objetivos, onde se determina a unidade de registro (palavra-chave ou frase), a unidade de contexto (delimitação do contexto de compreensão da unidade de registro), os recortes, a categorização, a codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise.

A próxima fase, denominada como exploração do material, consiste na operação de codificação, transformando os dados brutos para alcançar o núcleo de compreensão do texto. Nesta fase, trabalha-se inicialmente com o recorte do texto em unidades de registro, que podem ser uma palavra, uma frase, um tema, um personagem, um acontecimento, tal como foi estabelecido na pré análise.

Na última fase realiza-se o tratamento dos resultados obtidos e a interpretação; os resultados brutos são tratados de forma a se apresentarem significativos e válidos.

A opção de trabalharmos com análise de conteúdo se deu por entendermos que as participantes do estudo têm possibilidade de discorrer sobre o tema proposto de maneira mais flexível. E por possibilitar uma leitura mais subjetiva do processo de trabalho, de forma espontânea.

A partir desta orientação teórica realizamos primeiramente a organização do material produzido pelos grupos focais nos apoiando em reconhecer os elementos do processo de trabalho.

Neste momento pretendemos dar visibilidade à prática de enfermagem realizada e relatada por enfermeiras como parte de seus "fazeres" dentro da instituição Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto.

De acordo com Almeida (1999) a análise do processo do trabalho compreende:

O foco de atenção (objeto de trabalho) das práticas de saúde, em sua dimensão individual e coletiva;

Os instrumentos utilizados para operacionalização do cuidado;

O resultado (produto) desta ação imediatamente incorporada pelo cliente que recebe o cuidado;

As relações que se estabelecem no desenvolvimento do processo de trabalho e da articulação mais externa deste com os processos políticos e estruturais.

Na exploração dos dados, primeiramente agrupamos os recortes das falas nos seguintes sub-temas: postura profissional; experiência de vida; trabalho da enfermeira; contradições; projeto da Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto; trabalho em grupo; aspectos éticos; atenção básica e violência.

Analisando os sub-temas, chegamos aos eixos temáticos que evidenciaram os elementos do processo de trabalho neste estudo.

Os eixos temáticos finalizaram em:

- ✓ As políticas da assistência à saúde da mulher-finalidades.
- ✓ Os saberes-instrumentos.
- ✓ Dimensão da saúde-produto.

RESULTADOS E ANÁLISE DOS DADOS

3.1 - O processo de trabalho das enfermeiras no programa pré-natal.

[...] Um técnico de boca aberta é mais perigoso para a democracia que uma urna de boca fechada... Na saúde é a mesma coisa. O doente abre mão do seu próprio corpo e o entrega às manipulações das pessoas e instituições que detêm o monopólio do saber sobre a vida e a morte...Quando os técnicos têm a última palavra, aqueles que não são técnicos não têm palavra nenhuma...Afinal de contas, falta-nos a competência dos especialistas...Por outro lado ninguém negará que aqueles que detêm o monopólio do saber devem deter também o monopólio do poder. Esta conclusão é resultado de uma lógica férrea...Se há técnicos que sabem, porque dar o poder a um povo que não sabe?...O povo perdeu o poder por ter sido roubado o saber. E quem se entrega ao saber do outro acaba por ficar ao sabor do outro..." (ALVES, 1985).

Entendemos que analisar o processo do trabalho no nosso recorte foi olhar para a produção do pré-natal pelas enfermeiras e como estas estabelecem este processo visando finalizar na assistência e na produção de cuidados.

Os dados provenientes do nosso estudo nos permitiram identificar as contradições existentes no processo de trabalho referente à assistência do pré-natal. Estes resultados podem constituir-se em um instrumento de intervenção e produção de serviços que determinam novos modos de agir em saúde.

3.1.1 A política da assistência pré-natal no município-finalidades

A análise dos dados evidenciou que, para as enfermeiras do estudo, o projeto de assistência pré-natal no município de Ribeirão Preto foi instituído para atender políticas públicas vigentes no país. No entanto, foi um programa verticalizado, implantado sem planejamento de infra-estrutura e preparo de recursos humanos.

É neste contexto que, sendo instituído um protocolo de assistência pré-natal, às vezes ele pareceu ter chegado, conforme justificado na seguinte citação: *"Ele parece ter chegado, veio de algum lugar"* (E4), traduzindo assim uma idéia de uma assistência ao pré-natal como um trabalho verticalizado, pouco discutido e associado com o modelo hegemônico em saúde.

"[...] Eu sinto que quando ele chegou, foi colocado, o disparo, o ritmo diferente e aí não tem sala, como que nós vamos fazer, não dá tempo, vamos deixar de fazer? E como outras coisas nós fomos incorporando (E4) "

O *"ritmo diferente"* (E4), era a nova rotina que chegava, trabalhando com diagnóstico, consulta, desvinculação da consulta médica e o sentimento de medo e insegurança para trabalhar com a questão da gravidez. Este contexto pode ter sido sentido como uma *"ilegalidade"*, não fazer parte da atenção básica e ainda se deparar com a falta de espaço físico, *"o grande vilão"* (E4).

No nosso entendimento, o fato de que *"E como outras coisas nós fomos incorporando"* (E4) revela um trabalho mecânico por estar relacionado com o

"coisificado", como também um sentimento de submissão para o que estava definido, com um certo acomodamento, sem reflexão compatível com outras ações daquele momento.

O modelo assistencial vigente priorizava (como ainda prioriza) a consulta médica, assim, o espaço físico se mostrava como um ponto de dificuldade, pois na maioria das vezes uma sala era utilizada para muitos outros procedimentos, inclusive para consulta médica.

Por outro lado, a assistência pré-natal pressupõe trabalhar com uma questão muito delicada e decisiva para a vida de uma mulher e isto justifica a necessidade de um local privado para que o processo de "escuta" comece no primeiro contato.

Assim, muitas dificuldades foram sentidas: "... não tem sala..." (E4). O fato de não ter sala configurava uma percepção pontual da categoria dos enfermeiros e a preocupação com a privacidade desta relação foi o primeiro ponto difícil para aceitar este novo trabalho instituído.

Observamos também que, em se tratando do espaço físico, a mistura de funções em um só espaço, dificultava a aproximação entre o profissional de saúde e o usuário.

"[...] uma mistura de funções na sala, a gente se sente muito mal, não sei se o paciente se sente tão mal como a gente se sente, porque ele entra com a vontade ali, mas..(E4)"

Os dados evidenciam que as profissionais percebem a necessidade ou o desejo de aproximação, *"ela entra com a vontade ali, mas..."* (E4). A pausa *"mas"*, nos faz pensar sobre a demanda social para a atenção em saúde, sendo que para Campos (2001) a dimensão da linguagem é a própria demanda, porém, muitas vezes a falta de espaço apropriado para certos atendimentos, inviabiliza a expressão da comunicação, fragmenta a assistência, favorece a manutenção da hegemonia do modelo biomédico.

Por outro lado, identificamos que mesmo com as dificuldades e as contradições presentes na estrutura e no processo de trabalho, a implantação do pré-natal foi efetivada.

"[...] se a gente estivesse esperando a sala pra começar o pré-natal...então, a condição ideal nem sempre precisa ser aguardada para gente disparar o processo (E4) "

"[...] Com essa questão do espaço, eu lembro bem... a unidade que eu tô assim: é um prédio super antigo. E aí teve uma reforma e a gente acabou tomando uma sala pro atendimento da enfermagem. Como que a gente ia fazer orientação individual se não tinha uma sala? Então, foi uma oportunidade de formalizar o pré-natal. Era muito bom, poder ficar mais a vontade com a paciente, ela pode se colocar..., tem toda uma particularidade pra gente tá atendendo. (E5)"

Observamos que uma as Unidades de Saúde que conseguiram priorizar um espaço para o trabalho da enfermagem, valorizam esta conquista e ressaltam que havia um ambiente propício para a usuária *"se colocar dentro das particularidades"* (E5) para cada atendimento.

"Era muito bom poder ficar mais a vontade com a paciente"(E5). Se o usuário demonstra de várias formas suas necessidades, seja através da comunicação verbal ou não verbal, "ficar a vontade" é um importante componente da qualidade da assistência ofertada. Leitão (1995), nos traz uma reflexão sobre a importância de uma escuta mais acolhedora nos serviços de saúde, destacando a necessidade de um atendimento individualizado, com respeito ao outro em sua vida, em seu contexto.

Ainda que o espaço físico seja apropriado, a entrevistada expressou que *"...o primeiro atendimento é difícil mesmo..." (E5).*

"[...] O primeiro atendimento é difícil mesmo, é muita coisa no atendimento, no mesmo dia... E a gente acaba digerindo na rotina. (E5)"

De acordo com a análise de nossa observadora (O1), *"A gente acaba digerindo" (E5)*, parece ser uma metáfora do cuidado da assistência de enfermagem. A digestão aqui como: comida digerida? Comida indigesta? Lembrança? Esquecimento? O profissional da saúde acaba digerindo na rotina do trabalho. E o usuário? *Digere tudo isto?* A comunicação, o diálogo, é um componente indispensável para o trabalho. De acordo com nossas reflexões, o profissional deverá dispor de uma *caixa de ferramentas* cujo projeto maior deverá ser o "cuidado".

"Cuidar", na verdade, significa desconstruir um saber, interagir com "o outro", sentir com "o outro", revelando assim a apropriação muitas vezes do

desconhecido, de modo que a resolutividade precisa ser construída coletivamente.

Merhy (1997), afirma que no campo da saúde o objeto não é a cura, ou a promoção e proteção da saúde, mas a produção do cuidado, através do qual poderão ser atingidas a cura e a saúde, que são de fato os objetivos que se quer atingir.

Atualmente, o problema da falta do espaço físico não tem a mesma relevância que no período da implantação do pré-natal. Ainda assim, muitas equipes convivem esse problema uma vez que os consultórios existentes são destinados na grande maioria para o atendimento médico.

"[...] Eu atendo na esterilização e chega o COREN¹ e quer te matar!... Eu não agüento isso!... É algo constrangedor!...(E3) "

"[...] A minha bruxa maior, ou dragão, não sei, na unidade é ainda é um lugar pra eu ficar, é um espaço que eu possa ter privacidade, quando a gente tá falando de mama, olhando uma mama, ninguém vai entrar, te interromper, abrir a porta ou ficar de costas pro paciente que tá na observação tomando soro pra eu ver o mamilo da... Você acha que uma pessoa vai se abrir, contar alguma coisa super importante pra ela, se tem alguém em observação, tomando soro do lado. É o espaço que eu tenho lá dentro!. Isso me angustia! (E3)".

"[...] é algo complicado... Nós não temos espaço para trabalhar o pré-natal...Não preserva intimidade nenhuma...fica no saguão mesmo, E1"

Por outro lado, quando o problema do espaço está resolvido, surge a questão do reconhecimento do trabalho da enfermagem. A falta de

¹ COREN: Conselho Regional de Enfermagem

reconhecimento do trabalho das enfermeiras, pela equipe, como produtoras de um trabalho autônomo, decorre também do fato de que a formação dos recursos humanos em saúde ainda está fortemente impregnada pelo paradigma biomédico.

"[...] Isso me incomoda "muito", muita gente quer falar, eles não respeitam que você tá atendendo, como o médico. Imagina se o paciente bate na porta do médico, raramente acontece, né!?. Então, é um respeito, é uma coisa que você tem que impor. (E4) "

"[...] Isso, eu falo: "Gente, quando o médico tá de falta abonada, tá de férias, ai que delícia!, aquele consultório ficar só pra mim..(E3)."

"[...] ontem eu peguei a planta, mesmo:"madre José, tudo consultório médico". Eu vou mudar a placa e arrancar uma placa de lá! Temos enfermeiros no planejamento da Secretaria, eu liguei e perguntei: como você me manda uma planta escrito tudo consultório médico? Não tem consultório de enfermagem? . (E1)"

O espaço interno das Unidades de Saúde é ocupado preferencialmente por médicos em salas individuais, sendo que outras salas coletivas são ocupadas por procedimentos de enfermagem. Assim, os espaços internos são espaços de categorias, fragmentadas por ações.

A fragmentação do processo de produção em saúde guarda relação com o desenvolvimento das formas de produção da sociedade capitalista, que levaram a incorporação dos princípios da administração científica de Taylor, nos mais diversos setores da sociedade moderna, incluindo a saúde. Segundo Campos (2000), este processo leva a alienação real dos trabalhadores e a separação concreta e cotidiana dos produtores da gestão dos meios de produção e do

resultado do seu próprio trabalho, tendo como resultado uma incapacidade dos trabalhadores em participar da gestão das instituições e mesmo de acreditar que uma outra forma de organização social do processo de trabalho seja possível. A alienação real impede ganhos de *autonomia*, ou seja, dificulta a construção dos sujeitos como seres com vontade e potência para exercer a *co-gestão* dos processos de trabalho.

Quando o processo de trabalho gira em torno do atendimento médico, a consulta é baseada nas informações contidas nos prontuários e nas queixas. O atendimento é voltado para o corpo biológico, lançando mão dos recursos disponíveis como os de apoio diagnóstico para as investigações, medicamentos, atendimentos especializados, isto é, explora-se o uso das *tecnologias duras e leve-duras*, não usufruindo das potencialidades das *tecnologias leves*. O foco do atendimento distancia-se de uma relação mais humanizada, dificultando ao trabalhador perceber o outro, o usuário como uma pessoa inteira que necessita de cuidados (MATUMOTO, 1998).

Uma constatação promissora que percebemos nos relatos das enfermeiras é o fato de que, apesar das dificuldades do serviço e do modelo de produção em saúde, é possível que com alguma criatividade, (expressa pela fala: "*tem série de coisas que dá para melhorar e outra não dá*" (E4)), as profissionais possam ainda se reconhecerem como potentes para realizar mudanças e encontrar a realização

pessoal no trabalho cotidiano, inclusive expressando o sentimento de "felicidade": "é aqui que a gente faz e é feliz"(E4).

"[...]Se eu estou na sala de esterilização... Tem uma série de coisas que dá para melhorar e outras não dá ... É aqui que a gente faz e é feliz! (E4)"

Apesar de identificarmos que o problema do espaço físico não ter sido resolvido em muitos locais, o pré-natal realizado pelas enfermeiras continuava ocorrendo muitas vezes em espaços internos como: saguão, sala de esterilização. Estas dificuldades potencializaram a utilização de outros espaços externos coletivos, como igrejas e centros comunitários.

O exemplo mencionado relaciona-se com a capitalização da medicina. Melo (2003), refere que as organizações localizadas sob controle de médicos evoluíram a grupos transnacionais em processo de crescente monopolização. O assalariamento do médico, as várias formas de manutenção da autonomia profissional, ainda que apenas sobre os instrumentos de trabalho e não sobre a clientela, determinam, ou definem melhor, algumas características e tendências político-institucionais.

Esta reflexão nos fez pensar que a Instituição tem definições em sua sistemática a partir de organizações de outras instâncias, as quais muitas vezes não explicitam suas diretrizes.

Certamente, o ambiente interfere sobre o acolhimento, pois o usuário fica constrangido, limitando-se a expressar rapidamente seu problema. Não ter

reservado para si um espaço privativo, fará com que não respeite o espaço do outro, em circunstâncias semelhantes, conferindo-se ao direito de interromper outras relações. Mesmo em ambientes fechados como no caso de consultórios, ocorre interrupções diversas e isto aponta para a necessidade de uma reflexão sobre o quanto se respeitam os espaços diversos de relação do processo de trabalho em saúde (MATUMOTO,1998).

Apesar das dificuldades, os profissionais conseguem ocupar outros espaços inclusive se tornando espaços potencializadores para outras ações.

Encontrar brechas para fazer diferente produz modos de agir diferente. "Legal é sair da unidade" (E2) reflete a vinculação da assistência que não seja só a consulta médica.

Se tivéssemos consultórios de uso coletivo, corresponderia a uma organização interna facilitadora da integralidade, legitimando socialmente um processo de trabalho da enfermeira no pré-natal que se encontra ainda em processo de construção e necessita de uma legitimidade social a ser conquistada, enquanto o trabalho em equipe ainda permanece como "um sonho".

"[...] O que eu estou achando legal é sair da unidade... Eu vou para a igreja... Não quero saber o que está acontecendo na unidade... O presentinho é um artefato... A igreja me fornece os enxovais porque a Secretaria é aquela 'pidança' e não dá... É um carinho e uma atenção... É o que eu faço: saio da unidade... Aí levo vídeo... (E2)"

A parceria com outros equipamentos sociais emerge como uma relação que confere autonomia, liberdade.

Prestar assistência fora dos espaços internos tem potencializado relações com outros equipamentos sociais, inclusive nos faz analisar a valorização da "tecnologia leve" mencionada por Merhy (1997), proporcionando "troca" e "encontro" de usuárias e trabalhadores da saúde.

Trabalhar com intersetorialidade e paralelamente construir um novo trabalho, com novas abordagens e outros recursos, tais como: vídeo, enxoval, lembrancinha, percebida aqui como um carinho, um reconhecimento pela troca, assume relevância para valorizar os relacionamentos sociais na abordagem do processo saúde-doença.

O estabelecimento de uma relação de troca é essencial para criar um espaço em que cliente e aconselhador se entrelacem e conversem sobre expectativas, medos e angústias que compõem o contexto subjetivo daquele momento (BUBER, 1982).

Temos assim, que as estratégias não protocolares para desenvolver o pré-natal foram associadas ao carinho e ao prazer da relação, enquanto que o lado burocrático de um pré-natal levariam a um sentimento "pesado", que não proporciona autonomia.

"[...] Penso em fazer um carimbo para os papéis... Ter o jargão: orientada sobre... a papelada é uma coisa muito chata!E4"

O jargão seria um timbre, um rótulo para um programa específico e determinado. O carimbo significa repetição de atos, trabalho burocrático e penoso que remete a um raciocínio de subordinação, opressão.

Campos (2000), afirma que numa dimensão lúdica do trabalho, toda possibilidade de trabalhar com mais liberdade objetiva realização pessoal, pois aparentemente pareceria delírio supor que tantos aceitassem viver de modo tão mecânico, trocando liberdade e realização pessoal por dinheiro.

O contraponto faz sentido em sobrepor a tendência capitalista nas formas de produção. O autor chama atenção para a troca de mercadorias, o dinheiro, "viver de um modo mecânico, realização pessoal por dinheiro e em geral por muito pouco dinheiro, algo não mais que o extritamente necessário para sobreviver. Todo o desejo dos trabalhadores supostamente concentrado no pagamento". Há evidências de que ocorre um aumento de prazer quando é atenuada a predominância do trabalho mecânico ou quando o trabalhador participa das decisões (CAMPOS, 2000).

O reordenamento do sistema de saúde brasileiro a partir da década de 80 colocou um grande desafio para os municípios brasileiros no sentido de vencer o atraso histórico das políticas sociais do país e da saúde em particular, pois desde o início do século XX até os anos 80 caracterizou-se por um sistema dual que se dividia em "saúde pública" e "medicina previdenciária", marcado pela exclusão e reprodução das desigualdades sociais.

O reconhecimento da saúde como direito universal e dever do Estado de garantir esse direito foi assegurado pela Constituição Federal de 1988 que criou o Sistema Único de Saúde-SUS, sistema público descentralizado integrado pelas três esferas de governo e regulamentado dois anos depois pela Lei Orgânica de Saúde (Leis 8080/90 e 8142/90). A universalização do direito de acesso às ações e serviços de saúde era dispositivo auto-aplicável, o que resultou na imediata ampliação da demanda a ser atendida pelo sistema pré-existente dimensionado para oferecer assistência a parcela da população que era integrada ao mercado de trabalho formal, num contexto econômico desfavorável que incluía a restrição do gasto público, sem investimentos que permitissem ampliar as condições da oferta.

Nesse esforço dos municípios em atender aos pressupostos do SUS, Ribeirão Preto ampliou o número de Unidades Básicas de Saúde, mas a experiência anterior estava toda fortemente baseada no modelo hospitalocêntrico. Não havia uma organização institucional voltada para a atenção básica. O resultado foi que a exemplo de outros municípios, a Secretaria Municipal da Saúde se viu diante da necessidade de contornar problemas de estrutura física, contratação de recursos humanos e financeiros para a estruturação dos sistemas locais de saúde. A falta de experiência e planejamento subdimensionou os projetos das Unidades de Saúde.

Alem disso, no início dos anos 90, na organização tecnológica do trabalho na rede básica do município de Ribeirão Preto, os materiais e equipamentos foram tomados como reificados, o trabalho apresentou características domésticas, rotineiras e mecânicas, nem sempre satisfatórias (SILVA, 1997).

Como consequência das dificuldades iniciais da expansão da rede básica de saúde, temos hoje que a maioria das Unidades de Saúde necessitaram passar por reformas estruturais, decorridos pouco mais de uma década do término de sua construção. Este fato foi destacado durante os grupos focais, conforme abaixo:

"[...] da Secretaria a gente está sempre vendo duas coisas: reforma e área institucional, é a previsão da construção nova ou a reforma antiga . E1"

Ao longo da primeira metade da década dos anos noventa, o sistema público enfrentou forte oscilação na evolução e na regularidade dos fluxos financeiros disponibilizados pela esfera federal, com a execução orçamentária condicionada aos interesses do ajuste econômico (BRASIL, 2002) .

Diante da falta de recursos, a reforma parecia menos difícil, além de que manteria os mesmos consultórios, a mesma oferta e a mesma lógica de uma norma por ela mesma.

Foi também no bojo da estruturação do SUS em nível local, que houve a crescente inserção da enfermeira na atenção básica nas duas últimas décadas em Ribeirão Preto. A primeira enfermeira a trabalhar na rede pública de saúde, foi

contratada em 1983, sendo que o primeiro concurso público ocorreu em 1988 (PEREIRA, 2001).

Até 1983, a rede básica de saúde do Município constava de onze Unidades de Saúde que funcionavam em casas populares adaptadas e no início dos anos 90 passou a contar com 30 Unidades de Saúde, com o estabelecimento de níveis distritais, pois uma das estratégias adotadas para implementação do Plano de Saúde do Município, em 1989, foi a divisão da cidade em regiões geográficas denominadas distritos sanitários de saúde (PEREIRA, 2001).

A época de 1988 foi um momento de inauguração de muitas Unidades de Saúde, com as mudanças ocorrendo de uma forma rápida, provocando ampliações diversas: físicas, de recursos humanos e de inserção de outras categorias, sem uma definição prévia dos papéis a serem executados pelos profissionais, principalmente da enfermeira (URBANO 2003).

No período de 1988, as enfermeiras efetuavam gerenciamento das unidades, planejavam e ministravam cursos de treinamento e educação continuada para os profissionais da rede, realizavam atendimentos e palestras aos usuários de acordo com a programação estabelecida. O desenvolver dessas ações e a estruturação do processo de trabalho das enfermeiras na rede básica de saúde também foi seguido de um sentimento de perplexidade diante dos novos papéis a serem desenvolvidos, pois o processo de formação das quais as enfermeiras eram provenientes, fora conformado numa ótica hospitalocêntrica:

"[...] Gente, eu não faço nada aqui. Sabe assim, eu perdi, eu realmente perdi o meu rumo na época. E1"

"[...] Eu limpei o ventilador da Unidade, quando eu cheguei, fiquei sozinha num período e a minha colega no outro, não tinha auxiliar, não tinha nada, a gente ficava com um médico, não tinha agente administrativo, não tinha ninguém, ficava lá sozinha naquela casa. Um dia, não tive dúvida, tava subindo lá, limpei o ventilador, tudo. Eu fazia dois hospitais, larguei um hospital e fui pro posto. Era uma casa de COHAB, eu sentia, eu falava: Gente!, eu não faço 'nada' aqui!. (E1)"

"Eu fazia dois hospitais" (E1), reforça que a atenção básica não estava ainda concentrada em Unidades Básicas de Saúde, levando a um pensamento de que a assistência era valorizada pela tecnologia e localizada na maioria das vezes dentro de hospitais, caracterizando assim que o mercado de trabalho era predominantemente hospitalar. Nessa época a equipe de Saúde não estava completa: não tinha médico ginecologista em todas as Unidades, uma enfermeira respondia por várias Unidades de Saúde.

A prática de enfermagem naquele momento histórico encontrava-se voltada para o controle interno da Unidade de Saúde, inserido em um projeto hegemônico das Unidades de Saúde conforme evidencia o relato:

"[...] a impressão que eu tinha no começo foi: "Nossa!, acho que eu não estou fazendo nada!", porque eu fico aqui parada, ... estou ali com o paciente um pouquinho, faço uma, ou outra orientação e não aquela coisa, de fazer, ver um efeito imediato: pega uma veia, vê o paciente parado, você está ali, de repente ele está reanimado. Então, é... mas assim... Eu acho que a gente vai aprendendo, leva, no dia-a-dia. E essa questão assim da equipe é muito importante. Então, agora, assim... embora eu tenha a sorte de ter uma equipe muito boa, tecnicamente elas são "excelentes" , sabe e elas já sabem do ritmo de trabalho, tanto que eu não tenho interrupções no atendimento, muito difícil, só quando uma coisa muito... E5"

O sentimento "*não faço nada*" (E1) aqui foi percebido pelo fato de lidar com coisas: material permanente e manutenção dos mesmos. Um trabalho mecânico, burocrático e considerado menor, sem satisfação.

O comentário "*tô ali com o paciente um pouquinho...*" (E5) demonstra a mesma percepção da enfermeira E5, a qual tendo trabalhado anteriormente em uma Unidade de Emergência Hospitalar, estranhava o trabalho na rede básica de saúde, visualizando-o como um trabalho "menor", por não estar associado diretamente ao cuidado junto ao paciente/usuário.

A enfermeira era responsável pela coordenação dos serviços internos da Unidade de Saúde e pela manutenção dos equipamentos, também representava a Unidade para o Distrito e quando havia mais de uma profissional, uma era escolhida para essa representação, sem atribuição de cargos para essa função.

A partir de 1993, surgiu o Cargo de Gerente de Unidade Básica de Saúde, através de comissionamento e vantagens salariais. Isto levou a uma disputa de outros profissionais para ocupar esse espaço, do que resultou a heterogeneidade de categorias, com médicos, dentistas e enfermeiras comissionados como gerentes, muito embora houvesse uma grande aproximação entre o trabalho já realizado pelas enfermeiras e o perfil desse cargo.

Nessa época houve um processo de reflexão quanto ao papel da enfermeira na atenção básica, papel este que se encontrava em construção. Com a definição

do cargo de gerência, houve um esvaziamento das funções normalmente realizadas pela enfermeira. Anteriormente já existia um descontentamento com a falta de critérios para escolha da profissional que coordenava a unidade e o processo de disputa desencadeado com a criação da gerência causou um novo descontentamento na categoria.

A partir das reflexões do papel da enfermeira e da nova conformação houve uma potencialização para novos trabalhos na rede básica, como o desenvolvimento do Programa de Atenção à Saúde do Escolar-PROASE, do Núcleo de Aleitamento Materno-NALMA, do Serviço de Assistência Domiciliar-SAD, do Programa de Educação Continuada-PEC, da sistematização do Sistema de Informática da SMS-Sistema Hygia, do Programa Floresce uma vida, da organização do Programa de Imunização, conforme as recomendações do Ministério da Saúde e da implementação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher-PAISM,

Todos os programas anteriormente citados contaram com a participação de enfermeiras, enquanto uma ocupação de espaço institucional, e apropriação de um trabalho, sem um caráter de corporativismo. Na implementação do Programa de assistência pré-natal, o atendimento da primeira consulta pela enfermeira foi definido pela equipe da Divisão de Enfermagem da Secretaria Municipal da Saúde.

"[...] Hoje nós superamos a questão técnica. Quando nós fomos sentar para escrever o pré-natal foi difícil, porque a gente tava

longe de atendimento, mas eu acho que a intenção realmente era buscar alguma coisa que trouxesse, não sei, que valorizasse o pré-natal...Eu acho que hoje, já não tem tanta dificuldade no planejamento familiar. Eu acho que pra gente já foi uma coisa mais simples. E1"

"A gente tava longe de atendimento" (E1), verbalizou uma dificuldade do nível central em estabelecer um planejamento próximo das necessidades da assistência pré-natal. Foi com o processo de descentralização/municipalização da saúde, que se tinha pela primeira vez a possibilidade de uma autonomia para a construção das políticas públicas.

A *intencionalidade* de valorizar o pré-natal estava voltada para melhorar o acesso das mulheres à assistência pré-natal e reduzir a mortalidade materna, com a ampliação e melhoria da qualidade dessa assistência: "*A intenção realmente era buscar alguma coisa que trouxesse, não sei, que valorizasse o pré-natal*" (E1), trazendo para a atenção básica, o que não estava ainda presente.

Hoje temos uma apropriação pelas enfermeiras, do processo da assistência ao pré-natal, que propiciou experiência para a categoria, de modo a facilitar outras estratégias do Programa de Assistência à Saúde da Mulher, como no caso do planejamento familiar: "*eu acho que hoje já não tem tanta dificuldade no planejamento familiar. Eu acho que hoje já foi uma coisa mais simples*"E1.

"[...] quando o pré-natal começou na unidade deu aquele certo medo, será que eu vou ser capaz de fazer tudo que é proposto?. É uma responsabilidade muito grande porque você fazer o primeiro atendimento, antes de estar passando pelo médico, porque até então... a mulher que ia lá pra marcar, pra iniciar seu pré natal, ela já ia para uma consulta com o médico... o primeiro atendimento

passou a ser com a gente, Hoje é isso ... a gente se sente um pouco mais tranqüila ...lógico que cada caso é um caso, a gente sempre tem aquelas vivências, que cada paciente é diferente que o outro. Então, existem as situações que saem um pouco da rotina do dia-a-dia, mas hoje, também vejo com mais tranqüilidade pra estar fazendo (E5)."

Ao que se percebe, o conhecimento em saúde acompanhou a evolução da ciência e os principais paradigmas teóricos da produção do conhecimento, no mundo ocidental. Nesse processo de evolução da ciência, todas as profissões parecem ter recebido influência dos paradigmas dominantes, sendo de se ressaltar que essa passividade consagra de forma decisiva, o processo de trabalho de profissionais de todas as áreas, com especificidade os que atuam no campo da saúde. Acredita-se que a tentativa de modernização das práticas da saúde, pela implantação do ensino que incorporava os avanços tecnológicos, tenha trazido de um lado grandes benefícios para o desenvolvimento da técnica no campo da assistência , mas por outro lado, trouxe inadequada compreensão do processo saúde-doença, que passou a ser visto exclusivamente em sua dimensão biológica, com intervenções limitadas a apenas essa dimensão (OLIVEIRA, 2003).

Como revelado neste recorte, a implementação da assistência pré-natal pela enfermeira na Secretaria Municipal de Ribeirão Preto foi marcada por um sentimento de responsabilidade e uma expectativa de mudança: "*será que vou ser capaz de estar fazendo tudo o que é proposto?*" (E5), isto porque estava sedimentado que a primeira consulta do pré-natal era realizado pelo médico.

Interessante observarmos que o sentimento de incerteza deu lugar para a tranquilidade, *"a gente se sente um pouco mais tranqüila"* (E5). Diante desta reflexão, consideramos importante que as enfermeiras ao produzirem uma assistência ao pré-natal estão contribuindo com a introdução de um trabalho *vivo*, através do uso de *"tecnologias leves"* que contribuem para a desmonopolização do saber em saúde, abrindo perspectivas para novas formas de atuação, com melhorias na qualidade da atenção oferecida e impacto sobre a qualidade de vida das mulheres.

E isto nem sempre foi assim, conforme relembra uma participante:

"[...] a gente encarava o pré-natal como pregnosticon...não valorizava a consulta de enfermagem, acho que melhorou, agora ocupamos um espaço maior, mas depende muito de cada profissional. Hoje eu vejo diferente...a proposta era encontrar uma assistência definida, tínhamos um olho voltado para a vacinação, o aleitamento.(E1) "

A sinalização acima refere a uma quebra da assistência, voltada para o atendimento parcelar, *"vacinação, o aleitamento... a gente encarava o pré-natal como pregnosticon..."* (E1), *"agora ocupamos um espaço maior"* (E1), as expressões trazem implícitas a construção de um pré-natal não só dividido por partes, retratando que corremos o risco de que a assistência seja oferecida na fase inicial da gravidez, ou como a justaposição de etapas do atendimento, as quais ainda não contemplam a integralidade da assistência.

Além do caráter de implementação das políticas locais referentes a Saúde da Mulher, a conformação do pré-natal em Ribeirão Preto foi compreendida como um fazer para "não perder espaço" ou para "ganhar algum espaço":

"[...] Então, às vezes até vi colega dizendo assim: eu até faço, porque é uma coisa que eu não quero deixar de fazer, porque vai que outro faz...? (E2)"

Acreditamos que no início o trabalho possa não ter sido apropriado ou considerado relevante em virtude dos sentimentos contraditórios que envolveram as novas práticas de enfermagem, como insegurança, falta de definição de papéis, a verticalização dos programas, mas ao longo do tempo, a nova proposta de trabalho foi se estabelecendo, inclusive com a valorização do trabalho e a eleição de novos espaços físicos para a atuação em saúde:

"[...] o secretário da saúde admirava, ele parabenizava a consulta da enfermeira, ele falou: "Olha, eu tô chamando não pra dar uma dura, mas para dar os parabéns, porque realmente ela fez assim, perfeito o atendimento. (E1)."

Foi lembrado ainda, que o reconhecimento e valorização da consulta da enfermeira, pelo Secretário Municipal da Saúde, foi o disparador para a implantação de outro modelo assistencial, que foi estabelecido no local denominado: "Casa da Saúde" na Vila Tecnológica, região Oeste do Município.

O projeto da Saúde na Vila Tecnológica propunha-se a realizar a vigilância à saúde das famílias, numa área específica do município através da integração da Secretaria Municipal da Saúde e o Departamento de Enfermagem Materno-

Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP. Sua inovação em relação as demais Unidades de Saúde estava no fato de que não se caracterizava como um local para tratamento de doenças e isto dificultou sua aceitação, pois as pessoas estranhavam um serviço de saúde sem a presença do médico, somente a enfermagem cuidando da assistência.

"[...] nesse período eu estava na administração, fui muito questionada e pressionada por outras pessoas que não aceitavam e "estranhavam" muito a existência de um serviço de saúde que não tinha médico, somente enfermeira... eu 'ficava rezando' para que algo mais sério não acontecesse, pois, se acontecesse alguma alha, seria alvo de muitas críticas. (E1)"

"Ficar rezando para que algo mais sério não acontecesse" (E1), nos fez refletir e traduzir um "sofrimento" relacionado ao processo de construção de novas práticas em saúde. Rezar seria buscar forças externas para fortalecer o que se mostra frágil? Um trabalho ainda fragilizado em risco de construção? O que será que mostrava ser tão ameaçador que pudesse desmoronar? Sem alicerce? Ou será que as enfermeiras experimentavam algo diferente, como autonomia, outras relações com os usuários? E a ambivalência do sentimento de independência para tomada de decisão buscava o medo como referência de proteção para aquele momento ímpar de tentar mudar o paradigma do conceito de saúde e doença.

"[...] A Casa da Saúde não é de doença... Ainda hoje isto está muito forte... É muito equivocada esta palavra: não é 'Posto de Saúde' não, é 'Posto de Doença'...(E2)."

Era um serviço menos burocrático que buscava articular a assistência, a formação em saúde, ensino e pesquisa, com outros equipamentos sociais disponíveis na região, num enfoque de promoção da saúde. No entanto, a proposta deste projeto se manteve enquanto o Secretário da Municipal da Saúde assegurou a estratégia, pois, com a mudança de gestão na rede municipal de saúde, a perda de governabilidade dessa proposta resultou na extinção do local.

Um dado que nosso estudo evidenciou, foi o relato de projetos de inovação nas propostas assistenciais, como o Projeto ETHOS² da Secretaria Municipal da Saúde.

"[...] Estamos lá com a implantação do projeto Ethos. É ,muito complicado. Eu acho que nós fazemos um esforço muito grande. E realmente aquela questão de...A enfermeira que é minha apoiadora fala assim que escolheu a minha unidade pela facilidade de já ter trabalhado comigo.. Aí ela chegou e falou: não sei o que eu vim fazer aqui. (E1)"

As propostas alternativas apresentam resistências, quando sinalizam na direção de um trabalho de equipe e oportunidade de reconhecer um espaço coletivo. A própria apoiadora aceitou participar porque já conhecia o território, reconhecendo aí sua resistência para enfrentar locais desconhecidos. Diante das experiências da Casa da Saúde e do Projeto Ethos, consideramos que quando existe uma proposta para o trabalho de equipe e reflexão do processo das

² Projeto ETHOS: Proposta de co-gestão dos serviços de saúde para enfatizar atenção básica e elege a estratégia da saúde da família para consolidação do SUS, elaborado por técnicos da Secretaria Municipal da Saúde (SMS), 2003.

relações do processo de trabalho surgem dificuldades nas diferentes categorias profissionais..

Na citação *"e realmente é aquela questão de"*(E1) retrata o desconhecido do novo trabalho a ser construído. O mesmo se repete em: *"...não sei o que vim fazer aqui"*(E1). Nesta demonstração fica ocultada a subjetividade do trabalho a ser construído e que não estava dado. Resistência? Exclusão no processo? Incerteza de um objetivo ou de um projeto? As inquietações abaixo demonstram o sentimento expresso.

As perguntas surgem em função das expressões *"...é muito complicado"*, *"...fazendo um esforço muito grande"*(E1).

O projeto ETHOS foi lançado como um recurso para enfrentar o desconhecido, o novo e disposição para mudar o eixo do olhar. O projeto apresenta três pilares de sustentação: Centralidade na produção de cuidados, produção de SUJEITOS e Co-gestão.

Será que a historicidade nos aponta dificuldades para uma produção mais autônoma e prazerosa? Ou será que a valorização do *espaço coletivo* se faz presente quando adotamos autonomia?

"[...] Eu encontrei com uma amiga, ela falou: 'eu liguei para você hoje!' Eu falei: 'Ah, eu não tava num lugar bom! Eu ainda brinquei: 'Lá eu Comi Bolo...' Esta amiga faz um bolo de torta felpuda muito bom! 'É um bolo quase igual ao seu! 'Ainda brinquei. 'Onde você estava?' 'Eu falei para ela' :'fui lá para a Escola de Enfermagem". 'Ela falou': 'O que você foi fazer lá?' Eu comecei a rir e falei assim: 'Então, nós fomos falar de pré-natal!' 'É um grupo antigo,

"a nata"" e ela falou: "Nossa!, que delícia!" "Eu falei:" "Nos divertimos bem. (E1)"

"Nos divertimos bem"(E1), se trata de uma referência positiva ao espaço coletivo vivido com um grupo de enfermeiras. É como "bolo de torta felpuda, muito bom!" (E1), convivência doce? "a Nata..."(E1), pode se a parte mais rica, consistente do leite. Entendemos que a relação deste grupo refletiu a riqueza proporcionada pelo espaço coletivo, ainda que seja um espaço de participação, entrevista e análise grupal.

Este espaço coletivo foi considerado para nós como uma produção de cuidado, ressignificando a experiência contada através da história.

E para falar da autonomia, saberes, retornamos à discussão sobre as possibilidades de conduzir mudanças institucionais a movimentos mais amplos, como transformar a hegemonia dos atendimentos, valorizando outros saberes a fim de potencializar a autonomia da equipe e naqueles que buscam os serviços de saúde como acesso para mudanças de escolha de vida.

O SUS encontra muitos obstáculos para sua implantação desde o início dos anos noventa e as formas do exercício da gestão de saúde constituem parte desses desafios. Como desafios da gestão é também romper com culturas instituídas e com as tecnologias de gestão existente. Muitas vezes operacionalizar no "existente" na realidade dada é trabalhar com alienação dos sujeitos.

Um trabalhador alienado, não pode contribuir muito para que usuários ganhem maior autonomia. O trabalhador terá que mudar sua relação com o conjunto dos saberes e com os outros trabalhadores, forjando um trabalhador coletivo de saúde e um processo de gestão do trabalho, que seja efetivamente público (MERHY, 1997).

Na sociedade moderna temos nos demais diferentes espaços uma multiplicidade de micropoderes orientados para reduzir sujeitos a seres obedientes e o método Taylorista reproduziu, na empresa moderna, um modo de operar, em muitos aspectos, assemelhado ao do exército, ou ao das ordens religiosas e, em certo sentido, ao da própria organização familiar. A organização vertical, comum à maioria das Organizações, exerce uma função castradora. Por meio de inúmeros mecanismos são criados sujeitos com pequeno coeficiente de autonomia diante de determinantes ou condicionantes externos a eles e tendência ao comportamento repetitivo (CAMPOS, 2000a).

Campos (2000a) aponta a co-gestão como caminho para a democratização e para a desalienação da maioria. Comenta que a desalienação absoluta é utopia, mas, métodos de controle social podem ser sutis na teoria da administração das instituições. Assim, a racionalidade gerencial hegemônica não renunciou a buscar obediência e docilidade dos trabalhadores à sua objetividade máxima, ou seja, criar uma máquina administrativa que reduzisse "desejos e interesses dos trabalhadores".

"[...] a instituição te joga uma responsabilidade, que você acaba angustiando, puxa vida, é a busca ativa da faltosa, eu me angustio, pegar, por exemplo, se deu algum resultado você tem que encaminhar paciente, puxa vida, eu pedi, vamos fazer um seguimento, eu quero ver o resultado, eu quero ver se está tudo bem. Então na minha unidade ainda dá pra gente ver o nenezinho que nasceu, curtir aquela barriga desenvolver mas assim... tecnicamente eu não consigo fazer isso e aí, quando estoura a bomba, estoura na tua cabeça. A instituição não quer saber se ela é faltosa, que ela não teve responsabilidade, que ela não foi na consulta prevista. Então, a instituição não quer saber disso. E1"

No exemplo anterior, a enfermeira E1 conta sobre um caso de uma gestante com resultado positivo para VDRL³ e a mesma desapareceu da cidade, e tinha fornecido o endereço errado. Assim, a enfermeira levanta a valorização da responsabilização da usuária "a instituição não quer saber se ela é faltosa" (E1) e também, analisa o vínculo possibilita desencadear a responsabilização e autonomia. O processo de omitir dados pessoais (como endereço) não está presente quando a relação é espontânea.

A citação da presença das "tecnologias leves" surge quando do acompanhamento da gravidez e recém nascido, mas temos também a presença da não vinculação ou de escolhas e a Instituição (o nível central) atua de modo coercitivo, não se apropriando da "relação sujeito-sujeito" dentro da equipe. Nesta direção observamos a resistência para o "novo", é mais fácil não avançar e deixar como está.

³ VDRL: exame para detecção da sífilis, preconizado pelo Ministério da Saúde como rotina no acompanhamento pré-natal.

A fala abaixo exemplifica a "relação de dependência" a este modo tradicional de produzir saúde.

"[...] nós fomos proibidas de utilizar o papel de referência e contra referência. Mesmo que de uma unidade para a outra é preciso só da CI (comunicado interno). E1 "

Hoje não é mais possível ter uniformidade e linearidade de olhares e posturas. Precisamos lidar com o diferente, o novo que pode gerar muito prazer ou desespero, à medida que envolve intensas mudanças de valores e projetos.

Pelos diversos papéis já desempenhados por nossas entrevistadas, como Gerência, chefia de Divisão e por sua vez, por estarem mergulhadas na forma pré-estabelecida originada no modelo flexneriano da produção de cuidados, sua essência está concentrada nos aspectos curativos, face à valorização que confere à terapêutica, evidenciando algumas contradições:

"[...] estando no nível central você conhece todo mundo que ta trabalhando na ponta...E1"

"[...] a sede em geral é vista como um bando de pessoas incompetentes...tem cargos que são massacrados. O importante é fazer parte do quebra-cabeça e ser feliz, fazer as coisas com amor, sem perder o tesão, eu adoro o novo, começar de novo, a gente volta se questionando, qualquer coisa que é novo é bom para mim...a gente faz muito julgamento das pessoas...a sede e a ponta são vitrines...é pedra para todo lado! E4"

Parece que a saúde atravessa um momento fecundo para a *reflexão*, abrindo um leque para reavaliação e ampliação de práticas e saberes. As citações trazem visões de reflexos diretos das instituições e organizações de saúde

contribuindo para a existência de uma complexa transformação do trabalho em saúde.

Refletimos na configuração da prática de enfermagem uma vez que *"a vitrine" está presente na sede e na ponta* (E4) ou seja, a saúde é única se apreendermos que o *"julgamento"*, *"as pedras"* e *"o massacre"* pode continuar alimentando a hegemonia e a produção existente, não oferecendo *"voz"* para o novo por intermédio da relação das *ferramentas leves*.

Ao mesmo tempo em que olhamos para a conformação do trabalho, presenciamos a potência do que está sendo construído. O despreparo das enfermeiras para enfrentar a assistência pré-natal se justifica pela formação fortemente pautada no modelo de Flexner⁴, assim, de modo condizente com este paradigma, o projeto político que direciona este trabalho é transparente quando não prioriza um local apropriado para acolher a mulher, nas unidades de saúde. Mesmo quando se constroem novos prédios, há uma priorização para os consultórios médicos. Inexistem salas coletivas de atendimento, as quais poderiam ser utilizadas pela equipe. Esta forma de composição para o trabalho, e de conformação para a assistência à saúde da mulher, evidenciou que a organização do programa foi instituída. E um passo importante aconteceu na

⁴ Flexner foi o educador americano que, em 1910, codificou a medicina científica hegemônica, calcada nos seguintes elementos ideológicos: o mecanicismo, o biologismo, a atenção a indivíduos, a especialização, a exclusão de práticas alternativas, a tecnificação do ato médico e a ênfase na medicina curativa e reabilitadora, este modelo também foi utilizado pelas demais profissões da área da saúde. (MENDES, 1985)

direção da invenção de novas formas de agir, isto é criou-se novas articulações de saberes e fazeres, disciplinares ou não, buscando intenções de resolutividade.

Para concluir a síntese dos resultados deste eixo temático inspiramos em Fortuna (1999), que sobre o trabalho em saúde e de equipe nos fala que os mesmos se constituem concomitantemente ao realizarem-se numa complexa rede de relações, de interesses e desejos, conscientes e inconscientes, políticos, econômicos, culturais, religiosos, éticos, etc, sendo possível observar fenômenos peculiares à dinâmica de relações de um grupo, e não por serem resultado de simples contratação de trabalhadores de categorias diversas.

3.1.2 Os saberes - instrumentos

Os instrumentos do processo de trabalho na assistência pré-natal constituíram um elemento de destaque nos discursos apresentados nos grupos focais. Partimos da premissa que um trabalho voltado para o fazer técnico auto-suficiente por si mesmo contradiz a própria concepção do trabalho em saúde, que pressupõe um trabalho solidário, com a presença de tecnologias leves e estratégias de escuta.

Conforme refere Pereira (2001), a atuação das enfermeiras no processo de trabalho é permeada por dimensões objetivas, aparentemente explícitas e ao mesmo tempo dimensões subjetivas, implícitas, não aparentes.

Para nos ajudar a mergulhar nesta diferença de conformação do trabalho, identificamos práticas e saberes das enfermeiras na assistência pré-natal como "tecnologias duras" e "tecnologias leves".

Dentre as "tecnologias duras", a organização do trabalho instituído para agendamento da consulta pré-natal, foi um dos aspectos presentes nos dados do estudo. Evidenciamos diferentes formas de planejamento do trabalho das enfermeiras, conformando-se em modelos assistenciais distintos.

"[...] eu não sou a favor de agendar para a 1ª consulta porque eu acho que cultivou a demanda espontânea. Nós estamos conseguindo nos organizar com o pré-natal ou será que a gente não percebe a importância da nossa consulta? Nós estamos ainda na demanda espontânea (E1)".

"[...] Nós temos uma experiência um pouquinho diferente lá, nós trabalhamos praticamente com consultas agendadas...Eu não trabalho no mesmo período com a outra enfermeira, mas procuramos fazer mais ou menos do mesmo jeito, ela tem uma agenda, eu também tenho uma agenda...A gente faz uns cartõezinhos pra marcar os horários, coloca atrás todas as coisas que a pessoa precisa levar. Então, primeiro é uma conversa em que a gente procura se informar: toda a composição familiar, a questão de relacionamento, se está com parceiro, se não está, se a família sabe, se não sabe. Então, pra gente isso é um pouco... é bem mais tranquilo trabalhar com o pré-natal agendado. Pra gente fica melhor, mesmo porque você fica com mais tempo para orientar, para conversar, para quando ela vai pra primeira consulta com o médico, a gente procura agendar para que ela já esteja com todos os exames no prontuário, se tem alguma coisa um pouco mais específica a gente já põe uma observação. Então, o ginecologista, ele já lê o nosso 1º atendimento, com toda a história da paciente, quando vai fazer a primeira consulta. Para a gente tem facilitado muito. E5."

Consideramos importante ressaltar a percepção da valorização do trabalho da enfermeira pelo profissional médico, sinalizando as possibilidades de um cuidado diferenciado no trabalho em equipe.

"[...] Agora que nós estamos conseguindo que o ginecologista leia o nosso primeiro atendimento, acho que estamos conseguindo isso agora. Até porque, eu acho que o pessoal não lia muito (riso). É... Não tinha o hábito de fazer a leitura dos nossos atendimentos e e...até um dia nós brincamos: "Você leu o que eu escrevi?".Então, ele falou: "Não!". Entrou um ginecologista novinho lá, uma graça de pessoa e aí eu falei: "Mas você leu?!", "Não, não li!", "Então, tá vendo bobão, lá tava escrito". Nós conversamos assim, até que informal, aí outro dia ele falou: "Então, eu li um negócio lá que você escreveu, que ela não falou pra mim!"... é o inverso agora, principalmente no aconselhamento, eu acho que agora é o inverso: elas falam mais pra gente do que pro médico, principalmente porque você aborda o casal, nós começamos também com a experiência de abordar o casal lá, tá uma alegria. Nós sempre lemos porque é de interesse pra você levantar algumas coisas, mas o médicos agora tão começando a ler. A Doutora R., esse dia ela pegou e falou: "Nossa!, mas vocês escrevem hein!...", "Eu só escrevo o que eu acho que é importante!, doutora, o resto eu joga fora!, imagina o tanto que a gente conversa!". Aí a doutora disse: "Não, porque eu tava lendo lá! ", "O que a senhora achou que eu não devia ter escrito?!". Assim... "Não E1, achei interessante, é uma maneira diferente de anotar!,". Acho que a própria formação é diferente mesmo, não sei..., nunca fui médica mas...Dentro da universidade a gente aprende e você esmiúça e acho que a gente segue mais ou menos um modelo. E1"

Na perspectiva da visibilidade da formação diferente faz-se necessário romper com a imagem da "subalternidade" nas relações entre profissionais, de um "trabalho menor" quando realizado por outro profissional que tem seu potencial desvalorizado, conforme ressalta Pereira (2001).

Segundo Merhy (2002), os serviços de saúde têm seu potencial para avaliar os benefícios que o pré-natal exerce sobre a mãe e seu concepto e para que isto aconteça, os serviços de saúde devem passar por novas transformações, desafios a serem enfrentados, por quem luta pela saúde como bem público e pelo trabalho em saúde como tecnologia em defesa da vida individual e coletiva.

Entendemos que nenhum investimento material destinado à assistência pré-natal será capaz de garantir a vida de mulheres e recém-nascidos, se médicos, enfermeiras e demais profissionais, não tomarem como objeto de seu trabalho a promoção do acesso dessas mulheres às instituições e aos serviços de saúde.

A contextualização dos resultados do modelo de assistência à saúde da mulher, na atual crise política, social e econômica do país e nos altos índices de mortalidade materna e perinatal, cujos coeficientes podem estar diretamente relacionados à assistência ao pré-natal, confirma um modelo dominante de assistência técnico-medicalizada; de outro, as diferentes formas de assistir à gestante mediante a consulta pela enfermeira, no qual prevalece o modelo de resistência médica à autonomia e proficiência profissional (MARTINS, 2002).

Concordamos com Pereira (1996) quando afirma que no modelo de atenção biomédico, as necessidades técnicas e sociais em saúde são condicionadas e introjetadas social e culturalmente. Ao longo do tempo elas vêm sendo difundidas pelos meios de comunicação, ou entre os grupos sociais, sendo efetivadas na

prática cotidiana, através da experiência entre as pessoas e grupos, sendo que também os técnicos capacitados no exercício profissional, ao tomarem o campo da saúde como lócus de atuação, ao responderem parte destas necessidades, podem criar desejos e estimular o consumo de novas idéias, como é o caso da imunização no primeiro ano de vida, do exame de ultrassom no período gestacional.

Marcon (1990), sugere a existência do confronto de dois modelos permeando a assistência à saúde da mulher: um norteando a atuação da equipe de saúde, que está centrado em conhecimentos, normas, rotinas; e outro norteando os interesses das mulheres em procurar o serviço de assistência pré-natal, centrado na experiência das mulheres que já vivenciaram a gravidez, nos conhecimentos que possuem sobre a gravidez, expectativas, percepções e preocupações. A autora ressalta ainda sua convicção de que cabe ao profissional de saúde buscar entender e fazer com que as mulheres percebam sua situação particularizada ao experimentarem uma gravidez, a partir de uma nova prática e de um novo relacionamento.

Capra (1996), refere que para superar o modelo hegemônico de assistência à saúde é necessária uma profunda revolução cultural entre equipe e usuários. Há muitas potências para reorganizar o trabalho em saúde e na enfermagem. As enfermeiras estão na vanguarda desse movimento holístico que busca captar a dinâmica da vida dos usuários e das instituições.

Almeida (1991) referiu que sobre a competência profissional, os livros textos consideram que a função peculiar da enfermeira é prestar assistência de enfermagem ao indivíduo doente ou sadio, família ou comunidade, no desempenho de atividades para prevenir a doença, manter ou recuperar a saúde e que entender a enfermagem enquanto espaço social, por meio de seu saber e ações, auxilia a caracterizar o trabalho e analisar sua articulação com outros trabalhos.

A enfermeira iniciou suas atividades profissionais, inserindo-se em alguma equipe de trabalho, o que remeteu à necessidade de estabelecer relações entre as pessoas, no contexto do pré-natal, com determinado propósito.

A apropriação da assistência pré-natal pela enfermeira sinaliza uma mudança e uma nova construção e concepção na assistência, como evidenciado no recorte a seguir.

"[...] Hoje eu não abro mão, é que eu gosto muito da saúde da mulher... É o momento que conversa. Eu adoro!... Eu não abro mão!... Você coloca o que você pensa... Elas não vão indo para a consulta médica e vão na 'rabeira' conversar com a enfermeira... Elas estão indo por um compromisso com você... Se você sai da unidade você melhora muito... Se tiver duas interessadas é com elas que vai acontecer...(E2)"

"[...] Para mim o que dá muito prazer é ir no grupo de artesanato, que eu não tenho o reconhecimento notório público, como tem uma enfermeira da Unidade de Suporte Avançado. Por exemplo, eu vou lá, com as mulheres que a gente fazia visita em casa, deprimida, etc. Agora estão indo para aprender ponto cruz, a outra que sabe pintar, está ajudando as outras a aprenderem a pintar...(E2)".

"Elas estão indo por um compromisso com você" (E2), retrata em nossa percepção o vínculo estabelecido por uma relação de trabalho, localizado no processo do acolhimento o qual é uma ferramenta dos diferentes modos de produzir saúde.

Nesta nova construção, é possível evidenciar outras potências as quais não são visíveis numa organização automatizada. É necessário construir outros "espaços". *"Se você sai da unidade você melhora muito. (E2)"*. Assim entendemos que o trabalho das enfermeiras também vem sendo construído por uma outra relação classificada por Merhy (1997), como *"tecnologia leve"*.

Para entendermos a *tecnologia leve*, foi necessário passarmos pelas outras tecnologias, inclusive por serem verbalizadas com maior objetividade pelo reconhecimento e identificação com outras formas de produção de trabalho (MERHY,1997).

"[...] Os protocolos, as coisas "pré"- estabelecidas. Eu acho que estou num conflito e tanto, eu acho que eles são necessárias mas hoje o que eu estou fazendo que me dá mais prazer é exatamente o que não está em protocolo nenhum. Eu tô sentindo prazer porque o que a gente vê... a consulta... às vezes está fazendo, está trilhando num caminho que a gente já viu que com o médico não tá dando certo. E2"

Uma concepção apenas com o protocolo não significa *"espaço de escuta"*. Na frase *"eu acho que é uma coisa que precisamos."*E2 não desvaloriza a questão objetiva dos protocolos, mas reconhece que somente eles, não respondem às demandas da relação entre a mulher e os profissionais de saúde. O atendimento

pré-natal engloba momentos de objetividade e subjetividade. É na relação subjetiva que ocorrem espaços de escuta e troca para atender as necessidades da usuária, construindo assim a oferta adequada no ato da demanda. E a subjetividade não é contemplada por protocolos, mas seu uso pode ser desdobrado para outra relação de trabalho.

Como já foi dito o prazer está na subjetividade pela contemplação da escuta e das necessidades *"...o que eu tô fazendo que me dá mais prazer é exatamente o que não está em protocolo algum...(E2)"*.

É paradoxal analisarmos os sentimentos mesmo quando associados ao prazer, pois outra característica parece estar presente. *"Eu acho que eu estou num conflito e tanto, eu acho que eles são necessários, mas hoje..." (E2)*, conflito este que desconstrói a idéia soberana dos protocolos e programas estabelecidos e muitas vezes verticalizados. Esta nova construção evidencia outros saberes em detrimento da hegemonia protocolar ou da oferta principal da consulta médica.

Não podemos deixar de registrar que a consulta clínico-obstétrica é muito importante e essencial no acompanhamento pré-natal. Desejamos valorizar a integralidade a qual se faz presente numa outra forma de organização da equipe e do trabalho da mesma. *"A gente vê...a consulta...às vezes tá trilhando num caminho que a gente já viu que com o médico não ta dando certo" (E2)*.

A integralidade e o acesso são importantes para uma reconstrução do trabalho, a fim de ampliar os princípios do SUS, apreendendo através do

protocolo uma nova especificidade na relação com a usuária. Acreditamos que a forma protocolar de produzir saúde não gera estranheza naqueles que buscam a assistência, pois a busca pelo *"trabalho morto"* decorrente do uso de tecnologias duras e leve-duras é hegemônica, centrada na obtenção da consulta médica.

Observar tão somente os protocolos instituídos, por si só pode não proporcionar uma nova forma de agir em saúde, pois não centraliza o usuário como foco da assistência, gerando uma assistência em saúde parcelar e não evidenciando um *"prazer"* pela equipe, a qual muitas vezes não consegue ir além de um trabalho mecanicista, em que o usuário é colocado como dependente da organização dos serviços de saúde.

O modelo hegemônico de pensar e agir em saúde tem conduzido à emergência, cada vez maior, de insatisfações tanto de usuários como de profissionais de saúde, à sentimentos de tristeza e impotência, à um *trabalho penoso e à morte das instituições*, que caem no ritual vazio, onde as verdadeiras questões raramente são abordadas (CAMPOS, 2000a).

Conforme citamos anteriormente, não pretendemos ignorar os protocolos enquanto instrumentos para a organização dos serviços, como *"o mínimo a ser feito"*, mas uma possível mudança de comportamento vai além do que está preconizado em protocolos assistenciais.

"[...] protocolo não me angustia. Eu acho que é só uma direção e o mínimo a ser feito para organizar o serviço. Dentro do protocolo eu acho que a gente tem que ter liberdade de ir fazendo até onde pode..." E3 "

"Ir fazendo até onde pode..."(E3) talvez seja um indício de mudança de comportamento. Ter liberdade representa uma apreensão individual em sentir o conflito da insatisfação do saber soberano e de acordo com a história pessoal de cada um, modificar, entender este conflito e vislumbrar outras formas de produzir saúde. Esta situação impõe desafios para novas formas de gestão do trabalho cotidiano levando à criação de novos sujeitos sociais defensores de crenças e valores. Muitas vezes este processo não está escrito em protocolos, ele surge no momento do ato em saúde.

"[...] não deixa essa impressão de monotonia não, porque cada paciente reage de um jeito, traz diferente, às vezes é mais gostoso, às vezes é enfadonho, às vezes é irritante, aquela relação que você vê na mulher. Então não é monótono, não é uma coisa seguida "à risca". (E4)"

A utilização de "tecnologias leves" revela que as relações proporcionam diálogo entre a teorização do processo de trabalho em saúde e realidade do trabalho.

Quando o processo de trabalho consegue se desvincular do protocolo, através da escuta, prazer e vínculo, por não abrir mão de uma dada relação no pré-natal, resulta numa interação dos atores na relação de demanda e oferta, construindo assim a integralidade no ato da atenção.

Franco e Merhy (2001), afirmam que os trabalhadores de saúde poderão ser dispositivos de mudança dos serviços de saúde, pois os serviços de saúde são por natureza um espaço público e que o trabalho neste lugar deve ser presidido

por valores humanitários, de solidariedade e reconhecimento de direitos de cidadania em torno da assistência à saúde.

Uma práxis mais criativa, democrática e comunicativa onde a saúde passa a ser entendida como "*direito social*", que implica pensá-la como decorrência de uma participação livre e igual de todos os envolvidos onde os participantes, além de "*destinatários*", têm que ser também "*autores*" de direitos (CAMPOS, 2000).

Os dados do estudo evidenciaram ainda que as Unidades de Saúde estão mais abertas para o usuário do que outros equipamentos sociais seculares.

"[...] O catador de lixo estava ali em frente daquela igreja enorme, fechada, tomando aquela baita chuva... Várias igrejas foram cercadas, vejam a igreja não está tão aberta... com aquela cúpula enorme, não serviu para abrigar a pessoa...quanto à Unidade de Saúde, está escancarada para o povo, e quando eu tô 'escancarada', eu posso receber de tudo: o que eu posso dar conta e o que eu não dou conta!..." E2."

"*Eu posso receber de tudo...*" (E2), não quer dizer que o serviço terá respostas para todas as demandas, mas revela a importância do acolhimento como porta de entrada, também no sentido de dar abrigo, proteger e receber. Neste processo de construção das práticas de saúde é possível pensarmos em felicidade, trabalhos criativos e resgate das dimensões de coletividade, afetividade e humanidade.

Com efeito, renascem novas, ou renovadas propostas de produção de conhecimento, de organização dos serviços e de desenvolvimento da assistência,

evidenciando a inquietação e necessidade de revisão e demonstrando que não vivemos exatamente um período de normalidade das práticas de saúde.

"Não é possível criar o novo se o homem não descobrir dentro de si a sua possibilidade de desejo de concretizar a utopia sonhada. Sonho compartilhado não é sonho, já é realidade que se inicia" (BICHUET, 2002)."

Se os profissionais superarem o modo instituído para trabalhar a saúde, construirão uma relação paralela através do estabelecimento de vínculos.

Segundo Merhy (1997), estabelecer vínculo *"é ter relação, é integrar-se com a comunidade em seu território, no seu serviço e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo"*.

Podemos tomar a direção única nas citações anteriores pelo processo da integralidade e para tanto se faz necessário olharmos para a questão individual dos processos de vida de cada um, ou como práticas experimentadas na vida. Identificamos estas práticas experimentadas na vida ou mesmo como experiências de vida relacionadas às diversas possibilidades de construir saúde na assistência pré-natal.

A partir dos resultados deste estudo, entendemos a necessidade de valorizar o saber como instrumento do processo de trabalho, incorporando a experiência de vida enquanto uma associação entre saberes e prática.

"[...] A gente traz uma história pessoal... Não há muita uniformidade no que é dito... Trazer o que temos de experiência de vida... Aí eu fico pensando assim... Tem sido, houve um crescimento em qualidade da consulta da enfermagem..." (E4). "

Esta maneira de perceber que todos temos uma história pessoal sem uniformidade ajuda a construir a relação entre grávidas e profissionais. Ao falar "*trazer o que temos de experiência de vida*" remete a um reconhecimento de inserção num processo único desta relação o que faz emergir um novo modelo de cuidar de grávidas.

Apesar de não ser nosso objeto de estudo, ao possibilitarmos um espaço de reflexão sobre um aspecto da saúde da mulher, o pré-natal, o tema da violência emergiu nas discussões dos grupos, sendo apontado pelas enfermeiras como mais um componente social presente na assistência à saúde. Entendemos que o tema é bastante complexo, evidenciando a necessidade de estudos que aprofundem a discussão.

Acreditamos que os dados apareceram por um momento de aproximação com o tema, através de um trabalho/programa experimentado na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, o GEA/VIDAS⁵. Este grupo tem sensibilizado transformações na assistência por desconstruir formatos de atendimento ou do não atendimento às mulheres em sofrimento pela violência.

Portanto, nos ajudou a localizar os recortes que trouxeram reflexões para a importância de apreender a questão da violência no discurso de nossa clientela. A violência contra a mulher representa um problema psicossocial e jurídico de

⁵ GEA/VIDAS: Grupo de Estudo Acadêmico contra violência doméstica.

extrema importância nos dias atuais, suas conseqüências afetam todos os membros da família.

Esta tem sido uma luta dos movimentos de mulheres, desde meados da década de 1970, que hoje se traduz em uma maior percepção social da violência de gênero, em sua tradução em princípios constitucionais (Constituição Federal de 1988), em legislações e políticas federais, estaduais e municipais, nas DEAMS (delegacias especializadas no atendimento à mulher vítima de violência), nos abrigos, nos conselhos de direitos das mulheres e nos grupos de trabalho com homens agressores, que tratam do problema do ponto de vista da imbricação entre masculinidade e violência (DESLANDES, 1999).

O campo da saúde também está interpenetrado por variáveis de ordem social, que o constroem a partir das desigualdades vigentes na sociedade. Também nesse âmbito, a hierarquização de grupos sociais pode afetar tanto o diagnóstico clínico quanto o acesso aos serviços de saúde. Frequentemente, o olhar do profissional de saúde impregnado por estereótipos sociais, deixa de enxergar os efeitos sobre a saúde, as formas de violência, é também pouco freqüente a percepção de que a forma de atendimento prestado ao paciente pode estar impregnada por um conteúdo violento, facilitado pelo poder sempre presente nas relações médico-paciente e exacerbados em função das características deste pacientes.

Uma das mais inaceitáveis formas de discriminação sofrida pelas mulheres, a violência baseada no simples fato de ser mulher interfere no exercício dos direitos de cidadania e na qualidade de vida das mulheres, limitando seu pleno desenvolvimento da sociedade em sua diversidade. Mais do que o corpo, a violência destrói sonhos. Os diferentes tipos de violência podem ocorrer tanto na vida pública como na privada, sendo responsabilidade do Estado e da sociedade (DESLANDES, 1999).

A desconstrução da violência compete à sociedade civil e este trabalho está em identificar barreiras culturais, educacionais, banalização dos comportamentos violentos e dificultadores em assistir às vítimas assim como seus agressores.

Para que esta desconstrução possa se iniciar, é necessário um olhar que anteceda no sentido de reconhecer a realidade. Reconhecer a dor nos aspectos comportamentais da violência é um "trabalho vivo".

"[...] Se entrar na área de violência e abuso vamos chorar aqui... Temos área de prostituição, elas não fazem o pré-natal... Eu me visto de luto para dar a notícia da gravidez... Umas abortam outras dão a criança... É um outro mundo... Fazer o pré-natal com os profissionais do sexo é algo novo e difícil. E4. "

"Eu me visto de luto para dar a notícia da gravidez..." (E4), a gravidez na área da prostituição é morte, e lidar com o pré-natal com as profissionais do sexo não era uma prática incluída na assistência. Entendemos assim que estas pessoas deviam ter o acesso aos serviços de saúde mais restritos do que hoje.

Neste sentido, percebemos sinais de inclusão e maior favorecimento nos serviços de saúde.

Analisamos também que a gravidez nas profissionais do sexo foi sentida pela participante como morte e vida e morte caminham juntas. O que diferencia é a representação da morte, da vida, do aborto e da doação para profissionais e usuárias.

A doação do filho e mesmo o aborto podem representar para esta mulher uma condição de vida, uma vez que a promoção de um núcleo familiar possa ser uma condição não presente na escolha daquela mulher. E o aborto representando na nossa percepção como um "não" para aquela opção de vida. E que este contato é novo, e também difícil.

A temática da violência contra as mulheres sob uma perspectiva masculina aponta para o fato de que alguns homens acreditam que podem recorrer a violência quando lhes são negados os "benefícios" de uma sociedade fundamentalmente patriarcal. Esta sociedade educa meninos de maneira a acreditarem que têm o direito de esperar determinados comportamentos das mulheres, de utilizar abuso físico, verbal ou qualquer outra forma de violência caso elas não cumpram com suas "obrigações" como cuidar da casa ou prover sexo.

As questões de gênero que perpetuam a construção social dos papéis femininos e masculinos, continuam deixando as mulheres em situação de desvantagem neste contexto, como evidenciado no recorte a seguir:

"[...] uma paciente também ficou grávida, ela falou: "Graças à Deus!, agora ele vai parar de me bater, porque ele só me trata bem quando eu tô grávida!". É o segundo filho eu falei: "Quantas vezes esta mulher vai engravidar pra continuar vivendo com este homem. Então, a gente se pega em cada situação que você fica assim, sem saber o que fazer eu falei, tá tudo bem, "Você vai ter quantos filhos?", eu falei isso pra ela: "Você tem que rever!. Ou conversar!, como que você vai viver desse jeito, que só não apanha quando tá grávida. "Eu preciso arrumar um emprego!" ela falou . Também é a tal dependência, ainda existe isso gente e como existe! E3"

"Quantas vezes esta mulher vai engravidar pra continuar vivendo com este homem?". Então a gente se pega em cada situação que você fica assim...sem saber o que fazer" (E3). A indagação angustia e sem saber o que fazer, remete que a área da saúde na sua concepção não oferecer resposta. Assim como pensar em outra condução de vida para dar resposta talvez possa não ser a solução. Como é o caso de ver no emprego a saída para uma situação de violência. Concordamos que a falta de um emprego na vida da mulher a deixa numa condição maior de vulnerabilidade. Por outro lado, Bruschini (1998), afirma que sobre o aumento da atividade feminina na força de trabalho sofreu uma ampliação de 63%, e paralelo ao crescimento, a violência continua ocorrendo no núcleo familiar.

Trabalhar com a violência, sua notificação e órgãos de referência não está fortemente presente no "cardápio" das práticas de saúde.

O fortalecimento dos laços entre os profissionais de saúde e a população atendida, constitui importante estratégia que pode contribuir para a prevenção, a identificação e a intervenção em situações de violência familiar contra a mulher. É de conhecimento que só o desenvolvimento tecnológico não legitima de fato o processo de cuidado com essa mulher.

Neste contexto, Ayres (2001) propõe o conceito de "redução de vulnerabilidades" oriundo do campo dos direitos humanos que hoje adentra o campo da saúde, numa tentativa de ampliar seus horizontes normativos. O conceito de vulnerabilidade orienta uma nítida ampliação de horizonte, buscando o deslocamento e substituição do ideal de controle sobre a doença para o "*respeito e promoção dos direitos humanos*". Com conseqüente resgate de outro tipos de saberes além do técnico como os conhecimentos de filosofia, do direito e de certos ramos das ciências humanas, obrigando-nos a dialogar com outros interesses de natureza estética, emocional, moral, entre outros.

Podemos pensar ainda que a situação dos jovens que vivenciam uma desorganização familiar e não possuem projetos de vida, seja uma forma de violência social. Esta é mais uma demanda presente nos serviços de saúde.

"[...] as meninas começam a atividade sexual cada vez mais cedo. Estão fora da escola. É uma história familiar muito ruim. Uma adolescente disse: "quero um filho para ser meu"! vai ser um escape. O relacionamento é muito curto e está com uma pessoa mais velha por estabilidade financeira. E5"

No recorte acima, a enfermeira se deparou com um caso de negligência familiar. A adolescente não frequenta a escola. Será que a escola tem dificuldade de lidar com alunas grávidas? Como será que se está aplicando o direito das adolescentes na questão educacional?

Para Ayres (2001), o termo "sujeitos" tem sido usado de forma acrítica nos discursos da saúde e deste modo é mais confortável continuarmos o discurso conhecido, "jargão", do que sentir a subjetividade trazida pelas pessoas que nos procuram, o que nos remete às nossas próprias subjetividades.

Segundo Merhy (2002), podemos dizer que em geral, o usuários dos serviços de saúde não reclamam da falta de conhecimento tecnológico no seu atendimento, mas sim da falta de interesse e de responsabilização dos diferentes serviços em torno de si e do seu problema, sendo que os usuários se sentem inseguros, desinformados, desamparados, desprotegidos, desrespeitados, desprezados.

A perda de valores humanos tem mudado a forma de assistir e de morrer, desumanizando o atendimento em clínicas, consultórios, hospitais (AZEVEDO, 1996).

Esse modo hegemônico de pensar e agir em saúde tem conduzido à emergência cada vez maior de insatisfações tanto de usuárias como de profissionais de saúde, à sentimentos de tristeza e impotência, a um trabalho "penoso" e à morte das instituições, que caem no ritual vazio, onde as verdadeiras

questões raramente são abordadas, pois se o fossem poderiam surgir conflitos específicos que questionariam a segurança e a identidade de cada um (CAMPOS, 2000a).

Segundo Merhy (2000), vários estudos vêm mostrando que a prática e ética hegemônicas não se sustentam mais, o que tem conduzido a emergência do "novos modos de agir em saúde", de modelos de atenção à saúde mais responsáveis que resgatam a dimensão cuidadora, mas ainda uma prática periférica, marginal e secundária em comparação com a dominância do modelo hegemônico.

A instituição enquanto estrutura fechada produz a repetição de comportamentos, o aumento da burocracia, multiplicação das normas, dos protocolos, das convenções, ausência de iniciativa, necessidade de segurança e de fuga das responsabilidades, redução de tensão e no fim das contas, a tendência de renovação, portanto desorganização e a morte (ENRIQUEZ, 1989).

Para que ocorra um processo de mudança, precisamos observar o predomínio da visão medicalizante, voltada para a prática de exames de alta complexidade, apoiada na lógica neoliberal, que tem como objeto a doença ou o processo que nela se envolve e o lucro decorrente dela. Construir um modelo diferente de atuação seria romper com esta lógica, não no sentido de negar a intervenção terapêutica, mas buscar ações complementares entre equipes de saúde, usuários e sociedade (PEREIRA, 2001).

No contexto em que a enfermagem está inserida na atenção básica, precisamos repensar a própria Instituição na perspectiva de torná-la um lugar de mudança e não somente de normatização, visando atender a mulher de uma nova forma, no sentido de conhecê-la na sua singularidade, seus valores, crenças, dificuldades físicas, suas emoções e suas relações com o núcleo familiar e social, valorizando a fala e a escuta (PEREIRA, 2001).

3.1.3 Dimensão da saúde - produto

Dimensão da saúde é entendida no contexto deste estudo como o produto da assistência pré-natal, podendo assumir aspectos da saúde integral, individual, biológica, promocional, do processo saúde-doença entre outros.

Neste sentido, encontramos que a construção da assistência de enfermagem no pré-natal na Secretaria Municipal da Saúde de Ribeirão Preto se encontra em fase de transformações.

As enfermeiras relataram perdas de alguns indicadores de qualidade da assistência pré-natal, que já foram melhores anteriormente, conforme encontrado por Pereira (1996) que constatara uma redução nos casos de intercorrências mamárias, entre elas a mastite, mediante os investimentos no Projeto Aleitamento Materno. Este projeto tinha como principal postulado

teórico a integralidade da assistência e a busca de alternativas para a prática assistencial.

O relato a seguir ressalta a preocupação das enfermeiras com o retrocesso destes indicadores:

"[...] Tem muita mastite na minha área... E aí fica tudo... O pessoal não tá amamentando legal... É o que para mim sinto falta... Eu fico devendo para a paciente...E4 "

"[...] eu tenho uma área que tem muito convênio.. eu tenho problemas de mamas que teria condições de não ter. E2"

A mastite é um indicador de qualidade do pré-natal e puerpério, e fazer uma discussão sobre uma demanda de Pronto Atendimento (aumento de mastite) por conta de uma oferta de serviços em que o cardápio parece estar mais voltado para a saúde individual e curativa, se torna necessário dentro do processo do trabalho. Este modelo assistencial evidencia a insatisfação com o produto do trabalho, a qualidade da assistência.

As dificuldades da área da saúde em trabalhar com outras ofertas no cardápio, podem revelar a preferência dos profissionais em lidar com a doença, pois para ela a racionalidade da biomedicina estabelece referência e pontos de intervenção sobre disfunções estabelecidas.

Para reforçar outras estratégias, podemos evidenciar a valorização de outros espaços coletivos mais suficientes ou complementares.

"[...] grupo de aleitamento... Dá um trabalho danado...E4 "

Por quais razões o grupo de aleitamento "dá um trabalho danado...? Será que isto está ligado a novas formas de trabalho que envolvam mais escuta, novas reflexões e outras possibilidades de intervenção?

Além das dificuldades representadas pela resistência a formas mais elaboradas de oferecer assistência em saúde, a equipe colabora para evidenciar outros fatores dificultadores, ao transparecer que o trabalho não formalizado por protocolos não é visto como produção de saúde ou como parte do trabalho de equipe.

A convivência entre a intervenção e a reflexão é o ponto mais importante da assistência, a qual nem sempre se configura em harmonia, mas apresenta possibilidades para ambos os lados e denominamos esta produção enquanto resultado de subjetividade, uma invisibilidade do trabalho.

[...] uma dificuldade, como enfermeira que eu tô sentindo é o seguinte: a vida da gente é sempre norteadada por um 'caso índice', de doença, no máximo é o Rn. Hoje já estou acostumando um pouco melhor, de você fazer uma visita, a rotina, os exames pedidos e tal, mas essa tarefa invisível aqui ela não aparece, isso vai muito de encontro aos valores da gente. E2

A "tarefa invisível" e os "valores da gente" é reconhecido como importante ferramenta para o trabalho em saúde e que vai além do saber técnico. Esta é uma dificuldade sentida frente às políticas adotadas, quando a organização do trabalho segue protocolos burocráticos, gerando uma assistência especializada pautada predominantemente no pronto atendimento.

Será que as enfermeiras participante se referem à falta de governabilidade para mudar algumas normas instituídas ou à falta de apropriação de uma "tecnologia leve" ?

Nesta equação a integralidade precisa ser enfrentada uma vez que as questões relativas à oferta dos serviços assistenciais devam ser proporcionais às necessidades de assistência dos usuários.

Os dados do estudo evidenciam ainda um desencontro da assistência oferecida as necessidades do usuário.

[...] eu também tenho o agente comunitário...mas é tão esburacado...a gente busca e busca e elas continuam faltando e faltando...é a pior parte!... E4

A observadora apontou-nos a verbalização deste encontro entre profissional e usuário", o profissional busca e busca e o usuário falta e falta". O que se busca? Por que ele falta?

Qual será a produção de cuidado que aponta desencontros de necessidades? Arriscamos dizer que neste desencontro não é sentida a presença do vínculo e da responsabilização, conseqüentemente há ausência das "tecnologias leves".

Neste aspecto, gostaríamos de incluir a discussão sobre a resolutividade dos serviços de saúde. Conforme refere Campos (2000) isto implica na definição de níveis de competência, repensando uma clínica reconceituada em seu

compromisso com a presença da vida e com a autonomia da cliente sendo assim construída pela integralidade das ações.

De acordo com Camargo Jr. (2003), a integralidade é uma rubrica conveniente para o agrupamento de um conjunto de tendências cognitivas e políticas com alguma imbricação entre si, mas não completamente articuladas, ligado às idéias de atenção primária, de promoção de saúde.

Não pretendemos reforçar que as atividades devam estar apenas formalizadas de acordo com os protocolos existentes, mas entender o panorama de fatores facilitadores ou dificultadores de uma certa finalidade do trabalho que não está atendendo às necessidades demandadas.

Valorizamos a dimensão da integralidade e cuidado nas ações em saúde não mais restrito à técnica tradicional. As práticas de cuidado integral valorizam espaços de acolhimento e vínculo e podem aliviar as demandas já mencionadas,

Concordamos com Lacerda (2004), quando afirma que alguns profissionais de saúde, ao normatizarem padrões e regras saudáveis para os usuários, priorizam o saber técnico-científico em detrimento do saber popular e muitas vezes abrem mão do cuidado dos clientes.

Quando os saberes técnicos tradicionais são predominantes, evidencia-se um desequilíbrio de ações no que refere aos espaços relacionais do trabalhador-usuário. Este caminho pode sinalizar preconceitos, posturas determinadas pelos

mesmos, ocasionando outra assistência, talvez prejudicado na integralidade do ser ou na desconsideração dos princípios universais do SUS.

Concordamos com Franceschini (2005) quando afirma que os órgãos formadores necessitam se abrir aos problemas, questões e demandas da sociedade, reconhecendo o outro, em suas necessidades, suas interpretações do mundo e seus arranjos sob outra ótica, que não as naturais ou científicas. Entende-se que relações mais abertas, de cooperação com vários setores da população, através de diversos mecanismos, são fundamentais para as atividades de formação, produção de conhecimento e prestação de serviços de maneira mais integrada, articulada, de acordo com as demandas dos vários segmentos organizados, e não apenas com as definições internas de conveniência e disponibilidade do próprio estabelecimento formador.

Neste sentido, Luz (2004) afirma que a produção de cuidado tem desafiado a organização dos serviços públicos de saúde, pois coloca questões que vão além da competência técnico-científica em que o modelo biomédico tem historicamente se estruturado.

Muitas vezes, a assistência oferecida apresenta dificuldade para ouvir as demandas das mulheres e tratá-las como sujeitos, com desejos, crenças e temores. Esta dificuldade tem sido causa de inúmeros fracassos na relação entre trabalhadores de saúde e população.

[...] Eu tenho uma tendência à castração!... O pré-natal é proliferação... Eu adoro fazer o planejamento familiar... O pré-

natal é gratificante, mas é 'manco'... ele começa e acaba no mesmo dia...". E4

Ao analisar "o pré-natal é gratificante, mas é manco..." "eu adoro fazer o planejamento familiar"(E4), observamos uma contradição ou um paradoxo. Será que o pré-natal é "manco" por não poder mais castrar? Ou é manco por representar um único contato, uma única consulta. Apenas um encontro para diagnosticar resultado positivo para gravidez. Portanto "ele começa e acaba no mesmo dia..." (E4).

Tanto o pré-natal quanto o planejamento familiar são práticas intervencionistas, muito voltadas para a assistência biológica, fornecendo assim um atendimento parcelar. Enquanto o atendimento das enfermeiras no pré-natal começar e acabar no mesmo dia e o planejamento familiar ofertar uma prescrição pronta, a assistência continuará mantendo um modelo assistencial fragmentado.

Pereira (1996) refere que o profissional da saúde poderia se colocar como facilitador do processo assistencial, tentando buscar alternativas pautadas na promoção e prevenção da saúde e não como mero executor de procedimentos técnicos.

Constatar estas questões, e tomá-las como desafio não é necessariamente suficiente para imprimir as mudanças que possam traduzir a saúde como direito de todos.

Nós precisamos da construção coletiva de dispositivos institucionais que promovam mudanças no cotidiano dos serviços, onde a defesa da vida seja adotada como lema.

[...] a desigualdade social é difícil, por isto que sou meia castradora. Se a pessoa está com 9 filhos eu esqueço o planejamento familiar, você não consegue trazer quem não quer. E4

O início do controle da natalidade em nosso país teve como justificativa o problema da desigualdade social. Atualmente apesar da queda da taxa de fecundidade e do número de filhos ser menor nas famílias comparado às outras décadas, não deixamos de ter a desigualdade social, como desemprego, falta de moradia, entre outros, como fatores que estimulam a esterilização de mulheres.

Mas a idéia de intervenção no planejamento familiar ligado à desigualdade social ainda está presente na cultura dos profissionais da saúde. "... se a pessoa está com nove filhos eu esqueço o planejamento familiar... você não consegue trazer quem não quer..." (E4). Provavelmente esta mulher não quer o modelo atual do planejamento proposto, se ela aceitar a oferta de métodos contraceptivos por imposição da equipe que a atende, não adotará os métodos propostos, bem como não realizará uma intervenção cirúrgica. Nem sempre o fato de ter muitos filhos tem o mesmo significado que para um profissional. Mas, se o planejamento familiar apresentar seu projeto, respeitar as escolhas, talvez faça alguma diferença para a usuária.

Campos (2000a) advoga a necessidade de ampliar a capacidade de escuta do profissional da saúde, incorporando instrumental oriundo da psicanálise e de outras disciplinas para reestruturar a clínica num sentido mais humanizado, acolhedor aos sofrimentos individuais, traduzindo-os em dimensões físicas, psíquicas e sociais.

[...] Tem mês que a gente faz muito automático, faz três consultas por período. Na terceira você tá um "papagaio", repetindo, repetindo, está muito automático, você passa muita informação: Você fuma? e a alimentação?. E1

Na realidade há uma dificuldade dos profissionais de saúde em lidar com sofrimento. Portanto, a escuta é entendida pelos profissionais como "derrame" de procedimentos, quando citado a presença da automatização, e o fazer "papagaio" no sentido da repetição.

Há uma idéia de que os trabalhadores da saúde produzem um conhecimento sobre o problema trazido a partir de um ordenamento de procedimentos que não oferecem uma visão integradora do caso (MERHY, 2000).

[...] O resultado deu positivo e ela falou: que bom!' e eu falei 'Como que bom?... e ela falou 'Qual o problema,?', 'Eu queria!', 'Meu marido tá preso mas não tá morto!', 'E eu já levei o bebê pra visitar'... E é muito difícil a gente se controlar...E1

O depoimento acima retrata posturas conflitantes (questões ético-morais), entre profissional e usuárias. Temos a impressão que a profissional assume um papel paternalista ao impor suas idéias, crenças e valores.

O esforço de constituir foco comum entre os profissionais, centrando a atenção no paciente é um desafio para as equipes.

Alguns autores defendem que os profissionais devem estabelecer vínculos mais estreitos que permitam aprofundar, ao longo da relação, conhecimentos sobre o "jeito de levar a vida" do usuário e interpretar suas demandas (CAMPOS, 2002; MERHY, 1997).

[...] vejo que a princípio são normas...e a relação fica mais verdadeira quando eu não quero impor...isso é fácil de falar e não de fazer...e é muito difícil! Dentro da sua vivência, da sua coerência está tudo errado...tem que saber se ela quer ser ajudada, no que e o quanto eu posso ajudar...eu tenho muito esse exercício...E2

O estabelecimento de alternativas na agenda e de compromissos na área da saúde coletiva, serviços de saúde, constitui-se como objetivo inovador e de reconhecimento das diversidades. Somam-se a isto a intenção de pensar estratégias de atenção diferenciadas para atuação ou cobertura das necessidades dos sujeitos.

Este tipo de articulação poderá trazer subsídios para a produção de espaços de escuta e, portanto trabalhar com aspectos relacionados com a cultura dos movimentos e grupos populacionais propiciando um processo educativo em saúde.

É interessante quando acontece o jeito diferente de trabalhar, ou seja, quando a possibilidade de outros trabalhos podem ser apropriados, aparecendo a expressão de afeto e vínculo. O cuidado é ofertado a partir da tecnologia apropriada.

[...] O que eu estou tentando fazer é isso: ouvir e ouvir bastante, sem emitir a minha opinião sobre o que acontece. Acho este exercício muito difícil mas é gratificante. É um momento muito importante para a mulher grávida e as vezes um momento de extra-sístole para nós. Na hora não vai ter solução para tudo, da melhor maneira possível, a gente pode deixar dúvidas com esta pessoa e ela sai com que ela achou. Não tem receita pronta (E2).

[...] Quando a gente vai sair da unidade então, é outro convencimento, porque vira e mexe a gente ouve do colega: "Vai passear!", "Ai que delícia!, você vai no grupo de artesanato!, nossa vai passé!, você vai sair na visita!", só que assim, você tem que "catar a laço" quem quer sair da sua atividade pré-estabelecida. E2

A complexidade dos processos envolvidos na inovação gera às vezes "ruídos" pela própria participante, externando a percepção do não trabalho quando este foge meios funções tradicionais repetitivas. A equipe "presa" no conhecimento tecnicista apresenta dificuldades de apropriar-se de um outro trabalho ou incluí-lo como parte dos trabalhos de uma equipe. E neste exemplo, ao invés de ocorrer uma paralisação pela falta de resposta, a enfermeira ouve, potencializa outro trabalho.

Ayres (2001) parte de uma percepção de crise que é prevalente no senso comum: de problema, destruição, desordem e pessimismo. Defende que em período de crises *"há uma forte percepção de limites, de esgotamento de padrões que até então eram tidos como os melhores e mais aceitáveis"*.

Transpondo esta idéia de Ayres, desejamos concluir este capítulo como um momento novo para o cuidado. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objetivo e intervir sobre ele. É defender a revisão de nossas atuais concepções que não estão em sintonia com os principais valores da vida.

Espaço coletivo também é terapêutico, ali deparamos com o belo e o feio por isso foi possível trocamos a roupa. Identificar que "trocamos a roupa" ou ainda que precisamos "ensinar" para eles "aprenderem"(re) significa o saber, o desmonte e o "novo".

E às vezes as enfermeiras também precisam de estímulo, de reconhecimento:

"[...] eu acho que você tem independência para trabalhar enquanto as coisas não dão problema. Você só é lembrada se alguma coisa dá problema" (E2)

"[...] mesmo estando no nível central, você conhece todo mundo que está trabalhando na ponta" (E1).

"[...] na sede em geral é vista com incompetente" (E4).

Neste sentido a caracterização de trabalhador/usuário torna-se importante para a transformação do trabalho, pois toda assistência inicia pela identificação de seu problema e de suas necessidades.

A revisão da postura e de como nos colocamos no mundo pode possibilitar uma transformação dos produtores das ações de saúde e dos seus resultados.

Não queremos assim idealizar a resolução por completo dos problemas referidos, mas a atenção na relação das pessoas e a mudança na área da enfermagem que transita entre uma prática estruturada para uma outra pautada nas relações paradoxais.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Considerações Finais

"El camino hace al andar..." Antonio Machado

No processo coletivo de desenhar este texto, partimos da premissa de que *"todo aprendizado não é a estação final do trem"* (MINAYO, 2001). É apenas um começo, um exercício. Concordamos que existe o limite da investigação quando recortamos o processo de trabalho na experiência do pré-natal. Neste ensaio pontuamos algumas questões ligadas ao trabalho da enfermeira.

Com o objetivo de compreender o processo de trabalho das enfermeiras na assistência pré-natal da rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto, buscamos identificar as ações desenvolvidas no atendimento às mulheres.

Nosso pressuposto de que a atuação da enfermeira proporciona uma apreensão mais ampliada das necessidades da gestante, sendo um dispositivo que favorece a perspectiva de transformação do processo de trabalho foi confirmado.

Identificamos que a apropriação da assistência pré-natal pela enfermeira foi estimulada pela política da Secretaria Municipal de Saúde, por meio da criação de um protocolo assistencial, sinalizando uma nova construção e concepção na assistência às mulheres. Os dados permitiram-nos identificar que a visão de facilitar a consulta médica focalizada no biologicismo parece ser mais pontual. As enfermeiras revelaram seus limites, necessidade de um trabalho intersetorial, através das tecnologias leves, consideradas fundamentais para a

transformação da assistência. A desvalorização deste trabalho pela Secretaria Municipal da Saúde, evidencia que o programa de saúde da mulher tem uma sustentação somente no projeto médico. Muitas vezes o pré-natal com *escuta* representa uma violência para o modelo hegemônico. O projeto deve ser (re)construído, buscando movimento de inclusão do conjunto de trabalhadores.

As enfermeiras evidenciaram potencial para um “*novo*” trabalho na assistência pré-natal, pontuando aspectos que não eram rotineiros na oferta do serviço de saúde, como trabalho em grupo e a assistência à mulher vítima de violência, apesar de conviverem com espaço físico inadequado.

Foram valorizados aspectos socioculturais e o trabalho em equipe, identificando possibilidades para uma aproximação da integralidade da assistência, pela vinculação e centralidade do usuário.

A vivência das enfermeiras sinalizou apropriação de saberes subjetivos através da utilização de *tecnologias leves* demandando um *trabalho vivo*, proporcionando qualidade da assistência. O saber “jargão” como mão única não oferece respostas para identificação de necessidades.

E apesar dos dados apresentarem diferentes construções, as enfermeiras, nos processos de idas e vindas, apontaram lacunas na formação, que inviabilizam a aproximação com o outro, dificultando o reconhecimento do projeto.

Desconstruir paradigmas implica em transformações no processo de ensino, pesquisa e assistência. Indagamos qual o tipo de competência que precisamos na produção do cuidado.

A proposta da educação permanente lançada pelo Ministério da Saúde, com a criação dos Pólos de Educação Permanente em Saúde, cuja concepção orientadora foi estabelecer a articulação ensino-serviço em torno das necessidades de capacitação dos profissionais de saúde é uma das estratégias que podem estimular mudanças na organização do trabalho, construídas na prática das equipes.

Desse modo, para transformar a formação profissional e a gestão do trabalho em saúde não desconsideramos as questões técnicas. O que valorizamos são as mudanças nas relações, nos processos, nos atos de saúde e principalmente nas pessoas.

Destacamos que na assistência pré-natal existe uma multiplicidade de construções nessa relação, havendo uma troca de sentimentos, o que possibilita construir vínculos mais espontâneos com as mulheres, ir além das técnicas, no sentido de transformar protocolos em meios para alcançarmos a produção do cuidado.

Quanto ao projeto político, as enfermeiras mostraram experiências criativas, democráticas e comunicativas em que todos os participantes têm que ser "autores de direitos".

Enfim, desejamos finalizar este momento com as questões acima implícitas, como o respeito, o desejo de quem é cuidado, os limites pessoais e profissionais de quem presta este cuidado.

Gostaríamos de sugerir estratégias que poderão servir para resgatar uma dimensão de uma atividade contínua, que venha a sobrepor as consultas e as ações existentes, de forma a contribuir para um modelo de promoção à saúde e apropriação da governabilidade ainda incipiente no trabalho das enfermeiras.

Estas proposições possibilitam rever as práticas de saúde e reafirmar que o pré-natal não pode estar descolado do contexto das políticas públicas de saúde. Através deste cuidado têm surgido ações mais inovadoras e participativas e que estão sendo implementadas no tema pesquisado.

Este estudo possibilitou apreender como a prática das enfermeiras, seus atos e saberes estão estruturados no modelo assistencial hegemônico. Nesta direção, as enfermeiras trazem o "jeito" de cuidar.

"Nessa passagem de milênio, uma das tarefas intelectuais mais instigantes será a de fundamentar uma concepção e uma prática vinculada à idéia de saúde, saúde como modo inédito de andar a vida, doença como forma recusada pela vida, saúde como alegria, gozo estético, prazer, axé (energia), solidariedade, qualidade de vida (e de morte), felicidade, enfim".

Jairnilson Silva Paim.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

ANGELO, M. **Vivendo uma prova de fogo: as experiências iniciais da aluna de enfermagem.** 1989. 133f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989 .

ALMEIDA, M.C.P.; MISHIMA, S. M.; PEDUZZI. M. **A pesquisa em enfermagem fundamentada no processo de trabalho: em busca da compreensão e qualificação da prática de enfermagem.** 1999. Mimeografado.

ALMEIDA, M.C.P.; **O trabalho de enfermagem e sua articulação com o processo de trabalho em saúde coletiva - Rede Básica de Saúde em Ribeirão Preto. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v.44, n. 2/3, p. 64-75, abr./set., 1991.**

ALMEIDA, M.C.P.; ROCHA, J.S.Y. **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.

ALVES, R. **Estórias de quem gosta de ensinar.** São Paulo: Cortez, 1985.

ATTWELL, A. **Florence Nightingale: Iluminando o caminho. Orgyn, n.2, p. 53, 2002.**

AYRES, J. R. C. **Sujeito, Intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.6, n.1, p.63-72, 2001.**

AZEVEDO, E.S. **Bioética e Medicina Intensiva. Rev. Bras. Terap. Intensiva., v.8, n.4, p. 174-178, out./dez., 1996.**

BARBOSA, E. F. (1998). **Data collecting instruments in educational researches.** In: educative. Educational research and Innovation institute.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 1977.

BELFORT, P. **Assistência pré-natal In: REZENDE, J. Obstetrícia. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 260-276.**

BELLENGER, D. N.; BERNHARDT, K. L.; GOLDSTUCKER, J. L. **Qualitative Research in Marketing.** Chicago: American Marketing Association, **Qualitative Research Techniques: focus group interviews.** 1976. p.7-28.

BICHUET, J. **Crise e Vida** - outras lembranças. Belo Horizonte: Biblioteca do Instituto Félix Guattari, 2002. 176 p.

BITTES, J. A. **Cuidando e descuidando**: o movimento pendular do significado do cuidado para o paciente. 1996, 196 f. Dissertação (Mestrado) - Escola Enfermagem. Universidade São Paulo, São Paulo, 1996.

BOFF, L. Cuidado: O ethos do humano. In: Ferreira, G; Fonseca, P. (Org.). **Conversando em casa**. Rio de Janeiro: Sete Letras, 2000. p. 73-78.

BOGDAN, R; TAYLOR, S. J. **Introduction to qualitative research methods**. New York: John Wiley, 1984. Cap.1, p.1-21.

BONADIO, I.C. **Ser tratada como gente**: a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. 1996. 200f. Tese (Doutorado) - Universidade de São Paulo, São Paulo, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **11ª Conferência Nacional de Saúde**- O Brasil falando como quer ser tratado. Efetivando o SUS: Acesso, Qualidade e Humanização à saúde com controle social, Brasília, série D, n.16, 2002a.

_____. Organização Pan-Americana da Saúde. Série técnica do Projeto de Desenvolvimento de Sistemas e Serviços de Saúde/Organização Pan-Americana de Saúde. Brasília, 2002b.

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

_____. Ministério da Saúde. Coordenação de Saúde Materno-infantil. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher-Assistência pré-natal. 3. ed. Brasília, Ministério da Saúde, 1997. 62p. (Normas e manuais técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Portaria GM 2203, de 06/11/96, Norma Operacional Básica do SUS (NOB-SUS 01/96). Gestão Plena com responsabilidade da saúde do cidadão. **Diário Oficial da União**, Brasília, n.216, p.22.932-22.940, 06 nov. 1996.

_____. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases da ação programática*. Brasília, 1984. 27p. (Série B: Textos Básicos de Saúde, 6).

_____. Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da Saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, 1990.

BRIENZA, A. M. **Acesso ao pré-natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: análise da assistência recebida por um grupo de mulheres**. 2001. 104f. Tese (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

BRUSCHINI, M. C. O trabalho da mulher brasileira nas décadas recentes. **Revista de Estudos Feministas**, Rio de Janeiro, número especial, out.1998.

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

CAMARGO JUNIOR, K. R. Um ensaio sobre a (in) definição de integralidade. In: PINHEIRO, R; MATTOS, R. A. (Org.). *Construção da Integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde*, 2. ed., Rio de Janeiro: ABRASCO, 2003. p. 35-44.

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

CAMPOS, G. W. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Hucitec, 1994.

CAMPOS, T.P. Assistência ao parto no município do Rio de Janeiro: perfil das maternidades e o acesso da clientela. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.16, n.2, p.411-420, 2000b.

CAPRA, F. **A teia da vida: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos**. São Paulo: Cultrix, 1996, 256p.

CAPRA, F. **Sabedoria incomum: conversas com pessoas notáveis**. São Paulo: Cultrix, 1988.

CARVALHO, M.M.M. **A enfermagem e o humanismo**. Lourdes: Lusociência, 1996.

CROCHIK, J. L. **Notas sobre trabalho e sacrifício**. **Trabalho, Educação e Saúde**, Rio de Janeiro, v.1, n.1, p. 61-73, mar. 2003.

DESLANDES, F.S. 1999. O atendimento às vítimas de violência na emergência: "Prevenção numa hora dessas?", **Revista Ciências da Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.4, n.1, p.81-94, 1999.

DIMENSTEIN, G. **O cidadão de papel**. 11 ed. São Paulo: Ática, 1995, 157 p.

D'OLIVEIRA, A . F. P. L. Saúde da Mulher. In: **Saúde do Adulto- Programas e ações na Unidade Básica**, São Paulo: Hucitec, 1996.

ENRIQUEZ, E. O trabalho da morte nas instituições. In: Kaes, E et al. **A instituição e as instituições: estudos psicanalíticos**, São Paulo: Casa do psicólogo, 1989.

FERREIRA, S. L., A mulher e os serviços públicos de saúde: análise do processo de trabalho em unidades básicas de Salvador. 1994. Tese (Doutorado) - Escola de enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1994.

FERRIANI, M. G. C.; GOMES, R. **Saúde Escolar Contradições e Desafios**. Goiânia: AB, 1997, 74 p.

FORTUNA, C. M. **O trabalho de equipe numa unidade básica de saúde: produzindo e reproduzindo-se em subjetividades**. Em busca do desejo, do devir e de singularidades. 1999. 236f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo. 1999.

FRANCESCHINI, T. R. C. **Observação da relação mãe-bebê-família como uma ferramenta para o aprendizado da integralidade**. 2005. 241p. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2005.

FREDERICO, P. A. **participação popular nas comissões locais de saúde: mostrando vidas, contando lutas**. 2001. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

FRANCO, B.T., MERHY, E.E. PSF: Contradições e novos desafios. **Conferência Nacional de Saúde**. Online. Disponível em <http://www.datasus.gov.br/cns>. Acesso em 20 nov. 2004.

GERMANO, R. M. **Educação e ideologia da enfermagem no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Cortez, 1985.

HAGUETTE, T.M.F. **Metodologias Qualitativas na Sociologia**. 4. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 1995.

HEATHCOM, Academia para el desarrollo educativo. El manual para excelência en la investigación mediante grupos focales. Preparado por Mary Debus, 1995. Washington E.U.A.

KRUEGER, R. **Focus group: a practical guide for applied research**. 2.ed. Thousand Oaks: Sage, 1994.

LEAL, M. C. Maternidades do Brasil. **Radis 2**, Rio de Janeiro: Fio Cruz. Set. 2002.

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

LUZ, M. T. Fragilidade social e busca de cuidado na sociedade civil de hoje. In: ROSENI, P.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado: as fronteiras da integralidade**. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004. p. 9-20.

MACHADO, M. H. **Perfil dos Médicos e Enfermeiros do Programa Saúde da Família no Brasil: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 90 p. v.4 - Região Sudeste.

MARCON. S. S. **A assistência pré-natal: um estudo etnográfico**. Rio de Janeiro, 1990. 272 f. Tese (Livre Docência). Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1990.

MARTINS, C. A. O programa de assistência integral à saúde da mulher (PAISM) em Goiânia: a (dês) institucionalização da consulta de enfermagem no pré-natal. **Rev. Eletrônica de Enfermagem**. v.4, n. 2, p.51, 2002.

MATUMOTO, S. **Encontros e Desencontros entre trabalhadores e usuários na saúde em transformação: Um ensaio cartográfico do acolhimento**. 2003. 186f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

MATUMOTO, S. **O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde**. 1998. 225f. Dissertação (Mestrado). Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 1998.

MELO, H. F. O Processo de regulação da Assistência Suplementar no Brasil. In: **Gestão de Sistemas de Saúde**, Rio de Janeiro: Instituto de Medicina Social, 2003, 389 p.

MENDES, E.V. **A atenção primária à saúde no SUS**. Fortaleza: Escola de Saúde Pública, 2002. 92p.

MENDES, E. V. **Distrito Sanitário: o processo social de mudanças das práticas sanitárias no Sistema Único de Saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1994.

MENDES, E.V. **A evolução histórica da prática médica: suas implicações no ensino, na pesquisa e na tecnologia médica**. Belo Horizonte, PUCMINAS/FINEP, 1985.

MENDES GONÇALVES, R.B. 1994. **Tecnologia e organização social das práticas de saúde**. São Paulo:Hucitec-Abrasco.

_____. **Práticas de saúde; processos de trabalho e necessidades**. **Cadernos CEFOR**, São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde de São Paulo, Centro de formação dos trabalhadores da saúde, , série textos número 01, 1992.

MERHY, E. E.; CHAKKOUR, M.; STÉFANO, E. Em busca de ferramentas analisadoras das tecnologias em saúde. A informação e o dia a dia de um serviço, interrogando e gerindo trabalho em saúde. In: MEHRY, E.; ONOCKO, R. (Org.). **Agir em saúde: um desafio para o público**. São Paulo:Hucitec, 1997. p. 113-150.

MERHY, E.E. **Reflexões sobre as tecnologias não materiais em saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo sobre a micropolítica do trabalho vivo**, 2000. 227 f. Tese (Livre Docência) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas-UNICAMP, Campinas, 2000.

MERHY, E. E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**, São Paulo: Hucitec, 2002, 189p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 1998.

MISHIMA,S.M.; PEREIRA,M.J.B.; FORTUNA,C.M.; MATUMOTO,S. **Trabalhadores de Saúde: problema ou possibilidade de reformulação do Trabalho em Saúde? Alguns aspectos do trabalho em Saúde e da Relação Gestor/**

Trabalhador. In: Observatório de Recursos Humanos em Saúde no Brasil, Ministério da Saúde, 2002.

MISHIMA S. M. Modelos assistenciais, formação de recursos humanos e qualidade da assistência. **Conferência**. Semana de Enfermagem, Uberaba, 15 mai. 1994.

MORGAN, D. L. **The focus group as qualitative research** Newbury Park, CA: Sage Publications; 1988

NAVAJAS, F. E. Os processos de identificação e introjeção na gravidez. In: ZUGAIB, M; TEDESCO. J.J.A.; QUAYLE, J. (Org.). **Obstetrícia psicossomática**. São Paulo: Atheneu, 1997.

NIGHTINGALE. F. **Notas sobre enfermagem: o que é e o que não é**. São Paulo: Cortez, 1989.

OLIVEIRA, E.N.; ARAGÃO, A. E.A. **A influência positivista na formação dos profissionais de saúde**. Disponível em <http://www.noolhar.com/servelet>. Acesso em 25 abr. 2003.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional da saúde: a interface entre trabalho e interação. Campinas. 1998. 254f. Teses (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas. Universidade estadual de Campinas, UNICAMP, Campinas, 1998.

PEDUZZI, M. A inserção do enfermeiro na equipe de saúde da família na perspectiva da promoção da saúde. **Seminário Estadual: o enfermeiro no Programa Saúde da Família**. São Paulo, 2000.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. **Trabalho Educação e Saúde**, v.1, n.11, p.75- 91, 2002.

PEREIRA, M. J. **O olhar da enfermeira sobre o treinamento do núcleo de aleitamento materno - um despertar profissional**. 1996. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

PEREIRA, M. J. B. **O trabalho da Enfermeira no serviço de Assistência Domiciliar-potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem**. 2001. 256f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2001.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria Municipal da Saúde. Recursos Humanos. Disponível em <http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/saude.gov.br>,. Acesso em 28 nov. 2004, 2004b.

_____. Departamento de Água e Esgoto de Ribeirão Preto (SP)-DAERP. Ribeirão Preto, 2004c.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Projeto ETHOS, projeto de atenção à saúde elaborado por técnicos da Secretaria municipal da Saúde, Ribeirão Preto, 2003. (Mimeografado)

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Protocolo de Enfermagem da Assistência ao Pré- natal de baixo risco do Município de Ribeirão Preto, 2002.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Manual de Atenção e atendimento à Mulher na Rede Pública de Ribeirão Preto, agosto de 2001.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Plano Municipal de Saúde, 2001-2004, Ribeirão Preto, 2000.

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Projeto Nascer. Ribeirão Preto, SMS, 1999. (Mimeografado).

_____. Secretaria Municipal da Saúde. Mortalidade de residentes e não residentes em Ribeirão Preto - SP, Boletim n.1, ano 3, Ribeirão Preto, 1998. n.1).

RESSEL, L. B. et al. **Grupo focal como estratégia para coletar dados de pesquisa em enfermagem**, 2002, p. 153-157.

SÃO PAULO. **Anuário Estatístico do Estado de São Paulo, 2005**. São Paulo: Fundação SEADE, 2005. Disponível em: <http://www.seade.gov.br/produtos/perfil/perfil.php>. Acesso em: 11 jan. 2005.

SCHRAIBER, L. B. Tendências e possibilidades da investigação de recursos humanos em saúde no Brasil. *Educacion Médica Y Salud*, 27 (3): 295-313, 1993.

_____. L. B.; MENDES GONÇALVES, R. B. Necessidades saúde e atenção primária. In: SCHRAIBER, L.B.; NEMES, M.I.B; MENDES GONÇALVES, R.B. **Saúde do adulto: programas e ações unidade básica**. São Paulo: Hucitec, 1996. cap.1, p.21-47.

SERRANO, M. M. Promoção da saúde e a saúde da mulher. Entrevista. Revista Promoção da Saúde, Brasília: Ministério da Saúde, ano 3, n.6, out.2002.

SERRUYA, S.J.; LAGO, T. D.G.; CECATTI, J .G. O panorama da atenção pré-natal no Brasil e o programa de humanização do pré-natal e nascimento. **Revista Brasileira Materno-infantil**. Recife, v.4. n.3, p.269-279, jul./set. 2004.

SILVA, E. M. **A supervisão do trabalho de enfermagem em saúde pública no nível local**. 1997. 306f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

SILVA JUNIOR, A.G. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva**. São Paulo:Hucitec, 1998, 143p.

STARFIELD, B. **Atenção Primária: equilíbrio entre necessidades de saúde e tecnologia**. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002. 726p.

STARFIELD, B. Is primary care essential? **The Lancet**, USA, v.334, n.8930, p.1129-1133, oct., 1994.

TANAKA, A .C. D. Saúde da Mulher Brasileira, In: **Indicadores de Qualidade: uma abordagem perinatal**, São Paulo: Ícone, 1998.

TRIVINOS, A N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. A pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1994. 175p.

TYRRELL, M. A .; CARVALHO,W. **Programas Nacionais de Saúde Materno-Infantil: impacto político-social e inserção da enfermagem**, Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1. ed., 1998. 267 p.

URBANO, L.A. **A Privatização da saúde e a implantação do SUS: cenários de uma cidade**. Ribeirão Preto: FUNPEC, 2003.

VASCONCELOS, E. M. **A Saúde nas palavras e nos gestos-reflexões da Rede Educação popular e saúde**. São Paulo; Hucitec, 2001, 281p.

WESTPHAL, M. F.; BOGUS, C.; FARIA, M. M. **Grupos Focais: experiências precursoras em programas educativos em saúde no Brasil**. Bol. Oficina Sanit. Panam.,v.120, n.6, p.472-482, 1996.

ANEXO 1



Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto

Estado de São Paulo
Secretaria da Saúde

OF. 3911/03 - GS
ASG/asm

CEP-EERP/USP
Fls. 004
Proc. 0420/2003
Rubr. 210

Ribeirão Preto, 24 de outubro de 2003.

Prezada Senhora,

Informamos nossa concordância com a realização do projeto de pesquisa intitulado "Assistência ao pré natal na rede básica de saúde do município de Ribeirão Preto: (re) conhecendo o processo de trabalho da enfermeira". No entanto, necessitamos do parecer do Comitê de Ética dessa Faculdade para que seja efetuado tal projeto.

Solicitamos a especial atenção no sentido de mencionar o local de realização do trabalho (Secretaria Municipal da Saúde da Prefeitura Municipal de Ribeirão Preto) em toda publicação cuja base de dados tenha sido a pesquisa em foco e que nos seja enviada uma cópia quando estiver concluído.

Valemo-nos do ensejo para apresentar nossos protestos de distinta consideração e elevado apreço.

Cordialmente,

DR. ARTHUR WATANABE
Secretário Municipal da Saúde - Substituto

ILUSTRÍSSIMA SENHORA
PROFª DRA. MARIA JOSÉ CLAPIS
ORIENTADORA - ESCOLA DE ENFERMAGEM
DE RIBEIRÃO PRETO/USP

ANEXO 2



ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO - UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
CENTRO COLABORADOR DA ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE PARA
O DESENVOLVIMENTO DA PESQUISA EM ENFERMAGEM

Avenida Bandeirantes, 3900 - Campus Universitário - Ribeirão Preto - CEP 14040-902 - São Paulo - Brasil
FAX: 55 - 16 - 633-3271 / 55 - 16 - 630-2561 - TELEFONES: 55 - 16 - 633-0379 / 602-3382

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA EERP/USP

Of. CEP-EERP/USP – 0155/2003

Ribeirão Preto, 17 de dezembro de 2003.

Prezada Senhora,

Comunicamos que o projeto de pesquisa, abaixo especificado, foi analisado e considerado **APROVADO** pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em sua 59ª Reunião Ordinária, realizada em 17 de dezembro de 2003.

Protocolo: nº 0420/2003

Projeto: Assistência do Pré-Natal da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto:(Re) Conhecendo o Processo de Trabalho de um Grupo de Enfermeiras

Pesquisadores: Maria José Clapis
Adriana Mafra Brienza

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado ao CEP o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados, para acompanhamento, bem como comunicada qualquer intercorrência ou a sua interrupção.

Atenciosamente,


Prof.ª Dr.ª Maria Suelly Nogueira
Coordenadora do CEP-EERP/USP

Ilma. Sra.

Prof.ª Dr.ª. Maria José Clapis

Deptº de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

ANEXO 3

Termo de Consentimento Informado:

Pesquisa: A inserção das enfermeiras da Rede Básica de Saúde do Município de Ribeirão Preto na assistência pré-natal

Pesquisadora responsável: Adriana Mafra Brienza

Informações sobre a pesquisa:

Estaremos desenvolvendo um trabalho científico sobre a assistência pré-natal nos serviços de atenção primária no município de Ribeirão Preto, com o objetivo de analisar a inserção das enfermeiras na assistência ao pré-natal.

Sua participação é muito importante, pois nos mostrará como está constituído o processo de trabalho da categoria enfermeiro. E este trabalho poderá colaborar para uma maior inserção das enfermeiras na assistência pré-natal, visando uma melhoria na qualidade da assistência ao pré-natal.

Para isso pedimos consentimento para fazermos algumas perguntas sobre a sua experiência que você tem sobre a assistência pré-natal, e também para gravarmos, usando um gravador portátil. Gostaríamos de esclarecer que você tem liberdade para desistir, retirando seu consentimento em qualquer fase ou momento da pesquisa, não tendo, com isso, prejuízo. Garantimos que serão mantidos o respeito e o sigilo, ou seja, o seu nome ou qualquer outro dado que possa identifica-la não aparecerá no trabalho. Não terá custo financeiro com a pesquisa, bem como não causará algum risco e dano físico.

Tendo recebido todas as informações acima e ciente dos meus direitos, concordo em participar da pesquisa:

Ribeirão Preto, _____ de _____.

Assinatura do entrevistado

Pesquisadora responsável

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)